

L 6 VS 4569/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6

1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 2 VS 1982/12

Datum
12.09.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 VS 4569/14

Datum
27.08.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Bei einem Rettungssanitäter, der direkt nicht an Leib und Leben bedroht war, liegt das nach ICD-10 und DSM-IV notwendige Traumakriterium für eine PTBS nicht vor.
 2. Zur Feststellung einer PTBS ermangelt es der DSM-5 an der erforderlichen Validität, um die exakte psychische Diagnose nachvollziehbar zu machen.
 3. Am Vermeidungsverhalten fehlt es, wenn sich der Kläger ständig medial mit dem Krieg in Afghanistan auseinandersetzt und einen Verlängerungsantrag für den dortigen Einsatz gestellt hat.
- Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 12. September 2014 aufgehoben, soweit die Beklagte verurteilt worden ist, ab dem 1. April 2010 einen höheren Grad der Schädigung als 30 festzustellen und die Klage insoweit abgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger ein Drittel seiner außergerichtlichen Kosten beider Instanzen zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des Grades der Schädigung (GdS) streitig.

Der 1980 geborene Kläger stammt aus Ch. in der ehemaligen DDR. Sein Vater war Alkoholiker, der gelegentlich auf seine Mutter, nicht jedoch auf die Kinder losging, welches nicht nur zu Selbstverletzungen des Klägers, sondern auch zu lebensmüden Gedanken führte (Anamnese Dr. L.). Als Neunjähriger versuchte er sich zu erdrosseln, weil er sich die Schuld an den ehelichen Auseinandersetzungen gab (Anamnese Dr. B., Klinikum W., Bl. 12 B-Akte). Nach Abschluss der Polytechnischen Oberschule besuchte der Kläger bis zur 10. Klasse das Gymnasium, begann dann eine Lehre als Maurer, die er im 3. Lehrjahr auf Montage in M. abschloss (vgl. Anamnese Prof. Dr. Dr. B.).

Mit 20 Jahren verpflichtete er sich für vier Jahre bei der Bundeswehr und war zuletzt Sanitätsstabsunteroffizier. Von Juni bis Oktober 2002 war er in K., Afghanistan, als Rettungssanitäter eingesetzt, wo es erst Ende des Jahres 2002 zu ersten koordinierten Angriffen der Taliban auf Staatseinrichtungen und ausländische Truppen kam (vgl. Antonio Giustozzi, Koran, Kalashnikov und Laptop, The Neo-Taliban Insurgency in Afghanistan 2002 bis 2007, Seite 8 bis 11).

Noch am 28. August 2002 beantragte der Kläger in K. die Verlängerung seiner Dienstzeit auf acht Jahre mit einem eventuellen Dienstzeitende am 31. Dezember 2007 (Bl. 138 WDB-Akte Bd. II) und am 31. August 2002 "als erfahrener Patrouillen-Rettungssanitäter" seine Übernahme in das 3. GECON ISAF-AFG (Bl. 139 WDB-Akte Bd. II). In dem Beurteilungsbeitrag über seinen Auslandseinsatz wurde zur ausgeübten Tätigkeit ausgeführt, dass der Kläger schwerpunktmäßig an der sanitätsdienstlichen Versorgung der Einsatzkräfte beteiligt gewesen sei und darüber hinaus Patrouillen begleitet habe. Er habe seine Funktion als Rettungssanitäter mit großem Verantwortungsbewusstsein und fachlicher Kompetenz wahrgenommen. Dabei habe er einsatzortspezifischen Belastungen (unregelmäßige Einsatzzeiten, teilweise extreme klimatische Bedingungen, Unterbringung im Zelt) unterlegen. Hierzu ergänzte der Kläger als Selbsteinschätzung, dass er die Belastungen besonders in den Sommermonaten verspürt, aber insgesamt subjektiv gut toleriert habe (Bl. 134 ff. WDB-Akte Bd. II). Seine Dienstzeit endete mit dem 31. Dezember 2003 (vgl. Wehrdienstbescheinigung vom 21. Oktober 2003, Bl. 150 WDB-Akte Bd. II).

Am 29. Juli 2002 verdrehte er sich beim Aufsteigen auf einen Lkw während einer Patrouille das linke Kniegelenk, worauf er einen stechenden Schmerz verspürte. Bei einer Beugebewegung am 10. Oktober 2002 traten dieselben Beschwerden nach vorangegangener Schmerzfreiheit erneut auf. Der Zustand verschlechterte sich am 25. Oktober 2002 beim Überwinden eines Mauervorsprungs im Rahmen eines

Beobachtungspostens mit erneutem Verdrehtrauma des Knies (vgl. truppenärztliches Gutachten vom 2. Juli 2003, Bl. 65 WDB-Akte Bd. I). Der Auslandseinsatz des Klägers wurde deswegen im November 2002 beendet. Auf seinen Antrag vom 2. Dezember 2002 anerkannte die Beklagte nach Einholung einer gutachterlichen versorgungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. U. (Minderung der Erwerbsfähigkeit - Mde - unter 10 vom Hundert - v. H.) mit Bescheid vom 3. September 2003 als Gesundheitsstörungen "Innenmeniskusriss, arthroskopisch entfernt; Knorpelschaden II. Grades am linken Femur-Knorrn", die jedoch keinen Anspruch auf Ausgleichsleistungen begründeten.

Nach dem Afghanistan-Einsatz war der Kläger zunächst bei der Bundeswehr weiter tätig, lernte über das Internet eine Frau mit Sohn kennen, mit der er mehrere Jahre liiert war und fand dann eine Ausbildungsstelle im Strafvollzug in H. (2003 bis 2005), wo er neben verschiedenen Gefangenensuiziden auch eine versuchte Geiselnahme durch Gefängnisinsassen miterlebte. Anfang 2005 wurde er an einem Samstagmorgen durch Krachen und Knallen geweckt, Rauch drang in das Schlafzimmer ein und der Fluchtweg durch das Treppenhaus war wegen Rauch versperrt. Schließlich gelang es ihm sich zusammen mit dem Nachbarn über das Dach zu retten. Um Weihnachten 2008 trennte sich seine Freundin von ihm und ging zurück ins Erzgebirge. Danach suchte er nach Alkoholabsturz therapeutische Hilfe und kam schließlich erstmals stationär Ende 2009 in die Klinik B. S. (vgl. Anamnese Prof. Dr. Dr. B.). Ausweislich des Entlassungsberichts über die Behandlung vom 30. Juni bis 10. Dezember 2009 wurde der Kläger wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus, einem chronischem Spannungskopfschmerz sowie Störungen durch Tabak und Alkohol behandelt. Die Gedanken des Klägers kreisten um die Trennung, die Erlebnisse im Afghanistan-Krieg und den Wohnungsbrand. Aufgrund der Alkoholsucht seines Vaters bestünde eine familiäre Disposition für Alkoholsucht, deswegen sei dem Kläger auch 2007 der Führerschein entzogen worden. Sein Alkoholkonsum habe nach der Trennung stark zugenommen. Durch Nachrichten in den Medien werde er an seine Teilnahme im Afghanistankrieg erinnert. Dabei komme es zwar nicht zu Panikreaktionen, aber zu Bildern in seiner Vorstellung, die ihn für einen längeren Zeitraum nicht mehr losließen. Diagnostisch habe sich das Bild verdichtet, dass ursächlich eine Borderline-Persönlichkeitsstörung sei und nicht wie zuerst angenommen eine schwere Depression. Diese müsse im Nachhinein als eine sekundäre Erkrankung angesehen werden, die sich aufgrund der Trennung entwickelt habe. Die geringen vorhandenen Abwehrmechanismen in Bezug auf die Traumatisierung seien durch den Wohnungsbrand dermaßen abgeschwächt worden, dass die Symptome einer PTBS nicht länger kontrolliert werden könnten. Die Erfahrungen im Afghanistankrieg hätten hingegen besser verarbeitet werden können, welches vermutlich damit zusammenhinge, dass der Kläger als Soldat in "sicheren Strukturen" eingebettet gewesen sei, die ihm ein Maximum an Kontrolle und Sicherheit vermittelt hätten. Vor diesem Hintergrund ließe sich auch teilweise seine Sehnsucht erklären, zurück nach Afghanistan zu gehen (Bl. 6 ff. B-Akte Band II).

2011 erlitt der Kläger eine Schädelbasisfraktur, als er einen Streit zwischen einem Pärchen schlichten wollte und ihm der Mann unvermittelt ins Gesicht schlug. Der Antrag auf Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz wurde wegen der nicht dauerhaften Gesundheitsfolgen abgelehnt. Nachdem sein Vater im November 2012 verstarb, begab er sich selbständig in Behandlung in die Klinik in B. W., wo er bis Februar 2013 vollstationär und von Mai bis Juli 2013 tagesklinisch betreut wurde. Er ist mittlerweile frühberentet und besucht seit November 2013 die Abendschule. Im Oktober 2014 wurde bei ihm ein Hirntumor diagnostiziert und im Folgemonat operiert.

Am 21. April 2010 machte er im Rahmen eines Erstantrages nach § 69 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) erstmalig geltend, dass er aufgrund des Kriegsdienstes in Afghanistan eine PTBS erlitten habe. Am 21. Juni 2010 beantragte er deswegen die Gewährung von Beschädigtenversorgung. Hierbei schilderte er die folgenden drei Ereignisse: Mitte Juni 2002 seien sie per Funkspruch über einen Anschlag auf den Minister im Wirtschaftsministerium informiert worden. Am Einsatzort angekommen, habe er gesehen, wie zwei blutüberströmte Körper von afghanischen Sicherheitsleuten von der Straße ins Innere des Ministeriums getragen worden seien, wobei jegliche Hilfe von ihnen abgelehnt worden sei. Danach habe er das von Einschusslöchern gekennzeichnete und zerstörte Fahrzeug sowie das überall am Auto und auf der Straße vorhandene Blut realisiert. Im Anschluss daran hätten sie das Auto bis zum Eintreffen der afghanischen Polizei sichern müssen. Im ersten Drittel des Einsatzzeitraumes habe er bei der Einfahrt in den Kreisverkehr bemerkt, dass plötzlich Schüsse gefallen seien, die grob in seine Richtung abgegeben worden seien. Diese hätten afghanischen Polizisten abgegeben, welche einem Fahrzeug hinterherschossen, welches nicht stoppte, was er jedoch als eigene Bedrohung wahrgenommen habe. Das letzte Ereignis habe sich wenige Tage später im Zentrum von K. an einer Schule ereignet, wo er Fahrzeuge während der Patrouille habe sichern müssen. Sie seien wie üblich von einer Menge an Kindern umgeben gewesen, die begonnen hätten, auf die Fahrzeuge zu klettern und diese einzukreisen. Danach sei die Stimmung plötzlich gekippt. Die Kinder hätten die Soldaten auch mit Steinen beworfen. Man habe wegen der realen Bedrohungslage kurz davor gestanden, die Schusswaffen zu gebrauchen und Schüsse in die Luft abzugeben. Dies habe man aber vermeiden können.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes zog die Beklagte zunächst ärztliche Unterlagen über den Kläger bei. Nach dem Befundbericht der Psychiaterin und Psychotherapeutin K.-F. wurde der Kläger wegen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ und einer PTBS bis Juli 2010 behandelt. Aufgrund der immer wieder auftretenden schwersten psychischen Dekompensationen verschiedenster Ausprägung (z. B. Spielsucht, Selbstverletzungen, Dissoziationen, Alkoholexzesse, Suizidalität) sei sie aufgefordert worden, einen Antrag auf gesetzliche Betreuung zu unterstützen. Das Klinikum Am W. (zfp) gab an, der Kläger sei stationär vom 7. bis 28. Januar 2010 behandelt worden. Er leide an einer PTBS nach Wohnungsbrand und zudem Intrusionen nach Einsatz in Afghanistan mit verzögertem Beginn. Eine Internetrecherche der Beklagten bestätigte einen Anschlag am 6. Juli 2002 auf einen Abdul Qadir.

Des Weiteren wurden die Dienstvorgesetzten des Klägers zu den Geschehnissen in Afghanistan befragt. Oberfeldarzt Dipl.-Med. H. gab an, sein Einsatzzeitraum habe erst am 14. September 2002 begonnen, so dass die vom Kläger geschilderten Ereignisse möglicherweise außerhalb seiner Einsatzzeit lägen, er könne sie jedenfalls nicht bestätigen. Oberfeldärztin K. führte aus, sie könne sich nach fast acht Jahren nicht mehr genau an die Zwischenfälle erinnern. Tatsache sei jedoch, dass der Einsatz mit hohen Belastungen für die Soldaten einhergegangen sei. Die Unterbringung sei in unklimatisierten Zelten bei bis zu 40 Grad im Schatten erfolgt und mit Schichtdiensten, großen Anteilen an Nacht- und Doppelschichten, massiver körperlicher Belastung durch Umweltfaktoren und schwerer Ausrüstung sowie anfänglicher personeller Unterbesetzung bei großem Auftragsvolumen verbunden gewesen. Dies habe den eingesetzten Soldaten sehr zugesetzt. Raketenbeschuss auf das Lager könne sie bestätigen, zeitlich ohne konkrete Zeitangaben (Bl. 181 WDB-Akte Bd. II).

Die Beklagte veranlasste eine fachpsychiatrische Begutachtung des Klägers. Dr. L. führte aufgrund der Untersuchung vom 30. September 2011 aus, der Kläger habe über die Zeit nach dem Militärdienst berichtet, dass bei der Ausbildung zum Justizvollzugsbeamten von 2003 bis 2005 ein hoher Leistungsdruck bestanden habe, da nicht alle Anwärter nach der Ausbildung hätten übernommen werden können. Er habe während dieser Zeit durchschnittliche Leistungen erbracht und neue Freunde gefunden, wobei lebendige Erinnerungen an die Ereignisse in Afghanistan im Verlauf der Ausbildung nicht aufgetreten seien. Mit Beginn der beruflichen Tätigkeit sei eine depressive Symptomatik und

ein sozialer Rückzug zur Ausprägung gelangt. Noch während der Ausbildung 2005 sei in der eigenen Wohnung der Brand ausgebrochen. Ab Ende 2005/Anfang 2006 habe er sich zunehmend aus sozialen Kontakten zurückgezogen, andere Menschen nicht mehr ertragen können und zunehmend Alkohol getrunken. Er habe an die Erlebnisse in Afghanistan gedacht und zur Bundeswehr zurückkehren wollen. Insbesondere seien Erinnerungen an den Hausbrand lebendig geworden, er habe deswegen zunehmend die eigene Wohnung kontrolliert. Nach der Trennung von seiner langjährigen Freundin Weihnachten 2008 habe er im Mai 2009 dann den seelischen Zusammenbruch erlebt. Aktuell komme es gelegentlich zu Erinnerungen an die Zeit in Afghanistan. Er nehme dann den spezifischen Geruch wahr. Die nächtlichen Alpträume seien weitgehend abgeklungen. An die Träume könne er sich in der Regel nicht erinnern. Seit August 2011 lebe er in betreutem Wohnen, versorge seinen Haushalt und habe regelmäßig Kontakt zu den Mitarbeitern. Der Sachverständige hatte im Vordergrund die Symptome einer Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen Anteilen gesehen, die bereits in Kindheit und Jugend aufgetreten seien und sich u. a. durch wiederkehrende Zustände mit erhöhter innerer Unruhe und Anspannung, selbstverletzenden sowie suizidalen Erlebnisweisen manifestiert hätten. Seit 2005 sei eine Zunahme der hieraus resultierenden Symptomatik eingetreten, wobei die Krankheitsentwicklung durch den Wegfall haltgebender Strukturen (nach Wehrdienst und Ausbildung) durch die Traumatisierung durch einen Wohnungsbrand im März 2005 sowie teilweise auch durch zunehmende Konflikte im Verlauf einer Partnerschaft beeinflusst worden sei. Daneben sei eine posttraumatische Symptomatik dokumentiert, die vorwiegend auf den Hausbrand im März 2005 zurückgeführt werden müsse. Mit der PTBS seien auch Erlebnisse und Erfahrungen aus dem Afghanistankrieg lebendig geworden, die sich einer therapeutischen Behandlung relativ gut zugänglich gezeigt hätten, aber ohnehin deutlich untergeordneter Schwere seien. Somit könne lediglich eine Teilsymptomatik der PTBS auf die Erlebnisse im Verlauf des Wehrdienstes und des Einsatzes in Afghanistan zurückgeführt werden. Das Vollbild einer PTBS liege in Bezug auf den Afghanistan-Einsatz nicht vor. Insbesondere resultiere aus diesen speziellen Erfahrungen kein andauerndes Vermeidungsverhalten. Als Schädigungsfolgen müsse eine geringgradige Verschlimmerung einer PTBS berücksichtigt werden, die mit einem Grad der Schädigung (GdS) seit April 2010 von 5 bis 10 bewertet werden müsse.

Medizinaldirektorin Dr. H. führte in ihrer amtsärztlichen Stellungnahme hierzu aus, als Schädigungsfolgen vorgeschlagen werde "posttraumatische psychische Störungen" mit einem GdS von 10 ab 1. April 2010 (Antragsmonat). Denn die PTBS sei ursächlich überwiegend auf die Ereignisse aufgrund des Wohnungsbrandes zurückzuführen und könne deshalb unter Anwendung der versorgungsrechtlichen Kausalitätstheorie nicht als Schädigungsfolge beurteilt werden. Auch eine Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung könne nicht erfolgen, weil es am Vorschaden vor Einwirken der schädigenden Ereignisse fehle. Lediglich eine Teilsymptomatik könne daher ursächlich auf den Afghanistan-Einsatz zurückgeführt werden.

Mit Erstanerkennungsbescheid vom 19. Januar 2012 stellte die Beklagte als Folge einer WDB fest:

1. "Innenmeniskusriss, arthroskopisch entfernt; Knorpelschaden 2. Grades am linken Femorknorrn. 2. Psychoreaktive Störung als Anteil einer posttraumatischen Belastungsstörung."

Und zwar zu 1. hervorgerufen durch schädigende Einwirkungen und zu 2. im Sinne der Verschlimmerung, der Gesamt-GdS betrage 10 ab 1. April 2010.

Der nicht begründete Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 30. Mai 2012 zurückgewiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 15. Juni 2012 Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG) zunächst mit dem Ziel erhoben, dass "ein Gesamt-GdS von 25 festgelegt" werde. Er hat einen weiteren Entlassungsbericht über den stationären Aufenthalt vom 20. November 2012 bis 19. Februar 2013 in der Akutklinik U. vorgelegt, wonach es nach dem plötzlichen Tod seines Vaters im Oktober 2012 zu einer psychischen Destabilisierung gekommen sei, die einer Krisenintervention bedurft habe. Besonderer Schwerpunkt der Therapie seien die Ereignisse in Afghanistan gewesen. Der Kläger habe sich über die positiven Seiten dieses Aufenthalts geäußert (Schönheit der Landschaft, Kameradschaft unter den Soldaten, zu bewältigende Abenteuer), andererseits aber auch mit ausgeprägten Gefühlen von Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht hinsichtlich der Ereignisse im Krieg vor Ort und der Lebensbewältigung hier reagiert.

Mutter und Schwester des Klägers haben in einem Buch ("Das ist auch Euer Krieg" - Deutsche Soldaten berichten von ihren Einsätzen, S. 132, 135) geschildert, dass der Kläger 8 Jahre nach dem Einsatz sehr wenig über die Erlebnisse rede, sich zurückziehe, immer über Afghanistan recherchiere und sich entsprechende Videos ansehe.

Das SG hat eine erneute Begutachtung des Klägers bei Prof. Dr. Dr. B., Klinikum St., veranlasst. Der Sachverständige ist zu der Einschätzung gelangt, dass der Kläger an einer PTBS und einem schädlichen Gebrauch von Alkohol und Tabak leide. Die Erlebnisse im Auslandseinsatz in Afghanistan seien geeignet gewesen, ein Trauma auszulösen. Im Anschluss an den Auslandseinsatz habe er die Störung teilweise kompensieren können. Hinzutreten sei eine depressive Symptomatik bis hin zur suizidalen Krise. Die PTBS stelle in ihrer Ausprägung eine schwere Störung dar, die mit deutlichen sozialen Anpassungsschwierigkeiten vergesellschaftet sei, weswegen der GdS aktuell mit 50 einzuschätzen sei.

Daraufhin hat die Beklagte unter Beifügung der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. (allein für die schädigungsabhängige psychische Beeinträchtigung sei ein GdS von 50 nicht nachvollziehbar, da schädigungsunabhängige Problemfelder und Belastungen zu wenig gewichtet seien sowie sämtlich und pauschal in die PTBS einfließen) am 27. März 2014 ein "Anerkenntnis" des Inhalts unterbreitet, dass der Gesamt-GdS 30 ab 1. April 2010 betrage. Dieses Teil-Anerkenntnis hat die Beklagte mit Schreiben vom 13. Mai 2014 dahingehend erweitert, dass auch die psychoreaktive Störung durch schädigende Einwirkungen verursacht worden sei. Der Kläger hat dieses Anerkenntnis nicht angenommen.

Mit Urteil vom 12. September 2014, dem klägerischen Bevollmächtigten zugestellt am 10. Oktober 2014, hat das SG die Beklagte, gestützt auf das Gutachten von Prof. Dr. Dr. B., verurteilt, den GdS mit 50 seit 1. April 2010 festzustellen. Zwar hätten an der Entstehung und Aufrechterhaltung des Krankheitsbildes weitere Faktoren mitgewirkt. Die verschiedenen weiteren Ursachenfaktoren wie z. B. der Wohnungsbrand würden sich aber nur noch als "Tropfen, der das Fass zum Überlaufen brachte" darstellen, dem Auslandseinsatz käme allein die überragende Bedeutung zu.

Hiergegen hat die Beklagte am 4. November 2014 Berufung mit der Begründung eingelegt, der GdS betrage maximal 30. Aus den Befunden

des Klägers ergebe sich, dass dieser bereits mit neun Jahren einen Suizidversuch begangen habe. Schon damals habe er Alleinsein nicht aushalten können und sich selbst verletzt, wenn es ihm nicht gutgegangen sei, indem er z. B. mit dem Schienbein gegen die Türkante geschlagen habe. Auch sein Vater sei Alkoholiker gewesen. In seiner Kindheit sei es deswegen oft zu Konflikten gekommen. Persönlich belastende Ereignisse, die auf den Krankheitsverlauf und die psychische Verfassung erheblichen Einfluss gehabt hätten, seien der Verlust des Arbeitsplatzes, der Tod des Vaters und die Trennung von seiner Lebensgefährtin. Außerdem habe er sich durch Sportwetten und impulsive Einkäufe in Höhe von 90.000,00 EUR verschuldet. Im Rahmen seiner Tätigkeit in der JVA habe er eine versuchte Geiselnahme und die Suizide von Insassen erlebt. Prof. Dr. Dr. B. habe den schädlichen Substanzgebrauch von Alkohol und Tabak sowie die Selbstverletzungen ausschließlich als Kompensationsmechanismen gewertet, ohne sich mit der familiären Problematik des Klägers differenziert auseinanderzusetzen. Sie hat hierzu die versorgungsärztliche Stellungnahme des Sozialmediziners Dr. Sch. vom 14. April 2015 vorgelegt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 12. September 2014 aufzuheben soweit sie verurteilt worden ist, ab dem 1. April 2010 einen höheren Grad der Schädigung als 30 festzustellen und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er erachtet die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Die Vorsitzende hat den Sachverhalt mit den Beteiligten am 18. Juni 2015 erörtert. Der Kläger hat mitgeteilt, dass bei ihm im Oktober 2014 ein Tumor diagnostiziert worden sei, den er ebenfalls auf die PTBS zurückführe. Der widerrufliche Vergleich wurde von dem Kläger bereits am 22. Juni 2015 widerrufen.

Zuletzt hat er mit Schriftsatz vom 28. Juli 2015 weitere Ereignisse aus dem Afghanistan-Einsatz geschildert. Ende August/Anfang September 2002 sei er mit seinem BAT-Zug als Sanitäter zur Erstversorgung nach einem Autounfall unklarer Genese gerufen worden, bei dem sieben italienische Journalisten schwerst verletzt worden seien. Ein notwendiges Computertomogramm (CT) habe nicht durchgeführt werden können. Der dem Kläger anvertraute Patient sei in seinen Händen gestorben. Unmittelbar nach Rückkehr ins Feldlazarett sei ein anderer Patient während eines CT verstorben. Der Kläger habe danach nie wieder ein Rettungsfahrzeug benutzen können. Seitdem sei er stattdessen immer mit der Infanterie auf Patrouille gegangen. Sein traumabedingtes Unvermögen, sich in das normale Alltagsleben zu integrieren, habe sich darin gezeigt, dass er nach der Entlassung aus dem Bundeswehrdienst in die JVA zum Bewachungspersonal gegangen sei, um sich dem Alltagsleben auf diese Weise durch seinen neuen Beruf zu entziehen. Im Übrigen stehe das von ihm auf Anordnung des Dienstherrn eingenommene Malariaphylaxemittel Lariam augenblicklich im Verdacht, ähnliche Symptome auszulösen wie eine PTBS sowie dauerhafte Hirnschäden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 153 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte und statthafte Berufung der Beklagten ([§§ 143, 144 SGG](#)) ist zulässig und, nachdem sie dem Kläger gemäß dem erteilten Anerkenntnis mit Bescheid vom 15. Juli 2015 Rente nach einem GdS von 30 ab 1. April 2010 gewährt, im darüber hinausgehenden und nunmehr allein streitigen Umfang begründet. Denn die angefochtenen Bescheide sind nur in diesem Umfang rechtswidrig und verletzen insoweit den Kläger in seinen Rechten. Das angefochtene Urteil des SG ist daher teilweise aufzuheben und die Klage insoweit abzuweisen.

Die Beklagte ist nach der Änderung des [§ 88 Abs. 1 Satz 1 SVG](#), wonach die Soldatenversorgung nunmehr von Behörden der Bundeswehrverwaltung durchgeführt wird (BGBl I Nr. 61 S. 3054), seit dem 1. Januar 2015 für die Ausführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständige Behörde. Insoweit kommt es nicht auf die nach alter Rechtslage zu treffende Zuständigkeitsabgrenzung zwischen der Bundeswehrverwaltung und den damals noch für die Ausführung des BVG zuständigen Behörden nach [§ 88 SVG a. F.](#) an, nämlich ob es um die Feststellung von Folgen einer Wehrdienstbeschädigung geht, die bereits während des Wehrdienstes vorgelegen haben oder die erst nach dessen Ende aufgetreten sind (BSG, Urteil vom 29. April 2010 - [B 9 VS 2/09 R](#) - SozR 4-3200 [§ 88 Nr. 4](#)). Maßgeblich für die hier statthafte kombinierte Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage ist die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung des Senats.

Der Anspruch des Klägers richtet sich nach [§ 80 Satz 1 Soldatenversorgungsgesetz \(SVG\)](#). Danach erhält ein Soldat, der eine Wehrdienstbeschädigung erlitten hat, nach Beendigung des Wehrdienstverhältnisses wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Wehrdienstbeschädigung auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des BVG, soweit in dem SVG nichts Abweichendes bestimmt ist. Die ihm damit auf seinen Antrag zustehende Versorgung umfasst nach den insoweit entsprechend anwendbaren [§§ 30 Abs. 1](#) und [31 BVG](#) auch Grundrente und Schwerbeschädigtenzulage, wenn durch eine Gesundheitsstörung als Folge einer Wehrdienstbeschädigung die Erwerbsfähigkeit um mindestens 25 v. H. oder mehr gemindert ist. Versorgungsrechtlich relevante gesundheitliche Folgen einer solchen Wehrdienstbeschädigung sind bleibende Gesundheitsstörungen, die mit Wahrscheinlichkeit ursächlich auf die Primärschädigung zurückzuführen sind ([§ 81 Abs. 6 SVG](#)). Dabei sind vorübergehende Gesundheitsstörungen (Zeitraum von sechs Monaten) nach [§ 30 Abs. 1 Satz 3 BVG](#) nicht zu berücksichtigen. Durch diese gesetzlichen Bestimmungen ist nach einhelliger Ansicht in Rechtsprechung und Schrifttum für die Anerkennung von Schädigungsfolgen eine dreigliedrige Kausalkette vorgegeben: Ein mit dem Wehrdienst zusammenhängender schädigender Vorgang muss zu einer primären Schädigung geführt haben, die wiederum die geltend gemachten Schädigungsfolgen bedingt haben muss. Dabei müssen sich die drei Glieder selbst mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststellen lassen, während für den ursächlichen Zusammenhang eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreicht (siehe zum Ganzen BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 - [B 9 V 3/13 R](#), SozR 4-3200 [§ 81 Nr. 6](#)).

Der Kläger hat während des Auslandseinsatzes in Afghanistan an im Einzelnen nicht bekannten Tagen eine psychoreaktive Störung als Teil einer PTBS erlitten, die aber bei der maßgeblich durch das Brandereignis ausgelösten PTBS von untergeordneter Bedeutung ist, was der Senat dem im Wege des Urkundsbeweises verwertbaren Gutachten von Dr. L. entnimmt, dem er sich im vollen Umfang anschließt, während das Gutachten von Prof. Dr. Dr. B., auf das sich das SG gestützt hat, für den Senat nicht überzeugend ist. Zu Unrecht ist das SG insbesondere davon ausgegangen, dass unstreitig sei, dass der Kläger durch den Afghanistan-Einsatz eine PTBS erlitten hat. Die Unterscheidung ist deshalb wesentlich, weil die Anerkennung einer schädigungsbedingten PTBS in Vollsymptomatik, worauf Versorgungsarzt Dr. Sch. zu Recht hinweist, bereits einen GdS von 30 begründet, während psychoreaktive Störungen mit einem durchaus geringeren GdS berücksichtigt werden können.

Die PTBS, die nach ICD-10-GM 2015 in F43.1 kodiert wird, bezeichnet eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtheit und emotionaler Stumpfheit auftreten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über.

Nach diesem Diagnosesystem orientiert sich die vertragsärztliche Behandlung. Sie ist daher in erster Linie auch von den den Kläger behandelnden Ärzten und den Sachverständigen anzuwenden, da sie die nachvollziehbare Feststellung einer konkreten psychischen Gesundheitsstörung unter Verwendung eines üblichen Diagnosesystems sowie des dortigen Schlüssels und der Bezeichnungen ermöglicht (vgl. hierzu grundlegend BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)).

Die Gerichte wenden zur Feststellung der PTBS auch das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen - Textrevison - (DSM-IV-TR) an. Nach dessen DSM-IV-TR 309.81 ist das sogenannte Traumakriterium (A-Kriterium) eingängiger gefasst. Danach ist Hauptmerkmal der PTBS die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis. Das traumatische Ereignis beinhaltet unter anderem das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat (Kriterium A 1).

Diese Voraussetzungen sind nach beiden Diagnosesystemen bei dem Kläger nicht gegeben, was der Senat seinen Schilderungen zu den vordringlichen drei Ereignissen, die ihn belastet haben, entnimmt. Danach ist er einmal an einem Anschlag vorbeigefahren, hat ein anderes Mal eine Schießerei beobachtet, in der auch das Mündungsfeuer - ohne jegliche akute Bedrohung seiner Person - in seine Richtung ging, wobei der Kläger genau beobachten konnte, dass er selbst nicht gefährdet war, sondern ein anderes Fahrzeug hinter ihm getroffen wurde, und ein drittes Ereignis, bei dem sich Kinder um ihn bzw. das Fahrzeug gedrängt und am Schluss auch vereinzelt mit Steinen geworfen hatten. Dasselbe gilt für den im letzten Schriftsatz geschilderten Verkehrsunfall, bei dem sieben italienische Journalisten schwerst verletzt wurden, von denen zwei kurz darauf starben. Alle drei Situationen sind keine solche mit außergewöhnlicher Bedrohung oder von katastrophenartigem Ausmaß. Eine derartige lebensbedrohliche Situation hat nach den Schilderungen des Klägers lediglich bei dem Hausbrand 2005 vorgelegen, wo er sich eigenen Schilderungen zufolge nur durch eine beherzte Rettung auf das Dach vor den Flammen hatte retten können und dies auch zu der typischen psychischen Reaktion, die noch im Kriterium A 2 als intensive Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen gefasst wurde, beschrieben wird und schließlich zu der ersten stationären Behandlung führte. Zu Recht hat daher Sozialmediziner Dr. Sch. in seiner Stellungnahme im Berufungsverfahren darauf hingewiesen, dass der Kläger zwar an einer PTBS leidet, die aber - überwiegend - auf schädigungsfremden Einflüssen beruht und auf einen Zeitraum nach 2005 zu datieren ist.

Für die Richtigkeit dieser Einschätzung spricht, dass insbesondere bei der zeitnahen ersten stationären psychischen Behandlung des Klägers ausdrücklich dargelegt worden ist, dass die PTBS durch den Brand ausgelöst wurde und in diesem Zusammenhang auch der Auslandseinsatz in Afghanistan zur Sprache kam, der aber an dem Krankheitsgeschehen keinen wesentlichen Anteil genommen hat. Diese ärztliche Bewertung wird durch den zweiten stationären Entlassungsbericht bestätigt, der sogar zum Ausdruck bringt, dass sich der Kläger eine Rückkehr nach Afghanistan im Hinblick auf viele positive Erlebnisse, die im Einzelnen geschildert werden, durchaus vorstellen konnte. Mit dieser medizinischen Einschätzung im Einklang steht, dass der Kläger bei seiner zeitnahen Beurteilung kurz nach den geschilderten Ereignissen nicht nur einen Verlängerungsantrag auf weitere vier Jahre gestellt hat, welches bei katastrophenartigen Verhältnissen schlechterdings so nicht vorstellbar ist, und auch bei der Befragung anlässlich seiner Beurteilung keinerlei traumatische Erlebnisse geschildert hat, sondern lediglich auf die Beeinträchtigungen durch die Hitze verwiesen hat. In Auswertung dieser Umstände ist für den Senat die Schlussfolgerung des Sachverständigen Dr. L. mit sehr klarer Unterscheidung zwischen schädigungsbedingten und schädigungsfremden Faktoren und der Kernaussage, dass die komplexe psychische Störung, unter der der Kläger leidet, maßgeblich nicht durch schädigungsbedingte Anteile bestimmt wird, nachvollziehbar und überzeugend. Diese Unterscheidung lässt das Gutachten von Prof. Dr. Dr. B. vermissen. Er lässt völlig außer Acht, dass in der Biographie des Klägers insgesamt drei Ereignisse stattgefunden haben, die eine PTBS hätten auslösen können, nämlich bereits die erwähnte Brandstiftung 2005, die miterlebten Geiselnahmen in der JVA sowie die Schlägerei mit einem Paar, in deren Folge der Kläger sogar erheblich körperlich verletzt wurde. Demgegenüber stellen sich die Ereignisse in Afghanistan gerade nicht als solche dar, die typischerweise als Trauma eine PTBS auslösen können.

Auch das zwischenzeitlich seit Mai 2013 als Nachfolger des DSM-IV-TR nunmehr in deutscher Sprache vorliegende diagnostische und statistische Manual 5. Auflage (DSM-5) steht dem nicht entgegen. Zwar wird unter das A-Kriterium nunmehr auch die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren derartigen traumatischen Ereignissen (z. B. Ersthelfer, die menschliche Leichenteile auf sammeln, oder Polizisten, die wiederholt mit schockierenden Details von Kindesmissbrauch konfrontiert werden) gefasst. Damit löst sich, ohne dies deutlich zu machen, die DSM-5 deutlich von der historischen Entwicklung der PTBS, die auf den singular auffälligen Krankheitserscheinungen der Kriegsveteranen aus dem Vietnam-Krieg beruht, denen ganz unzweifelhaft permanente lebensbedrohliche Erlebnisse und der Anblick von Gräueltaten zugrunde liegen. Hiervon unterscheidet sich gerade der Fall des Klägers als Rettungssanitäter in 2002 gravierend, der zwar in Afghanistan stationiert gewesen ist, aber bevor es zu schrecklichen Ereignissen kam und auch nicht im direkten Kriegseinsatz. Der Kläger hatte demzufolge keine direkten Kriegserlebnisse und ist in dieser Zeit noch von direkten gezielten Anschlägen verschont geblieben.

An dem Diagnosesystem wird in der Fachwelt die fehlende Validität bemängelt und das vereinfacht viele Gesunde zu Kranken gemacht

werden (vgl. zur grundsätzlichen Kritik insbesondere National Institute of Mental Health [ein Pendant zum Staatlichen Gesundheitsamt], DSM-5 and RDoC: Shared Interests - "The diagnostic categories represented in the DSM-IV and the International Classification of Diseases-10 (ICD-10, containing virtually identical disorder codes remain the contemporary consensus standard for how mental disorders are diagnosed and treated." [Die diagnostischen Kategorien in DSM-IV und ICD-10 bleiben weiter der maßgebliche Code zur Einordnung psychischer Erkrankungen]), M. 13, 2013, und A. F., Normal, Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen, 2013, siehe hierzu auch A. St., DSM-V: Bedeutung für die Begutachtung, der Medizinische Sachverständige 2015, 162, 165 ff.). Wie stark gerade der Anwendungsbereich der PTBS ausgeweitet und damit kaum mehr valide ist, wird insbesondere daran deutlich, dass die DSM-5 für die eingangs geforderte Konfrontation mit lebensbedrohlichen Situationen auch die durch elektronische Medien (Fernsehen, Spielfilme oder Bilder) dann ausreichen lässt, wenn die Konfrontation berufsbedingt ist. Die fehlende Validität der DSM-5 zeigt sich aus Sicht des Senats auch darin, dass eine Fülle an Befindlichkeitsstörungen oder organischen Krankheiten nunmehr psychischen Krankheitswert haben, wobei sie einfach der ICD-10 zugeordnet werden, obwohl diese dort so nicht beschrieben werden. Der Senat weist insoweit beispielhaft auf die verzögerte Ejakulation (F 52.32), die Schichtarbeit (D 47.26) oder das Schlafwandeln (F 51.3) als atmonsbezogene Störung, die frotteuristische Störung (F 65.81, die die sexuelle Erregung durch das Berühren oder sich Reiben an einer nicht einwilligenden Person bezeichnet), bereits die bloße Vernachlässigung eines Kindes z. B. aufgrund fehlender Bereitstellung der nötigen Schulbildung (T 74.02 XA), Unstimmigkeiten mit Nachbarn, Mietern oder Vermietern (Z 59.2) oder die prämenstruelle dysphorische Störung (M 94.3) hin. Diese Beispiele veranschaulichen aus Sicht des Senats hinlänglich, dass Befindlichkeitsstörungen oder Erlebnisse im Vorfeld einer möglichen Erkrankung bereits zu psychischen behandlungsbedürftigen Krankheiten erklärt werden, somit die vorgebrachte Kritik an DSM-5, dass Gesunde zu Kranken gemacht werden, für den Senat nicht nur nachvollziehbar ist, sondern auch in Frage stellt, ob das Diagnosesystem überhaupt zur Feststellung von psychischen Erkrankungen geeignet und verwertbar ist.

Da die exakte psychische Diagnose nach der Rechtsprechung aber es nachvollziehbar machen muss, warum und in welchem Ausmaß ein Kläger psychisch krank ist, ist die DSM-5 insbesondere bei der PTBS nicht geeignet, diese Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten, zumal die Verfasser selber einräumen, dass bei über 80 Prozent der nunmehr von der PTBS erfassten Personen auch Kriterien für mindestens eine andere psychische Störung erfüllt sind, hier als sogenannte Komorbidität gefasst. Vielmehr gilt es der Besonderheit und auch dem außergewöhnlichen Zustand der davon betroffenen Personen Rechnung zu tragen, was aus Sicht des Senats entwertet wird, wenn beispielsweise bereits der einfache Betrachter eines Unfalls auf dem Weg zur Arbeit von der Fallgruppe mit der möglichen Konsequenz eines versicherten Wegeunfalls erfasst wird. Dies wäre nämlich dann der Fall, wenn bereits die einmalige Erfahrung, wie dies die Diagnosekriterien vorsehen, eine PTBS auslösen kann.

Nur unter Anwendung der neuen Diagnosekriterien liegt beim Kläger - allenfalls unter Berücksichtigung des zuletzt geschilderten Erlebnisses der Behandlung der Journalisten während des Afghanistan-Einsatzes - das erforderliche A-Kriterium vor, weil er damit wiederholt Tod und Sterben hat mitansehen müssen, so dass er wiederholt oder extrem mit aversiven Details traumatischer Ereignisse konfrontiert war.

Dies kann aber letztlich dahingestellt bleiben, weil es für das Vollbild einer PTBS auch nach DSM-5 an dem erforderlichen spezifischen anhaltenden Vermeidungsverhalten fehlt. Dies ist nach den C1-Kriterien gekennzeichnet durch die Vermeidung von Dingen in der Umwelt (Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände, Situationen), die belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle hervorrufen, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesen verbunden sind, oder zumindest das ernsthafte Bemühen darum.

Der Kläger hat nach den von ihm mittlerweile als belastend bezeichneten Erlebnissen bereits im August und nochmals nach seiner Rückkehr aus Afghanistan im Dezember 2002 eine Verlängerung seiner Dienstzeit beantragt, und zwar explizit als Rettungssanitäter, weshalb der neue Vortrag, er habe nach dem frustrierten Einsatz nach dem Verkehrsunfall nicht mehr im Rettungswagen fahren können, für den Senat nicht nachvollziehbar ist. Bereits Dr. L. hat in seinem Gutachten im Verwaltungsverfahren darauf hingewiesen, dass es bei dem Kläger, der ihm gegenüber angab, gerne wieder nach Afghanistan gehen zu wollen, am spezifischen Vermeidungsverhalten fehlt. Dies wird untermauert durch die Schilderungen seiner Mutter und Schwester, er würde im Internet Berichte und Videos über Afghanistan ansehen. Der Senat folgt daher Dr. L. und nicht Prof. Dr. Dr. B., der sich bei Annahme eines Vermeidungsverhaltens mit diesem Aspekt nicht auseinandergesetzt hat. Dass die negativ geprägten Erlebnisse und Erinnerungen des Afghanistan-Einsatzes 2002 von vergleichsweise milder Mitwirkung waren, haben im Übrigen auch sämtliche Entlassungsberichte, wo ein längerer Eindruck über den Kläger aus der Beobachtung von zum Teil mehreren Monaten gewonnen konnte, bestätigt, worin sogar über eine ausgeprägte Sehnsucht des Klägers nach Afghanistan berichtet und ebenfalls die häufige Selbstkonfrontation des Klägers mit der medialen Kriegsberichterstattung beschrieben wird. Somit ist es richtig und konsequent, die psychoreaktive Störung als untergewichtigen Anteil einer nach 2005 sich ausbildenden PTBS anzuerkennen.

Der Senat geht daher insgesamt davon aus, dass die psychische Störung des Klägers mit der psychoreaktiven Störung ausreichend erfasst ist. Diese hat sicherlich Anteil an dem Ausmaß der PTBS, kann aber dieser nicht in vollem Umfang zugerechnet werden, wie dies insbesondere der Sachverständige Prof. Dr. Dr. B. getan hat, weshalb der Senat insgesamt seinen Ausführungen nicht folgen konnte. Zu Recht hat der Sozialmediziner Dr. Sch. darauf hingewiesen, dass bei dem Kläger noch eine Vielzahl anderer mehrfach bestätigter Diagnosen vorliegt, nämlich zumindest eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und depressiven Anteilen (ICD-10: F 61.0), ein schädlicher Substanzen-Gebrauch (Alkohol und Nikotin) bei Verdacht auf Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F 10.2) sowie ein pathologisches Spielen (ICD-10: F 63.0), die jeweils nachweislich eine schädigungsfremder Ursache haben, so dass die 2009 behandelte psychische Krise mit komplexer, sich überschneidender Symptomatik überwiegend auf schädigungsfremde psychosoziale Faktoren ist wie die Trennung von seiner Partnerin und Verschuldung etc. zurückzuführen. Deswegen sind auch die damals behandelnden Ärzte zu Recht davon ausgegangen, dass die zusätzlich diagnostizierte PTBS im Wesentlichen durch die Inhalte einer traumatischen Erfahrung im Zusammenhang mit dem 2005 erlebten Wohnungsbrand gespeist wurde.

Auch die vom Kläger zuletzt vorgetragene, auf Anordnung des Dienstherrn erfolgte Einnahme von Lariam, einem mefloquinhaltigen Arzneimittel zur Malariaphylaxe im Jahr 2002, führt zu keinem anderen Ergebnis. Zwar kommt es bei einer kleinen Anzahl von Patienten zu neuropsychiatrischen Nebenwirkungen (z. B. Depression, Schwindelgefühl, Vertigo sowie Gleichgewichtsstörungen, siehe Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte; persistierende neuropsychiatrische Nebenwirkungen, Risikoinformationen, 27. Februar 2014). Diese können noch über Monate oder länger auch nach Absetzen von Mefloquin andauern. Beim Kläger ist das Auftreten von Nebenwirkungen nach der Einnahme indes nicht dokumentiert. Das erstmalige Auftreten mehrere Jahre nach der Einnahme, nämlich nach seiner Ausbildung zum Justizvollzugsbeamten, entspricht nicht dem Risikoprofil.

Dies zugrunde gelegt, erscheint aus Sicht des Senats der bereits anerkannte GdS von 30 als hoch, ein solcher von 50 aber schlechterdings nicht mehr zu begründen. Denn versorgungsrechtlich sind nicht alle (wahrscheinlichen) Folgen der beim Kläger vorliegenden psychischen Störung zu berücksichtigen, sondern nur solche Primärschäden und die darauf beruhenden späteren Gesundheitsstörungen, die gerade auf dem Wehrdienst beruhen. Denn die unzweifelhaft vorliegende schwere Persönlichkeitsstörung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten ist zwar grundsätzlich geeignet, einen GdS von 50 zu begründen, jedoch nur zu einem geringen Teil auf die wehrdienstlichen Verhältnisse zurückzuführen, so dass die nicht mehr im Streit stehend Anerkennung eines GdS von 30 aus Sicht des Senats eher sehr großzügiger Natur ist.

Auf die Berufung des Beklagten ist daher das angefochtene Urteil in dem tenorierten Umfang abzuändern, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 SGG](#) beruht.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-09-18