L 11 VS 37/09

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
11
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 44 VS 127/06
Datum
17.02.2009
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 11 VS 37/09
Datum
13.06.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Soldatenversorgung - Ausgleich für Wehrdienstbeschädigung - Wegeunfall - Posttraumatische Belastungsstörung
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 17. Februar 2009 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist ein Ausgleich nach § 85 des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG).

Der 1973 geborene Kläger stand mit Wirkung vom 18. Dezember 1992 bis zum 30. September 1996 im Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit bei der Bundeswehr. Am 4. November 1995 brach er zusammen mit drei Kameraden gegen 8 Uhr 45 von seiner Wohnung in der Fstraße in B zu seinem Dienstort, dem Fhorst 1 in H, auf. Dienstbeginn dort war um 11 Uhr 45. Gegen 10 Uhr 45 geriet das Fahrzeug auf der B in Richtung H auf Höhe von Km-Stein 231,4 auf schneeglatter Fahrbahn ins Schleudern und prallte gegen einen Baum. Die im Wagen hinten sitzenden Soldaten K M und R K wurden bei dem Unfall schwer verletzt. Der Beifahrer des Klägers, der Soldat T G, wurde bei dem Unfall getötet. Der Kläger befand sich vom 4. bis 7. November 1995 in Behandlung im J-Krankenhaus, wo eine Oberschenkelschaftfraktur rechts diagnostiziert wurde. Im Anschluss daran bis zum 14. Dezember 1995 wurde der Kläger im Bundeswehrkrankenhaus stationär behandelt. Ausweislich des Arztbriefes über diese Behandlung vom 15. Januar 1996 wurden bei dem Kläger eine Commotio cerebri, eine Oberschenkelfraktur rechts vom 4. November 1995, ein Ausschluss einer Ileosacralgelenksprengung und ein Hypogonadismus (endokrine Funktionsstörung der Hoden) diagnostiziert. Am 9. November 1995 erfolgte bei dem Kläger eine Verriegelungsnagelung.

Die Beklagte holte nach Kenntnisnahme von dem Unfall bei dem Truppenarzt der Radarführungskompanie des Fliegerhorstes 1 in H medizinische Unterlagen zu dem Kläger ein. Bei dem Einheitsführer der Radarführungskompanie des Fliegerhorstes 1 in H holte die Beklagte nähere Erkundigungen über die Unfallfahrt am 4. November 1995 ein. Des Weiteren zog sie die Verfahrensakte bei der Staatsanwaltschaft L bei. Aus dieser nahm die Beklagte - je in Kopie - neben einer Tatbestands-Protokollaufnahme der zuständigen Polizeidienststelle einen Befundbericht des Brandenburgischen Landesinstituts für Rechtsmedizin über die Untersuchung auf Ethanolkonzentration (entnommen bei dem Kläger am 4. November 1995 um 13 Uhr 30; Ergebnis 0,00 mg/g), Zeugenaussagen von R und H W sowie von R N und ein Gutachten des Sachverständigenbüros Dr. S vom 20. November 1995 zu den Akten. In diesem Gutachten wurden als Unfallursachen eine überhöhte Geschwindigkeit (Mindestgeschwindigkeit zum Zeitpunkt des Abkommens von der Fahrbahn betrug 58 km/h), ein Lenkfehler des Klägers und der Umstand, dass sich das Fahrzeug in keinem mängelfreien Zustand befand, erwogen. Im Zusammenhang mit letztgenannter möglicher Ursache heißt es in dem Gutachten, das übermäßige Spiel des Kugelbolzens an der vorderen linken Radaufhängung und der Minderluftdruck der Bereifung, insbesondere des linken Hinterrades, seien als erhebliche Mängel zu beurteilen. Während der Luftdruck der Reifen in der Verantwortung des Klägers gelegen habe, habe diesem das übermäßige Spiel des Kugelgelenkes an der vorderen linken Radaufhängung und das übermäßige Radlagerspiel aus technischer Sicht nicht bekannt sein müssen.

Über den Sozialdienst der Standortverwaltung P ging bei der Beklagten ein vom Kläger zur Prüfung des Vorliegens einer Wehrdienstbeschädigung (WDB) ausgefüllter Fragebogen ein. In diesem gab der Kläger unter anderem an, an den Unfall keine Erinnerung zu haben. Die Beklagte holte weiter den bereits benannten Arztbrief des Bundeswehrkrankenhauses vom 15. Januar 1996 und anschließend ein truppenärztliches Gutachten des Facharztes für Chirurgie Dr. K (nicht Dr. D) von der Chirurgischen Abteilung des Bundeswehrkrankenhauses vom 11. Juli 1996 ein, das dieser nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 3. Juli 1996 erstellte und in dem er Folgendes ausführte:

Der Kläger habe bei dem Unfall am 4. November 1995 eine Oberschenkelfraktur rechts sowie eine Commotio cerebri erlitten und sei notfallmäßig ins J-Krankenhaus transportiert worden. Nach Versorgung mit Tibiakopfdrahtextension sei er am 7. November 1995 ins Bundeswehrkrankenhaus verlegt worden, wo am 9. November 1995 die Oberschenkelfraktur mittels eines Verriegelungsnagels versorgt worden sei. Eine zunächst vermutete Verletzung der Iliosakralfuge habe mittels Computertomographie ausgeschlossen werden können. Bei Verkalkung im Quadricepsbereich sei die Mobilisation etwas erschwert gewesen, jedoch unter intensiver Krankengymnastik gelungen, so dass der Kläger bei der Entlassung aus der stationären Behandlung am 14. Dezember 1995 mit 20 kg habe belasten können. Folgen des erlittenen Schädelhirntraumas seien im CCT und im EEG sowie in der neurologischen Fachuntersuchung nicht festzustellen gewesen. Die Belastung des Beines sei kontinuierlich gesteigert worden, so dass der Kläger ab Januar 1996 mit der Hälfte seines Körpergewichts und Ende März/Anfang April 1996 wieder voll habe belasten können. Die gesamte Zeit sei die im Krankenhaus begonnene Krankengymnastik fortgesetzt worden, seit 30. Mai 1996 sei der Kläger wieder als Radarflugmelder diensttauglich geschrieben.

Der Kläger schildere seine Beschwerden wie folgt: Bei kräftiger Belastung (30 Minuten Gehen) verspüre er einen Druck über dem gesamten Oberschenkel, aber vor allem auch über der Nageleintrittsstelle in Höhe des Trochanter. Er könne dann das Bein nicht mehr abduzieren. Auch spüre er Witterungsumschwünge sehr stark. Manchmal knicke er mit dem rechten Kniegelenk ohne ersichtlichen Grund weg, vor allem beim Treppensteigen. Seiner Freundin sei vor allem sein humpelnder Gang aufgefallen, erinnere man ihn, so stelle er das Watscheln ein, sein Gangbild wirke jedoch dann sehr hölzern. Er könne nur erschwert das Gleichgewicht halten, besonders dann, wenn ihn jemand geschubst habe. Schwere Gegenstände könne er weder heben noch tragen. So habe er seine Freundin vergeblich versucht hochzuheben, wie er es vor dem Unfall gewohnt gewesen sei. Länger als zwei km könne er nicht laufen, er müsse dann Pausen von ca. einer Stunde einhalten, bevor er seinen Gang fortsetzen könne. An sportliche Aktivitäten wie Laufen, Springen, Joggen sei gar nicht zu denken. Bezüglich der statischen Kraftsteigerung habe er das Training im Fitness-Studio wieder aufgenommen. Beim Anbeugen des rechten Hüftgelenks verspüre er ein starkes Ziehen dort. Bezüglich des Unfalls habe er immer noch quälende Alpträume, aber er müsse wohl damit leben, dass der Gefreite G in seinem Wagen verstorben sei. Beim Autofahren träten ab und zu Ängste auf, vor allem, wenn jemand bei ihm sitze, wie zum Beispiel seine Freundin. Gesprächstherapien seien ihm bisher nicht angeboten worden.

Den Befund des rechten Oberschenkels schilderte Dr. K wie folgt: Über dem Trochanter maior finde sich eine zwölf cm lange reizlose Narbe an der Nageleinschlagstelle. Die Weichteile seien hier etwas verhärtet und druckschmerzhaft wie bei einem typischen Pseudoschleimbeutel. Eine Umfangsdifferenz im Ober- wie Unterschenkelbereich bestehe im Seitenvergleich nicht mehr, die Muskulatur sei gut auftrainiert. Sensibilitätsstörungen bestünden keine. Die Beweglichkeit im Hüftgelenk wie im Kniegelenk sei seitengleich und uneingeschränkt. Bis auf ein mäßiges vorderes Schubladenphänomen sei am rechten Kniegelenk auch kein pathologischer Befund festzustellen. Im Stehen fielen ein leichter Beckenschiefstand und eine Asymmetrie der Taille auf. Im Liegen falle auf, dass rechts ein leichter Innenrotationsfehler vorliege, die Abstände von der spina iliaca ant. sup. zu den Innenknöcheln sei rechts um 2 cm, zu den Außenknöcheln nur um 0,5 cm kürzer als links. Der Gang wirke barfuß watschelnd, rechts immer wieder nachgebend. Der Einbeinstand sei rechts sehr erschwert, der Zehenspitzengang nicht möglich, während der Hackengang gut ausgeführt werden könne. Die Röntgenaufnahmen des rechten Oberschenkels (zuletzt vom 30. Mai 1996) zeigten einen zunehmenden Durchbau der Fraktur bei unveränderter Stellung der Knochenfragmente und des Osteosynthesematerials. Die im Rahmen dieses Gutachtens veranlasste CT-Untersuchung habe eine Verkürzung des rechten Oberschenkels um 0,6 cm und einen Antetorsionswinkel von rechts 16°, links von 12° (normal 8° bis 15°) ergeben.

Den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätzte Dr. K wie folgt ein:

- vom 4. November bis 14. Dezember 1995 100 v. H., - vom 15. Dezember 1995 bis 15. Januar 1996 75 v. H., - vom 15. Januar bis 4. April 1996 50 v. H., - vom 4. April bis 30. Mai 1996 40 v. H. und - seit dem 1. Juni 1996 bis auf weiteres 25 v. H.

Da der Kläger am 30. September 1996 aus dem Dienstverhältnis bei der Bundeswehr ausscheiden werde, sei eine Änderung des Grades der MdE nicht zu erwarten, wenngleich der Zustand nach Metallentfernung und bei Gewöhnung sowie intensiver Gangschulung wesentlich verbessert werden könne. Die Folgen des Oberschenkelbruchs könnten voraussichtlich nicht vollständig behoben werden. Sport, Marsch und Geländedienst könnten vom Kläger zur Zeit nicht oder nur erschwert durchgeführt werden.

Zwischenzeitlich - am 8. November 1996 - stellte der Kläger bei dem Beigeladenen einen Antrag auf Versorgung nach dem SVG. Im Antragsformular gab er an, an den Unfall keine Erinnerung zu haben. Er stelle den Antrag wegen Gesundheitsstörungen der rechten Hüfte und des rechten Beines. Mit Schreiben vom 16. Dezember 1996 übermittelte der Beigeladene die Vorgänge der Beklagten mit der Bitte, zunächst über den Anspruch auf Ausgleich gemäß § 85 SVG zu entscheiden.

Die Beklagte holte eine versorgungsmedizinische gutachtliche Stellungnahme bei Dr. P vom 14. Dezember 1996 ein, der dem Gutachten von Dr. K bis auf die MdE-Bewertung zustimmte. Er beschrieb die Unfallfolgen bei dem Kläger wie folgt:

"reizlose Narben nach knöchern fest verheiltem Oberschenkelbruch rechts, geringfügige Fehlstellung der Beinachse und Beinverkürzung, noch liegendes Osteosynthesematerial, folgenlos abgeheiltes Schädelhirntrauma, MdE 10".

Der Grad der MdE von 25 v. H. werde für die Dauer von sechs Monaten nicht erreicht.

Mit Bescheid vom 15. Januar 1997 erkannte die Beklagte als Folgen einer WDB die von Dr. P genannte Leidensbezeichnung an. Ein Anspruch auf Ausgleich bestehe nicht. Gegen diesen Bescheid legte der Kläger, der nach seiner Entlassung aus dem Dienst bei der Bundeswehr von Oktober bis Dezember 1996 den LKW-Führerschein gemacht hatte und sich mittlerweile in einer Ausbildung zum Steuerfachangestellten befand, mit Schreiben vom 13. Februar 1997 Widerspruch ein. Darin klagte er über ständiges Humpeln, Schmerzen im rechten Oberschenkel, im rechten Knie und im rechten Hüftbereich. Der rechte Oberschenkel bilde teilweise nach der kleinsten Berührung Blutergüsse.

Die Beklagte übermittelte nunmehr den Vorgang dem Beigeladenen, damit dieser über den Versorgungsanspruch des Klägers nach Ablauf der Dienstzeit entscheide, und setzte das Widerspruchsverfahren bis zur Entscheidung des Beigeladenen aus.

Der Beigeladene veranlasste die Begutachtung des Klägers durch den Arzt für Chirurgie W, der im Vorfeld seiner Begutachtung unter

anderem einen Röntgenbefund bei dem Arzt für Röntgenologie G vom 19. August 1997 und den Entlassungsbrief des G-Krankenhauses vom 4. September 1997 über eine stationäre Behandlung des Klägers vom 21. bis 26. Juli 1997 eingeholt hatte. Der Arzt W untersuchte den Kläger am 19. August 1997 und gelangte in seinem Gutachten vom 10. März 1998 zu folgender Einschätzung:

Es sei hinreichend belegt, dass der Kläger sich bei einem Verkehrsunfall als PKW-Fahrer auf der Fahrt zum Dienstort eine Commotio cerebri und eine im Bundeswehrkrankenhaus osteosynthetisch versorgte Oberschenkelfraktur rechts zugezogen habe. Ab April 1996 sei die volle Belastung ohne Benutzung von Gehhilfen gestattet gewesen. Wegen eines stechenden Belastungsschmerzes im rechten Oberschenkel und Hüftgelenk habe der Kläger aber noch bis Juli 1996 eine Unterarmstütze benutzt. Im Juli 1997 sei dann der Nagel entfernt worden, weil er Kniebeschwerden rechts gehabt habe. Angesichts der vom Kläger geschilderten Umstände, die am 5. Juli 1997 zu erstmaligen Kniebeschwerden rechts geführt hätten, sei davon auszugehen, dass der Schmerz von einer Einklemmungserscheinung im Gelenk ausgelöst worden sei. Die Röntgenaufnahmen des rechten Kniegelenkes vor Nagelentfernung am 10. Juli 1997 zeigten ganz eindeutig, dass die Nagelspitze ca. 2 cm oberhalb der Begrenzung der Fossa intercondylica gelegen habe und somit keinerlei Auswirkungen auf das Gelenk selbst gehabt haben könne. Ein unmittelbarer oder mittelbarer Zusammenhang mit der Oberschenkelfraktur habe also nicht bestanden. Die vom Kläger angegebenen jetzt noch bestehenden Spontan- und Belastungsschmerzen rechts im Oberschenkel, Hüftgelenk und Gesäß seien in der geltend gemachten Ausprägung weder nach dem klinischen Befund noch nach dem röntgenologischen Befund nachvollziehbar. Bei den erhobenen Befunden wären allenfalls zeitweilige und dann noch nur geringfügige Beschwerden ohne Einschränkung der Funktionsfähigkeit des rechten Beines denkbar. Die gegenüber der linken Seite feststellbare, endgradig schmerzhafte Beugeeinschränkung des rechten Hüftgelenkes bei sonst freier Beweglichkeit sei als Folge der Inaktivität anzusehen, nicht als Folge der leicht verstärkten Sklerosierung des lateralen Hüftgelenk-Pfannendaches. Deshalb erscheine eine eigenständige MdE ab 10 v. H. nicht vertretbar. Berücksichtige man weiterhin die nicht behindernde OP-Narbe sowie die Callus-Auftreibung der verheilten Oberschenkelfraktur, die nicht behindernden Verkalkungen am großen Rollhügel sowie die röntgenologisch festgestellte Verkürzung von 0,5 cm, so erscheine bei maximaler Ausschöpfung des Beurteilungsspielraumes eine MdE von 10 v. H. gerade eben vertretbar. Die angegebenen Nackenbeschwerden seien durch die klinische Untersuchung nicht nachvollziehbar. Ein Zusammenhang mit dem Wehrdienst sei jedenfalls nicht denkbar. Folgende Formulierung eines Versorgungsleidens und MdE-Einschätzung würden empfohlen: Endgradige Einschränkung der Beugefähigkeit im rechten Hüftgelenk nach knöchern in guter Stellung verheiltem Oberschenkelbruch. Beinverkürzung rechts von 0,5 cm. Nicht behindernde Verkalkungen im Bereich des rechten großen Rollhügels, Auftreibung des Knochens im Bereich des verheilten Bruches und nicht behindernde Op-Narben: Grad der MdE 10 v. H. Eine nervenärztliche Stellungnahme werde aber dringend empfohlen.

Letztgenannter Empfehlung folgend holte der Beigeladene eine nervenfachärztliche Stellungnahme bei der Versorgungsärztin für Psychiatrie und Neurologie H vom 25. Mai 1998 ein, die eine nervenfachärztliche Begutachtung für erforderlich erachtete.

Der Kläger reichte medizinische Unterlagen zu den Akten des Beigeladenen, der eine Auskunft bei dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. M vom 22. April 1999, Arztbriefe der S-Klinik vom 31. Mai 1999 über eine stationäre Behandlung des Klägers vom 12. bis 22. Mai 1999 und des Universitätsklinikums B vom 18. Juni 1999 über eine ambulante Vorstellung des Klägers vom 16. Juni 1999, einen ärztlichen Befundbericht des Universitätsklinikums B vom 13. Juli 1999 und schließlich ein nervenfachärztliches Gutachten der Versorgungsärztin H vom 8. November 1999 einholte, das diese nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 22. März 1999 erstellte und in dem sie zu folgender Einschätzung gelangte:

Bei der jetzigen Begutachtung habe der Kläger berichtet, dass er noch während des Aufenthaltes im Bundeswehrkrankenhaus quälende Alpträume gehabt habe vom Unfall, in denen er auf den Baum zurase und die Schreie des Freundes höre. Mit dem Pfarrer oder einem Sozialarbeiter darüber zu sprechen, sei ihm dort aber sehr schwer gefallen, auch jetzt bereite es ihm Schwierigkeiten. Er selbst finde es eigenartig, dass er den Nachnamen des verstorbenen Freundes "vergessen" habe. Ihn lasse der Gedanke nicht los, warum der Freund tot sei und er selbst lebe. Auch das verfolge ihn seit der Intensivstation, in den letzten Monaten weine er dann auch, was früher nur unterschwellig gewesen sei. Es seien auch zeitweilig im Krankenhaus und verstärkt jetzt Gedanken gekommen, dass er nicht mehr weiterleben wolle, der Freundin zuliebe tue er sich nichts an. Wenn er die Narbe sehe, werde er an den Vorfall erinnert – dann verstärkten sich die Depressivität und Schuldgefühle. Neben den quälenden Träumen vom Unfall, in denen offenbar der ihm bewusst nicht erinnerliche Ablauf auftauche, leide der Kläger unter Erinnerungen an das Geschehen mit Selbstvorwürfen und Schulderleben am Tod des Freundes. Er vermeide lieber, von dem Geschehenen zu sprechen, sich in einer direkten Bearbeitung damit auseinanderzusetzen. Auch vermeide er teilweise PKW-Fahren, weiche lieber auf das Motorrad aus. Anfangs habe er extreme Angst als Beifahrer gehabt, reagiere jetzt als Fahrer noch mit massiver Angst in kritischen Verkehrssituationen, dabei dann auch mit ausgeprägten psychovegetativen Beschwerden. Eine psychogene Amnesie bestehe für den Familiennamen des verunglückten Freundes. Mit Durchschlafstörungen und vermehrter Reizbarkeit zeigten sich darüber hinaus Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus. Insgesamt ergebe sich das Bild einer posttraumatischen Belastungsstörung. Seit Anfang des Jahres sei es zu einer Häufung der Alpträume gekommen, außerdem zu einer Zunahme einer wohl bereits etwas länger bestehenden depressiven Symptomatik auf dem Boden des Schulderlebens. Nach den Schilderungen des Klägers hätten die wesentlichen Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung schon während des Aufenthaltes im Bundeswehrkrankenhaus eingesetzt, auch wenn sie dort noch nicht erwähnt worden seien. So würden aber im truppenärztlichen Gutachten Schuldgefühle und belastende Träume vom Vorfall erwähnt. Der Kläger selbst klage und leide mehr unter verschiedenen körperlichen Beschwerden im Bereich des Skelettsystems, suche hier auch immer wieder Behandlung, die seelischen Belastungen würden dabei nur schrittweise zugänglich. Ein Teil der körperlichen Beschwerden sei vermutlich auch als funktioneller oder psychosomatischer Anteil des seelischen Leidens zu verstehen. Was zur Verstärkung der seelischen Beschwerden in diesem Jahr geführt habe, sei nicht eindeutig fassbar. Ob hier der als Schuldeingeständnis erlebte Strafbefehl die Konfliktsituation verschärft habe oder aber eine zusätzliche Belastung mit fehlenden Ablenkungsmöglichkeiten durch die Krankschreibung zum Tragen gekommen sei, sei nicht sicher zu entscheiden. Vor der Zeit bei der Bundeswehr habe der Kläger zeitweilig massives Übergewicht gehabt (bis 120 kg). Hier zeige sich eine orale Problematik, die auch jetzt wieder mit den berichteten so genannten "Fressattacken" in Erscheinung trete. Depressive Strukturanteile seien dabei anzunehmen. Eine vorbestehende depressive Erkrankung oder ein sonstiges vorbestehendes seelisches Leiden ließen sich jedoch nicht fassen. Eine Berufsausbildung habe der Kläger noch nicht durchlaufen, sie als Zeitsoldat erhofft und geplant, diese Hoffnung habe sich dann jedoch in der Bundeswehrzeit zerschlagen. Das jetzt bestehende seelische Leiden sei als posttraumatische Belastungsstörung durch den erlittenen Unfall verursacht, wobei sich für den Kläger als Fahrer eine massive Schuldproblematik durch den Tod des Freundes stelle.

Die Gutachterin schlug als Leidensbezeichnung auf ihrem Fachgebiet vor: Posttraumatische Belastungsstörung mit belastenden Träumen, depressiver Symptomatik und psychosomatischen Anteilen mit dem Grad einer MdE von 30 v. H. Unter Einbeziehung der mit einem Einzel-

Grad einer MdE von 10 v. H. zu bewertenden orthopädischen Leiden gemäß dem Gutachten des Chirurgen W vom 10. März 1998 betrage der Gesamt-Grad der MdE 30 v. H.

Der Beigeladene setzte die Beklagte mit undatiertem Schreiben (Eingang bei der Beklagten am 26. November 1999) über seine Absicht in Kenntnis, von der Entscheidung der Beklagten in deren Bescheid vom 15. Januar 1997 abzuweichen. Er teilte mit, die orthopädischen Schädigungsfolgen neu formulieren und für das psychiatrische Fachgebiet Schädigungsfolgen anerkennen zu wollen. Der Beigeladene bezeichnete die Schädigungsfolge 1 wie folgt:

"Endgradige Einschränkung der Beugefähigkeit im rechten Hüftgelenk nach knöchern in guter Stellung verheiltem Oberschenkelbruch. Beinverkürzung rechts von 0,5 cm. Nicht behindernde Verkalkungen im Bereich des rechten großen Rollhügels, Auftreibung des Knochens im Bereich des verheilten Bruches und nicht behindernde Operationsnarben.".

Die Schädigungsfolge 2 laute wie folgt:

"Posttraumatische Belastungsstörung mit belastenden Träumen, depressiver Symptomatik und psychosomatischen Anteilen.".

Der Grad der MdE betrage für die Schädigungsfolge 1 10 v. H., für die Schädigungsfolge 2 30 v. H., gesamt 30 v. H.

Da für eine solche Abweichung Einvernehmen zwischen den Behörden herzustellen sei, werde die Beklagte um Überprüfung ihres Bescheides vom 15. Januar 1997 und um Stellungnahme zu beabsichtigten Abweichung seitens des Beigeladenen gebeten.

Die Beklagte forderte bei dem J-Krankenhaus einen Verlegungsbericht vom 7. November 1995 sowie bei dem Bundeswehrkrankenhaus die vollständige Kopie der Krankenakte des Klägers über dessen stationäre Behandlung dort vom 7. November bis 14. Dezember 1995 an. Bei dem Institut für Wehrmedizinalstatistik und Berichtswesen holte die Beklagte medizinische Unterlagen über den Kläger die gesamte Dienstzeit bei der Bundeswehr betreffend ein. Im Anschluss daran holte die Beklagte bei der Oberstärztin a. D., Anästhesiologin, Sozial- und Betriebsmedizinerin Dr. V eine vorläufige sozialmedizinische und versorgungsmedizinische Stellungnahme vom 9. Juni 2000 ein. Sie erachtete die Leidensbezeichnung in dem Bescheid der Beklagten vom 15. Januar 1997 als zutreffend. Der Absicht des Beigeladenen, für das neurologisch-psychiatrische Fachgebiet eine weitere Schädigungsfolge anzuerkennen, könne zunächst nicht zugestimmt werden. Dr. V schlug die Beiziehung weiterer Unterlagen sowie die Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Zusammenhangsgutachtens vor.

Die Beklagte zog nunmehr bei dem Kreiswehrersatzamt die Personalakte des Klägers und medizinische Unterlagen die gesamte Dienstzeit des Klägers betreffend bei. Bei der Krankenkasse des Klägers holte die Beklagte Auskünfte über Erkrankungen und Verletzungen ein.

Die Beklagte holte ein psychiatrisches Gutachten bei dem Leitenden Arzt, Oberstarzt und Diplom-Psychologen Dr. med. H vom 14. Dezember 2000 ein, der nach stationärer Untersuchung des Klägers vom 11. bis 14. Dezember 2000 zu folgender Einschätzung gelangte:

Bei dem Kläger bestehe das Bild einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung nach einem Verkehrsunfall auf dem Weg zum Dienst. Das traumatische Ereignis sei auf eine prämorbide Charakterstruktur getroffen, die für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung prädisponiert sei und die Ausgestaltung des Symptombildes mit beeinflusst habe. So stünden bei dem Kläger derzeit neben traumatischen Erinnerungen und Schuldgefühlen, die für das Krankheitsbild typisch seien, auch psychovegetative und psychosomatische Beschwerden im Vordergrund. Eine Neigung zu derartigen Reaktionsweisen habe zwar schon vor dem Ereignis bestanden, jedoch wäre es zu dem jetzigen Ausmaß der Belastung ohne die traumatische Erfahrung nicht gekommen. Deshalb könne die Frage nach dem Entstehungszusammenhang eindeutig positiv beantwortet werden. Bemerkenswert erscheine zunächst, dass der Kläger trotz der ausgeprägten psychischen Störung noch zur Arbeitstätigkeit in der Lage sei. Es sei dabei aber zu erwähnen, dass er seine Arbeitstätigkeit unbewusst zur psychischen Stabilisierung funktionalisiere und der Leidensdruck und die Arbeitsstörung eher in häufigeren Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychovegetativer und psychosomatischer Beschwerdebildung zum Ausdruck kämen. Daraus ergebe sich insgesamt eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensgestaltung. Deshalb werde zusammenfassend der Grad der MdE mit 30 v. H. eingeschätzt bestehend seit dem Unfallereignis und für weitere zwei Jahre nach dem Begutachtungszeitpunkt. Eine erneute Begutachtung sollte danach erfolgen unter Berücksichtigung der bis dahin voraussichtlich abgeschlossenen psychotherapeutischen Behandlung.

Zu dem Gutachten von Dr. H holte die Beklagte eine weitere sozialmedizinische Versorgungsbegutachtung von Dr. V vom 25. Januar 2001 ein, die das Gutachten vom 14. Dezember 2000 als nicht plausibel erachtete und eine erneute Begutachtung vorschlug.

Dem Vorschlag von Dr. V entsprechend holte die Beklagte ein weiteres psychiatrisches Gutachten bei dem Arzt für Psychiatrie und Psychotherapeuten Prof. Dr. E vom 18. April 2001 ein. In diesem nach Aktenlage erstellten Gutachten führte Prof. Dr. E aus, seitens des psychiatrischen Fachgebietes seien bei dem Kläger bei ärztlichen Untersuchungen und Begutachtungen in den ersten Monaten oder Jahren nach dem Unfall folgende Beschwerden dokumentiert: Gelegentlich auftretende Alpträume, Schuldgefühle, Ängste beim Autofahren in bestimmten Situationen oder Konstellationen. Nach den Akten würden diese Symptome des Klägers vor allem bei Nachfragen vorgebracht, zumindest 1996 sei nach den Befundberichten von einem allenfalls gelegentlichen oder seltenen Auftreten von Alpträumen auszugehen, auch Einschränkungen bezüglich der Teilnahme am Straßenverkehr würden von dem Kläger als gelegentlich auftretend geschildert, zum Beispiel bei bestimmten Witterungsverhältnissen oder im Beisein seiner Freundin. Darüber hinausgehende sich aufdrängende Erinnerungen an den Unfall, Ängste und Befürchtungen mit das alltägliche Leben einschränkendem Charakter würden nicht berichtet, auch keine Symptome psychischer Störungen. In Begutachtungen und Untersuchungen Ende der 90er Jahre/2000 sei dann dokumentiert, dass Alpträume oder Gedanken an den Unfall und Selbstvorwürfe vermehrt und verstärkt aufgetreten seien, diese im Zusammenhang mit dem Auftreten körperlicher Beschwerden und Schmerzen. Anlässlich dieser Angaben werde psychiatrischerseits eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert, wobei, soweit klar erkennbar, anscheinend auch die körperlichen Beschwerden als Ausdruck der posttraumatischen Belastungsstörung gesehen würden. Bezüglich vieler körperlicher Beschwerden seien in den Akten Schmerzzustände und vegetative Symptome, auch Parästhesien, bereits Jahre vor dem Unfall dokumentiert während der Wehrdienstzeit, die den späteren Beschwerden nach dem Unfall bezüglich der Symptomatik verblüffend ähnlich seien. Bei der Frage nach einer posttraumatischen Belastungsstörung müsse berücksichtigt werden, dass nicht jedes psychische Symptom nach einem Unfall eine Krankheit, insbesondere eine entschädigungspflichtige Krankheit definiere. Es gebe auch physiologische Unfallfolgen, die die alltäglichen Lebensvollzüge nur

geringfügig beeinträchtigten oder als normalpsychologische Unfallfolge zu werten seien. Dass einschneidende Erlebnisse gelegentlich in Träumen erinnert würden, sei normal. Zumindest in den ersten Monaten und Jahren nach dem Unfall sei die von dem Kläger angegebene Frequenz sogar als niedrig einzuschätzen und sicherlich nicht krankheitswertig. Genauso normal und nicht krankheitswertig seien Schuldgefühle, wenn man für den Tod eines Menschen verantwortlich gemacht wird, oder Erinnerungen an einen Unfall in ähnlichen Situationen. Der Kläger habe keines der Symptome gezeigt, die für eine krankheitswertige posttraumatische Belastungsstörung vorhanden sein sollten, also die Lebensvollzüge einschränkenden mit Angst erlebten, sich aufdrängenden Erinnerungen ohne entsprechende Situationen, oder ein das Leben beeinträchtigendes Vermeidungsverhalten, um Situationen, die an den Unfall erinnerten, zu vermeiden. Eine gelegentliche besondere Vorsicht beim Autofahren oder Ängste bei gefährlichen Situationen seien Ausdruck physiologischer Lernerfahrungen, nicht Ausdruck einer Krankheit. Genauso sollten die körperlichen Symptome, falls sie als Ausdruck dauerhafter ängstlicher Anspannung oder Nervosität gewertet würden, als Folge solcher Ängste bewertet werden. Der Kläger lebe aber zumindest nach den Berichten nicht in dauerhafter Angst vor einem erneuten Auftreten des Unfalls oder in einer dauerhaften erhöhten Anspannungssituation. Zudem sei es unwahrscheinlich, dass der Unfall auslösend für die körperlichen Beschwerden gewesen sei, zumindest für einen großen Teil der Beschwerden, wenn bereits vor dem Unfall die gleichen Beschwerden dokumentiert seien; wahrscheinlich seien hier körperliche Symptome bei Stresssituationen oder ungewohnten Situationen unabhängig vom Unfall die bessere Erklärungsmöglichkeit. Zusammenfassend zeige der Kläger einige psychische Symptome und viele körperliche Symptome, die zumindest teilweise psychisch verursacht sein könnten. Die psychischen Symptome Alpträume, Ängste bei an den Unfall erinnernden Situationen oder ähnlichen Situationen ohne ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (der Kläger fahre Auto und Motorrad) seien wahrscheinlich Folgen des Unfalls und kämen auch als Symptome bei posttraumatischen Belastungsstörungen vor. Sie reichten aber nicht aus, um eine solche im Sinne einer psychischen Störung zu diagnostizieren, seien eher als physiologische Unfallfolgen aufzufassen, es fehle die darüber hinausgehende umfassende Angstsymptomatik, das ausgeprägte Vermeidungsverhalten, die Generalisierung der Angst und der Wiedererinnerungen. Die Schuldgefühle seien ebenfalls als Folge des Unfalls zu werten, definierten aber ebenfalls keine Krankheit und sollten also nicht als Symptom einer posttraumatischen Belastungsstörung gewertet werden, wo die Patienten gerade unberechtigterweise Schuldgefühle entwickelten als Ausdruck der psychischen Störung. Die körperlichen Symptome könnten nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden, einerseits handele es sich dabei nicht um typische psychische Unfallfolgen, andererseits seien sie in qualitativ ähnlicher Form bereits vor dem Unfall vorhanden gewesen. Aus den genannten Symptomen und ihrer Intensität könne demnach keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden, zumindest bis 1996. An sich sollten Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung innerhalb von sechs Monaten nach dem belastenden Ereignis auftreten, so dass eine spätere Diagnose zumindest nach den Akten nicht wahrscheinlich sei. Die Ursache der jetzigen körperlichen Beschwerden und depressiven Symptome könne aus dem Aktenstudium nicht sicher auf eine spezifische psychische Störung zurückgeführt werden, es könne nur angegeben werden, dass eine posttraumatische Belastungsstörung als Ursache unwahrscheinlich sei. Mit Wahrscheinlichkeit seien Alpträume, Schuldgefühle und Erinnerungen an den Unfall und die diskreten phobischen Befürchtungen und das dazugehörige Vermeidungsverhalten direkte Folgen der psychischen Traumatisierung anlässlich des Verkehrsunfalls mit von dem Kläger verschuldetem Tod eines Beifahrers. Die körperlichen Beschwerden und auch die depressive Symptomatik könnten nicht direkt auf den Unfall zurückgeführt werden. Die Gesundheitsstörungen stellten Symptome dar, das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung bestehe nicht. An sich werde davon ausgegangen, dass eine psychische Störung vorliegen müsse, um eine MdE einzuschätzen und nicht krankheitswertige, vielmehr physiologische Symptome nicht im Rahmen einer MdE gewürdigt werden könnten. Selbst unter der Voraussetzung, dass die Symptome des Klägers als posttraumatische Belastungsstörung interpretiert würden, sei die MdE ab Eintreten bis zum 30. September 1996 (Dienstzeitende) mit unter 10 v. H. einzuschätzen. Wenige Male im Monat auftretende Alpträume und gelegentlich auftretende Ängste beim Autofahren bedingten keine MdE von über 10 v. H. Die jetzigen in den Akten dargelegten Symptome ab Ende 1996 und ab 1998 (nach den Angaben des Klägers entspreche dies in etwa dem Zeitpunkt der Verschlimmerung) seien unabhängig von der festgestellten Gesundheitsstörung ebenfalls mit allenfalls 10 v. H. zu bewerten, unabhängig von der Kausalfrage. Nach den Angaben im Gutachten bestünden zwar körperliche Symptome, die auf psychische Ursachen zurückgeführt würden, auch einzelne Angstsymptome einschließlich von Alpträumen, diese schränkten aber die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit bezüglich des alltäglichen Lebens allenfalls geringfügig ein. Diese Einschätzung gelte insbesondere, wenn Kausalfaktoren berücksichtigt und die körperlichen Symptome nicht als Unfallfolge berücksichtigt würden.

Die Beklagte holte nunmehr eine abschließende versorgungsmedizinische gutachtliche Stellungnahme des Oberfeldarztes und Sozialmediziners Dr. U vom 5. November 2001 ein, der dem Gutachten von Prof. Dr. E in vollem Umfang zustimmte. Eine weitere versorgungsmedizinische gutachtliche Stellungnahme von Dr. U vom 7. Januar 2002 leitete die Beklagte dem Gutachter Prof. Dr. E zur ergänzenden Stellungnahme zu, die in Form eines psychiatrischen Gutachtens vom 25. Februar 2002 nach Aktenlage erfolgte.

Im weiteren Verfahren übermittelte der Kläger der Beklagten einen ärztlichen Befundbericht seiner Hausärztin B vom 7. Januar 2002, bei der er sich seit Januar 1998 in ärztlicher Behandlung befand.

Die Beklagte holte eine abschließende versorgungsmedizinische Stellungnahme bei Dr. U vom 30. April 2002 ein, der bei dem Kläger als schädigungsunabhängigen Vorschaden ein psychosomatisches Leiden annahm. Als wehrdienstbedingter Verschlimmerungsanteil sei eine geringfügige Verstärkung eines psychosomatischen Leidens wahrscheinlich. Ein nennenswerter Grad einer MdE sei hierdurch nicht bedingt.

Die Beklagte wendete sich mit Schreiben vom 7. Juni 2002 an das Bundesministerium der Verteidigung mit der Bitte um Zustimmung zur teilweisen Abhilfe des Widerspruchs des Klägers gegen den Bescheid der Beklagten vom 15. Januar 1997 insoweit, als als wehrdienstbedingter Verschlimmerungsanteil eine geringfügige Verstärkung eines psychosomatischen Leidens mit dem Grad einer MdE von unter 10 v. H. anerkannt werden sollte bei einem schädigungsunabhängigen Vorschaden eines psychosomatischen Leidens. Das Bundesministerium der Verteidigung erachtete mit Schreiben vom 27. Januar 2003 unter Vorlage einer Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 9. Januar 2003 für eine endgültige Kausalbeurteilung ein erneutes psychiatrisches Gutachten als unabdingbar. Nach Einholung einer versorgungsmedizinischen gutachtlichen Stellungnahme von Dr. U vom 12. Februar 2003 zog die Beklagte - erneut - bei dem J-Krankenhaus den Verlegungsbericht vom 7. November 1995 bei und holte ein fachärztliches und ein psychologisches Gutachten bei dem Neurologen und Psychiater Dr. H vom 3. November 2003 ein, das dieser nach Untersuchungen des Klägers am 30. September und 21. Oktober 2003 erstellte und in dem er Folgendes ausführte:

Es handele sich bei der posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne des ICD F 43.1 um eine verzögerte oder protrahiert auftretende Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung und von katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung und Verstörung hervorrufen würde. Beispielhaft genannt seien schwere Katastrophen, Kampfhandlungen, ein

schwerer Unfall oder die Tatsache, Zeuge eines gewaltsamen Todes oder Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung u. a. Verbrechen zu sein. Im vorliegenden Fall wäre danach das A-Kriterium, nämlich die Tatsache, Zeuge des gewaltsamen Todes eines anderen zu sein, gegeben, wobei erschwerend hinzukomme, dass der Kläger insoweit auch vermutlich Ursache für den gewaltsamen Tod sei. Das erlebe er selbst auch so und er mache sich jetzt die nicht geklärte Schuldfrage (der Abklärung sei er in seiner charaktereigenen Art ausgewichen) selbst zum Vorwurf. Nun müsse man, worauf bereits in den Vorbeurteilungen verwiesen worden sei, hierzu feststellen, dass die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung auch bei Bagatellunfällen vorkomme und zunehmend als Modekrankheit missbraucht werde. Das seien jene Fälle, in denen die A-Kriterien gar nicht erfüllt seien. Anders herum heiße das, dass es auch ohne einen schweren Unfall eine Prävalenz für das Auftreten der Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung gebe. Diese sei nach Studien sehr unterschiedlich eingeschätzt, aber im Schnitt sicherlich bei etwa 20 bis 30 Prozent zu veranlagen. Die Argumentation einiger Voruntersucher, dass die Latenz, also das Auftreten der Symptome erst nach Monaten gekommen sei, sei insoweit irrelevant, weil zur Definition dieser Störung eine Latenz von mehreren Monaten bis zu einem halben Jahr definitionsgemäß gehöre. Dass man aber eine solche Diagnose noch mehrere Jahre nach dem Unfall stelle, sei unsinnig und auch in dem Diagnoseschema nicht vorgesehen. Im Allgemeinen sei der Verlauf für maximal zwei Jahre akzeptiert. Wenn eine ähnliche Symptomatik länger dauere, spreche man von einer Anpassungsstörung, und diese sei nach F 62.0 zu verschlüsseln. Wenn jemand nach einem Unfallereignis seelisch reagiere, sei das natürlich in dem Sinne unfallbedingt, ganz gleich, ob und wie man das diagnostisch einstufe. Auch für den vorliegenden Fall, bei dem die A-Kriterien gegeben scheinten, sei darauf hinzuweisen, dass selbst das problematisiert werden müsse, was sich aus den unterschiedlichen Schilderungen des Klägers ergebe. Einmal gebe er an, er könne sich daran gar nicht mehr erinnern, der Ablauf selbst sei ihm gar nicht bewusst und er sei erst kurz danach wieder bruchstückhaft zu sich gekommen. Wenn das so gewesen sein sollte, sei ein Traum von dem Unfall insoweit kein Wiederholungstraum, sondern eine Phantasie, etwa ausgelöst durch die Schilderung oder durch das, was dem Kläger hinterher dazu bekannt geworden sei, womit die Dramatik des Ereignisses und der Tod seines Beifahrers und Freundes natürlich nicht minimiert werde. In Bezug auf die Verarbeitung von Unfällen und solchen Erlebnissen müsse außerdem darauf hingewiesen werden, dass der größte Teil auch derjenigen, die ein entsprechend adäquates definiertes Trauma erlitten hätten, sich ohne Therapie wieder stabilisiere und es dabei nicht zu einer Chronifizierung komme. In diesem Zusammenhang erscheine es wichtig, auf die wohl einzige prospektive Studie bezüglich psychosozialer traumatischer Reaktionen zu verweisen, die von Schnyder publiziert worden sei. Nach dieser Studie habe sich herausgestellt, dass auch bei diesen schweren Belastungen nach Unfällen in der Mehrzahl der Fälle eine Wiederherstellung ohne Symptomatik möglich sei. Auch hier müsse man zum Beispiel in Bezug auf die posttraumatische Belastungsstörung trennen. Ereignisse wie mehrfache Vergewaltigungen, etwa im Krieg oder in Lagern, KZ-Aufenthalte, Gefangenschaften unter schwersten Umständen seien gänzlich anders zu bewerten als ein einmaliges, wenn auch belastendes Erlebnis, dies mindestens in Bezug auf die Zeitdauer und in Bezug auf die Veränderungen der Persönlichkeit des Betroffenen. Außerdem müsse man sich vor Augen halten, dass nicht jede Reaktion, die auf ein solches Ereignis auftrete, auch wenn sie ein paar Wochen oder Monate dauere, eine Krankheit darstelle. Darauf sei aber schon von den Vorgutachtern zum Teil sehr treffend hingewiesen worden. Warum in diesem Zusammenhang das Gutachten der Versorgungsärztin H besonders nachvollziehbar und vernünftig sein soll, sei nicht ohne weiteres nachzuvollziehen. Wenn also in dem Gutachten von Dr. H noch viele Jahre nach dem Ereignis eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werde, sei das nicht richtig. Das gleiche gelte auch für das Gutachten H, welches vier Jahre danach erstellt worden sei. Wichtig sei in diesem Kontext der Hinweis auf ein weiteres Definitionsmerkmal der Störung, der auch in dem Schema erwähnt sei, nämlich dass prämorbide Persönlichkeitsfaktoren, zum Beispiel bestimmte Charakterzüge oder neurotische Mechanismen in der Vorgeschichte, zwar die Schwelle für die Entwicklung des Syndroms und der Störung senken könnten und den Verlauf beeinflussen, aber als Faktor weder nötig noch ausreichend seien, um das Auftreten und Anhalten der Störung zu erklären. Das heiße anders herum, dass die Störung selbst ursächlich für den weiteren Verlauf sein müsse. Das sei im vorliegenden Fall sicher nicht ausreichend belegbar. Betrachte man unter diesem Gesichtspunkt das vorliegende Bild, den Verlauf und speziell die Angaben des Klägers selbst, so müsse man konstatieren, dass er eine Krankheit in diesem Sinne nicht aufweise, weder eine Depression noch eine Zwangsstörung, noch eine Phobie, noch andere ereigniskorrelierte Störungen. Es handele sich im Wesentlichen um eine Reaktion seiner Persönlichkeit, und diese sei unfallunabhängig vorher vorhanden gewesen, und zwar einmal auf das Ereignis, was in dem Sinne wie ausgeführt nachvollziehbar sei, zum anderen aber auf den weiteren Ablauf. In diesem Fall darauf abzustellen, ob bereits gleiche Symptome vorher bestanden hätten, sei fachärztlich unhaltbar, weil psychiatrisch neurotische Störungen durchaus vorliegen könnten, ohne dass die Betreffenden bereits Symptome hätten. Die jetzt vorliegende Symptomatik des Klägers, vordergründig die Kopfschmerzsymptome, imponierten eindeutig als psychogene oder psychosomatische Spannungskopfschmerzen. Sie nähmen bei entsprechender Belastung seelisch und körperlich zu und seien bei Entspannung und Ruhe geringer. Eine Verletzung der Halswirbelsäule, die solche Beschwerden auf Dauer auslösen könnte, sei nach allen Vorbefunden, die mitgeteilt worden seien, ausgeschlossen, so dass in dieser Hinsicht keine weiteren Untersuchungen veranlasst worden seien. Auch die Angaben von Polyneuropathie oder Wurzelschädigungen, die behauptet worden seien, seien durch die Anamnese eigentlich ausgeschlossen gewesen, aber durch die hier nochmals zusätzlich durchgeführte neurophysiologische Zusatzbegutachtung definitiv aus der Diskussion heraus. Wenn also davon ausgegangen werde, dass das primäre Trauma hier eine solche Diagnose und dadurch ausgelöste Leistungsbeeinträchtigung in Gang gebracht habe, so müsse man sagen, dass eine solche Beeinträchtigung allenfalls bis zu einem Jahr, vielleicht in Ausnahmefällen auch bis zu zwei Jahren akzeptiert werden könne. Weitergehende Veränderungen und fortbestehende Symptome seien nicht einer posttraumatischen Reaktion, vor allen Dingen nicht im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung zuzuordnen. Bezüglich eines weiteren Unfalls im Jahr 2002 mit einer Aktualisierung der Symptomatik sei zu sagen, dass es eine normale psychologische Reaktion sei, dass jemand, wenn er ein ähnliches Ereignis noch einmal erleide, vorübergehend labilisiert sei und unter Umständen auch ein zeitlich begrenztes Vermeidungsverhalten zeige. Aber auch das sei völlig beseitigt, und der Kläger weise auch keine Symptome einer Persönlichkeitsveränderung im Sinne der "andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung/ICD 10 F 62.0-" auf. Er habe seine normalen sozialen Beziehungen, betreibe intensiv und motiviert seine berufliche Ausbildung, zeige nicht etwa ein Rückzugsverhalten oder dergleichen und auch kein Vermeidungsverhalten. Insoweit liege bei ihm auch kein erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel (im Sinne von Venzlaff) vor. Auch der Hinweis darauf, welche Symptome vorher vorgelegen hätten, welche nachher, sei hier nicht hilfreich, abgesehen davon, dass Symptome lediglich subjektives Vorbringen seien, wobei der Untersucher häufig nicht einmal sichern könne, ob ihm überhaupt etwas objektiv als Korrelat zugrunde liege. Würde man die medizinische Begutachtung darauf reduzieren, bräuchte jeder nur noch eine bestimmte Symptompalette zu berichten, und das müsste ungeprüft als entschädigungspflichtig übernommen werden. Es falle bezüglich dieses Aspektes auf, dass der Kläger anfänglich überhaupt keine entsprechenden Angaben gemacht habe und mit fortschreitender Begutachtung, vor allen Dingen auch etwa ab der versorgungsärztlichen Begutachtung zunehmend in diese Schiene gedrängt worden sei. Ähnliche Überlegungen träfen auch für die unterschiedlichen Angaben seiner Amnesie zu. Soweit also hier eine Symptomatik nach dem Ereignis vorübergehend intensiver in Erscheinung getreten sei, handele es sich nach hiesigem Verständnis um eine normal psychologisch nachvollziehbare, auch in die Persönlichkeit des Betreffenden und seiner Reaktionsart eingebettete Ausgestaltung, die nicht im Sinne einer Krankheit oder dauerhaften Störung zu interpretieren sei, sondern als Reaktionsbildung bezeichnet werden müsse.

Zusammenfassend führte der Gutachter aus: Der Kläger habe bei seinem Unfall multiple Prellungen, ein Schädelhirntrauma I. Grades und chirurgische Verletzungen erlitten. In psychiatrisch-psychologischer Hinsicht habe primär keine wesentliche Symptomatik bestanden. Hier habe sich eine gewisse Reaktionsbildung eingestellt, die aber nicht zu einer Krankheit im psychopathologischen Sinne Anlass gewesen sei. Sie habe auch nicht zu einer entsprechenden Veränderung geführt. Der Kläger sei letztlich praktisch ohne wesentliche Einschränkungen bezüglich seiner unfallbedingten Verletzung leistungsfähig. Hinweise auf andere Störungen wie Polyneuropathie und dergleichen seien unabhängig von der möglichen Verursachung definitiv ausgeschlossen. Nicht zu sichern sei es, dass es im Kontext aller Aspekte zu einer posttraumatischen Belastungsstörung gekommen sei, ebenso wenig sei es zu einer entsprechenden chronischen Störung mit Veränderung der Persönlichkeit im Sinne von Anpassungsaspekten gekommen. Die beschriebenen Symptome und Störungen hätten unfallunabhängig vorgelegen, wobei aus hiesiger Sicht nicht auf die einzelne Symptomatik abgestellt werden könne, also etwa die Feststellung einer Gewichtszunahme als solche bereits ausreichend sei. Im Kontext solcher Aspekte müsse man sehen, ob und was dem Symptom zugrunde liege (psychogene orale Störung, hormonelle Störung, Kombination verschiedener Faktoren usw.). Nach der Entlassung im September 1996 hätten insoweit keine nennenswerten leidenskorrelierten Gesundheitsstörungen im Sinne einer Krankheit vorgelegen. Eine entsprechende Reaktionsbildung des Klägers auf Belastungen sei im Zusammenhang mit seiner Persönlichkeitsstruktur, Sozialisation und dem beschriebenen neurosenpsychologischen Hintergrund zu sehen und stelle insoweit die ihm eigene typische Reaktion dar, die also mehr der Persönlichkeitsstruktur und der Art zu leben und zu reagieren zuzuordnen sei als dem Ereignis selbst. Dieses sei dann im Einzelfall lediglich Anlass dafür, nicht aber Ursache. Eine dauerhafte Beeinträchtigung im Sinne der oben beschriebenen chronischen Folge liege nach der bisherigen biographischen Entwicklung nach nunmehr acht Jahren nicht vor.

Die Beklagte holte eine abschließende versorgungsmedizinische gutachtliche Stellungnahme von Dr. U vom 20. Januar 2004 ein, der dem Gutachten von Dr. H folgte.

Das von der Beklagten abermals mit der Angelegenheit befasste Bundesministerium der Verteidigung erklärte mit Schreiben an die Beklagte vom 28. Juli 2004 unter anderem, die Ansicht der Beklagten zu teilen, dass dem Widerspruch gegen den Bescheid vom 15. Januar 1997 nicht abgeholfen werden könne. Die als WDB anerkannte Schädigungsfolge eines "folgenlos abgeheilten Schädelhirntraumas" könne durch die Leidensbezeichnung "folgenlos abgeheiltes Schädelhirntrauma I. Grades" ersetzt werden. Im Übrigen verbleibe es bei der Leidensbezeichnung. Gegen die von dem Beigeladenen vorgeschlagene Umformulierung der Schädigungsfolge 1 bestünden keine Einwendungen. Dem Schreiben des Bundesministeriums der Verteidigung waren zwei Stellungnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 22. und vom 26. April 2004 beigefügt.

Mit Bescheid vom 6. Oktober 2004 bezeichnete die Beklagte unter entsprechender Abänderung des Bescheides vom 15. Januar 1997 die als Folgen einer WDB anerkannten Gesundheitsstörungen wie folgt neu:

"Reizlose Narben nach knöchern fest verheiltem Oberschenkelbruch rechts, geringfügige Fehlstellung der Beinachse und Beinverkürzung, noch liegendes Osteosynthesematerial, folgenlos abgeheiltes Schädelhirntrauma I. Grades".

Ein Anspruch auf Ausgleich nach § 85 SVG bestehe nicht. Die weiterhin geltend gemachte "posttraumatische Belastungsstörung mit belastenden Träumen, depressiver Symptomatik und psychosomatischen Anteilen" habe nicht nachgewiesen werden können und könne somit nicht als Folge einer WDB anerkannt werden.

Mit Schreiben an den Beigeladenen vom 14. Oktober 2004 erklärte die Beklagte, der von dem Beigeladenen beabsichtigten Entscheidung, die "posttraumatische Belastungsstörung mit belastenden Träumen, depressiver Symptomatik und psychosomatischen Anteilen" als weitere WDB-Folge anzuerkennen, nicht folgen zu können. Die Beklagte übersandte den Aktenvorgang dem Beigeladenen mit der Bitte, diesen nach seiner Bescheiderteilung zurückzusenden.

Der Beigeladene holte eine nervenfachärztliche Stellungnahme bei dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. D vom 11. November 2004 ein, der erklärte, von den Gutachten der Versorgungsärztin H und des Bundeswehrkrankenhauses zunächst nicht abweichen zu können. Zu diesen Zeitpunkten sei von einer posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen. Danach sei möglicherweise eine Besserung bis zu dem Gutachten von Dr. H eingetreten.

Der Beigeladene holte ein psychiatrisches Kausalitätsgutachten bei der Ärztin für Psychiatrie S vom 7. Februar 2005 ein, das diese laut Gutachten nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 4. Februar 2005 erstellte und in dem sie zu folgender Einschätzung gelangte:

Der Kläger habe in der jetzigen Untersuchung darauf insistiert, dass er nicht unter psychischen Beschwerden leide, sondern lediglich an den körperlichen Folgen des Unfalls. Alpträume bestünden seit 2003 gar nicht mehr oder träten vier Mal im Jahr auf und seien nicht immer schädigungsspezifisch. Flash backs und Meidungsverhalten seien nicht mehr angegeben worden. Im Unterschied zu den Angaben über intrusive Erfahrungen (der Beginn sei in dem Arztbrief der S-Klinik mit 1999 angegeben) habe der Kläger in der jetzigen Untersuchung dargestellt, dass er während des ersten Jahres nach dem Unfall unter regelmäßigen Alpträumen, die den Unfall repräsentierten, gelitten habe, die sich im zweiten Jahr bereits zurückgebildet hätten, und danach nur noch selten, das heiße drei bis vier Mal pro Jahr aufgetreten seien. Dieser Widerspruch habe sich auf Nachfragen nicht auflösen lassen. In der jetzigen Untersuchung habe der Kläger zudem angegeben, dass er aus beruflichen Gründen ein Jahr nach dem Unfall eine Ausbildung zum LKW-Fahrer absolviert habe, allerdings nie gerne Auto gefahren sei. Er bevorzuge das Fahren mit dem Motorrad. Von einem Vermeidungsverhalten hinsichtlich des Autofahrens könne deshalb nicht gesprochen werden. Der Kläger habe lediglich zum Ausdruck gebracht, dass er das Motorradfahren jeder anderen Fortbewegung vorziehe. Eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit habe schon vor dem Unfall bestanden. Bereits 1993 habe der Kläger wiederholt den Truppenarzt aufgesucht (fast wöchentlich) und über erhebliche Kopfschmerzen und HWS-Beschwerden sowie Kribbeln in den Händen und Beinen und Hüftschmerzen geklagt. Betrachte man die Anzahl der vorliegenden Befunde, so werde deutlich, dass der Kläger auffallend häufig geröntgt, eine aufwändige Diagnostik mit CT, MRT und Lumbalpunktionen betrieben und er häufig untersucht worden sei. Mehrfach habe sich der Kläger im Krankenhaus befunden, unter anderem zwei Mal bereits vor dem schädigenden Ereignis für die Dauer von einem Monat. Bei der Krankenhausaufnahme habe er jeweils angegeben, dass die geschilderte Symptomatik (meist Parästhesien und Lähmung) seit ca. zwei bis drei Wochen bestünden und habe unterschlagen, dass er schon mehrfach wegen derselben Symptomatik ausführlich untersucht worden sei und dass dieselbe Symptomatik bereits zuvor aufgetreten und abgeklärt worden sei. Selbst eine vier Wochen anhaltende Abklärung der HWS-Beschwerden und der Kopfschmerzen 1993 sei von ihm in dieser Untersuchung nicht erwähnt worden;

vielmehr habe er angegeben, vor dem Unfall bis auf das Übergewicht völlig gesund gewesen zu sein. Es sei deutlich geworden, dass der Autounfall für den Kläger eine Zäsur dargestellt habe, auf die sämtliche körperlichen Beschwerden projiziert worden seien und würden. Meist sei die Verstärkung der Schmerzsymptomatik ereigniskorreliert gewesen und überwiegend in Zusammenhang mit Prüfungssituationen oder kränkenden Erlebnissen aufgetreten. 1993 habe die Angst bestanden, wie der Onkel an einem Blutkrebs erkrankt zu sein. 1999 habe ebenfalls ein Konflikt hinsichtlich der beruflichen Weiterbildung und der Ablehnung als Polizist bestanden. Während des Gesprächs habe der Kläger die Bedeutung der Arbeit für seine Identität betont. Bei der Anamneseerhebung sei deutlich geworden, dass es dem Kläger äußerst schwer gefallen sei, verschiedene Kontexte darzulegen und andere Ursachen für seine ausgeprägte Symptomatik als den Unfall gedanklich in Erwägung zu ziehen. Bei der Gesamtschau der Befunde sei die Diagnose einer psychogenen Schmerzstörung zu stellen, die auch mit einer erhöhten psychovegetativen Erregbarkeit und mit einer depressiven Verstimmung einhergehen könne und die als Verdachtsdiagnose des Universitätsklinikums B genannt worden sei. Die Schmerzstörung habe schon vor 1993 zu einem erheblichen Schmerzmittelabusus geführt, der zwar vorübergehend reduziert, aber jetzt wieder in voller Höhe aufgenommen worden sei. Diese Schmerzstörung sei nicht in Zusammenhang mit dem Unfallereignis zu betrachten und könne versorgungsärztlicherseits ausschließlich im Schwerbehindertenbereich Anerkennung finden. Der Kläger sei in der Lage gewesen, seinem Beruf nachzugehen und Beziehungen aufzunehmen. Die 1999 ausführlich beschriebenen Befunde sollten unter Berücksichtigung der vorbestehenden Störung im Nachhinein anders diagnostisch klassifiziert werden; die Symptome, die eindeutig intrusive Merkmale trügen, wie Alpträume und Wiedererinnerungen, sollten als Ausdruck einer inkompletten posttraumatischen Belastungsstörung betrachtet werden. Ein spezifisches Meidungsverhalten könne angesichts des Erwerbs eines Führerscheins nicht angenommen werden. Eine erhöhte psychovegetative Erregbarkeit habe schon zuvor bestanden. Da der Kläger in der jetzigen Untersuchung jedoch angegeben habe, dass er nie unter psychischen Symptomen gelitten habe und auch die aktenkundig gewordenen Angstzustände als Folge eines Auffahrunfalls 2001 als durch die Therapie bewältigt bezeichnet habe, könne keine Schädigungsbewertung im psychiatrischen Bereich erfolgen, vor allem könnten nicht im Nachhinein bei der Widersprüchlichkeit der Angaben die Grenzen der zeitlichen Veränderung bestimmt und kein verlässliches Urteil zum Ausmaß der Schädigung angegeben werden. Die inkomplette Belastungsstörung wäre bis 2003 keinesfalls höher als mit dem Grad einer MdE von 15 v. H. zu bewerten. Ab 2003 seien keine Schädigungsfolgen anzuerkennen, da sich der Kläger seitdem als völlig beschwerdefrei geschildert habe, abgesehen von der somatoformen Schmerzstörung. Ab dieser Zeit sollten psychiatrischerseits keine ereigniskorrelierten Schädigungsfolgen mehr anerkannt werden. Als Schädigungsfolge bleibe lediglich die Anerkennung der chirurgischen Beschwerden. Die Anerkennung des seelischen Leidens erfolge im Schwerbehindertenbereich.

Der Beigeladene holte eine prüfärztliche Stellungnahme bei der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. W vom 28. Juli 2005 ein, die als Schädigungsfolgen für die Zeit bis zum 31. Dezember 2002 vorschlug:

1. Inkomplette posttraumatische Belastungsstörung, Grad der MdE 15 = 20 v. H. 2. Endgradige Einschränkung der Beugefähigkeit im rechten Hüftgelenk nach knöchern in guter Stellung verheiltem Oberschenkelbruch. Beinverkürzung rechts von 0,5 cm. Nicht behindernde Verkalkungen im Bereich des rechten großen Rollhügels, Auftreibung des Knochens im Bereich des verheilten Bruches und nicht behindernde Operationsnarben, Grad der MdE 10 v. H.

Der Gesamt-Grad der MdE betrage 15 = 20 v. H.

Für die Zeit ab dem 1. Januar 2003 sollte nur noch die Schädigungsfolge unter 2. anerkannt werden.

Der Beigeladene erkannte mit Bescheid vom 2. September 2005 als Schädigungsfolgen bis 31. Dezember 2002 an:

1. Inkomplette posttraumatische Belastungsstörung, 2. endgradige Einschränkung der Beugefähigkeit im rechten Hüftgelenk nach knöchern in guter Stellung verheiltem Oberschenkelbruch. Beinverkürzung rechts von 0,5 cm. Nicht behindernde Verkalkungen im Bereich des rechten großen Rollhügels, Auftreibung des Knochens im Bereich des verheilten Bruches und nicht behindernde Operationsnarben,

jeweils hervorgerufen durch schädigende Einwirkungen im Sinne des § 81 SVG.

Ab dem 1. Januar 2003 erkannte der Beigeladene nur noch die Schädigungsfolge 2. an.

Der Grad der MdE betrage jeweils unter 25 v. H., so dass ein Anspruch auf Gewährung einer laufenden oder rückwirkenden Rente nicht bestehe.

Die Beklagte erließ unter dem 9. Juni 2006 einen Widerspruchsbescheid, mit dem sie dem Widerspruch gegen ihren Bescheid vom 15. Januar 1997 insoweit abhalf, als sie zusätzlich als Folge einer WDB eine inkomplette posttraumatische Belastungsstörung anerkannte. Darüber hinaus wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Auch unter Berücksichtigung der zusätzlichen Folge einer WDB erhalte der Kläger keinen Ausgleich nach § 85 SVG. Ausweislich eines internen Vermerks wurde der Widerspruchsbescheid am 22. Juni 2006 abgesandt.

Hiergegen hat der Kläger am 20. Juli 2006 Klage erhoben. Im Klageverfahren hat er diverse medizinische Unterlagen zu den Gerichtsakten gereicht.

Das Sozialgericht hat das Land Berlin durch Beschluss vom 1. April 2008 zum Rechtsstreit beigeladen. Es hat des Weiteren Befundberichte bei der Fachärztin für Allgemeinmedizin K vom 29. April 2008, dem Diplom-Psychologen R vom 2. Mai 2008 und dem Facharzt für Orthopädie Dr. F vom 16. Juli 2008 eingeholt.

Der Beigeladene hat dem Sozialgericht eine nervenfachärztliche Stellungnahme der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. W vom 26. August 2008 und eine fachchirurgische Stellungnahme des Facharztes für Chirurgie Dr. B vom 9. September 2008 übermittelt.

Das Sozialgericht hat die Klage, die gerichtet gewesen ist auf die Verpflichtung des Beklagten, als WDB eine posttraumatische Belastungsstörung bei psychovegetativer Labilität und Somatisierungsneigung festzustellen und dem Kläger einen Ausgleich in Höhe der Beschädigtengrundrente nach dem Grad einer MdE von mindestens 30 v. H. für die Zeit vom 4. November 1995 bis zum 30. September 1996 zu gewähren, durch Urteil vom 17. Februar 2009 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, neben der bereits als WDB

anerkannten "inkompletten posttraumatischen Belastungsstörung", die sich insbesondere in Form von albtraumhaften Erinnerungen an das Unfallgeschehen vom 4. November 1995 geäußert habe, komme die Anerkennung der bei dem Kläger im Übrigen bestehenden psychischen Beschwerden als weitere WDB nicht in Betracht. Die Kammer beziehe sich insoweit auf das nachvollziehbare und schlüssige Gutachten der Neurologin und Psychiaterin S vom 7. Februar 2005. Gegenüber den Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. H vom 14. Dezember 2000 und der Neurologin und Psychiaterin H vom 8. November 1999, die übereinstimmend das gesamte psychische Beschwerdebild des Klägers als WDB zur Anerkennung vorgeschlagen und mit dem Grad einer MdE von 30 v. H. bewertet hätten, könne das Gutachten der Ärztin S überzeugen, weil es die bei dem Kläger bereits vor dem Unfall vom 4. November 1995 offensichtlich vorbestehende psychische Symptomatik angemessen berücksichtigt habe. Diesbezüglich könne auf die Nennung der diversen medizinischen Behandlungen auf den Seiten 2 und 3 des Gutachtens der Ärztin S verwiesen werden. Damit stehe fest, dass ein Großteil der nunmehr als WDB geltend gemachten Symptome in Form von Wirbelsäulenbeschwerden, Kopfschmerzen, Schmerzzuständen, Gefühlsstörungen bis hin zu Lähmungen der Extremitäten etc. bereits vor dem Unfall vom November 1995 vorgelegen hätten. Als Beispiel sei auf den ca. einmonatigen stationären Aufenthalt im Krankenhaus S (19. August 1993 – 14. September 1993) verwiesen. Der Aufenthalt habe der Abklärung der Ursachen eines Kopfschmerzes sowie einer Polyneuropathie der Extremitäten gedient. Bereits zum damaligen Zeitpunkt habe ein erheblicher Schmerzmittelgebrauch vorgelegen. Ähnlich verhalte es sich mit den weiteren bei dem Kläger bestehenden Symptomen etwa in Form von psychovegetativen Beschwerden, Depressionen, erhöhter psychovegetativer Erregbarkeit etc., die sich allesamt in den ärztlichen Unterlagen der WDB-Akte der Beklagten für die Zeit vor November 1995 wieder fänden und auf die die Ärztin S in ihrem Gutachten ausdrücklich Bezug nehme. Damit handele es sich bei diesem Beschwerdekomplex aber um eine schädigungsunabhängige Gesundheitsstörung im Sinne eines nicht zu entschädigenden Vorschadens. Die Kammer sehe es auch als erwiesen an, dass diese schädigungsunabhängigen Gesundheitsstörungen durch das Ereignis vom 4. November 1995 nicht maßgeblich verschlimmert worden seien, weil sich ausweislich der Schilderungen der Beschwerdesymptomatik in den von der Beklagten und dem Beigeladenen eingeholten Gutachten auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet keine qualitative und quantitative Veränderung für die Zeit ab dem 5. November 1995 gegenüber dem Zeitraum bis zum 3. November 1995 finden lasse. Lediglich die den Kläger quälenden Albträume sowie die bei ihm bestehenden Ängste in Bezug auf das Führen eines PKW stellten neue Beschwerden dar und seien daher auch zur Einschätzung der Kammer zu Recht im Sinne einer "inkompletten posttraumatischen Belastungsstörung" als weitere WDB anerkannt worden. Aufgrund der somit von der Beklagten zu Recht in dem Widerspruchsbescheid anerkannten WDB bestehe nach § 85 Abs. l SVG kein Anspruch des Klägers auf Gewährung eines Ausgleichs in Höhe der Grundrente nach dem Grad einer MdE von mindestens 30 v. H. Die bei dem Kläger insbesondere im Bereich des rechten Beines bestehenden Folgen der WDB seien von der Beklagten zutreffend mit dem Grad einer MdE von l0 v. H. eingestuft worden. Auch die Kammer folge insoweit dem von dem Beigeladenen veranlassten Gutachten des Chirurgen W vom 10. März 1998. Der insbesondere auf den Seiten 5 und 6 dieses Gutachtens zu entnehmenden Schilderung des Beschwerdezustandes ließen sich keine gravierenden Funktionsstörungen seitens der unteren Extremitäten entnehmen. Vielmehr würden keine oder allenfalls geringfügige Einschränkungen der Funktionalität des rechten Beines des Klägers mitgeteilt (z. B. Hüftgelenk Beugung/Streckung rechts: 130-0-10°; Kniegelenk Beugung/Streckung rechts: 130-0-15°; keine Bandlockerung der Kniegelenke; Beinverkürzung rechts von 0,5 cm; etwas druckempfindliche OP-Narbe am rechten Oberschenkel etc.). Ausweislich der maßgeblichen Bewertungsmaßstäbe sei für diesen Beschwerdezustand allenfalls der Grad einer MdE von 10 v. H. unter Berücksichtigung der Gesamtheit der Beschwerden im Bereich des rechten Beines zu veranschlagen. So sei etwa darauf hingewiesen, dass Bewegungseinschränkungen der Hüftgelenke geringen Grades (Streckung/Beugung: bis 0-10-90°) mit dem Grad einer MdE von 10 bis 20 v. H. und Bewegungseinschränkungen im Kniegelenk geringen Grades (Streckung/Beugung: bis 0-0- 90°) mit dem Grad einer MdE von 0 bis 10 v. H. zu bewerten seien. Insoweit bleibe aber festzustellen, dass die von dem Gutachter W mitgeteilten Bewegungsexkursionen der Gelenke des rechten Beines deutlich günstiger seien. Demgegenüber könne das Gutachten des Chirurgen Dr. D (richtig Dr. K) vom 11. Juli 1996 keinesfalls überzeugen. Insoweit könne nämlich dessen Einschätzung, wonach jedenfalls für die Zeit ab dem 1. Juni 1996 bis auf weiteres ein (rentenberechtigender) Grad einer MdE von 25 v. H. vorliegen würde, in Anbetracht des von ihm aufgrund persönlicher Untersuchung wiedergegebenen Beschwerdebildes nicht nachvollzogen werden. So führe der Gutachter aus: "Eine Umfangsdifferenz im Ober- wie Unterschenkelbereich besteht im Seitenvergleich nicht mehr, die Muskulatur ist gut auftrainiert. Sensibilitätsstörungen bestehen keine. Die Beweglichkeit im Hüftgelenk wie im Kniegelenk ist seitengleich und uneingeschränkt. Bis auf ein mäßiges vorderes Schubladenphänomen ist am rechten Kniegelenk auch kein pathologischer Befund festzustellen.". Darüber hinaus führe der Gutachter aus, dass der Kläger ab Ende März/Anfang April 1996 das rechte Bein wieder voll habe belasten können. Für die Kammer sei dieser geschilderte Beschwerdezustand des Klägers aber in keiner Weise vergleichbar mit den Beschwerden, unter denen ein Beschädigter mit einer Versteifung des oberen Sprunggelenkes leide. Die weitere bei dem Kläger anerkannte WDB in Form einer "inkompletten posttraumatischen Belastungsstörung" könne allenfalls mit dem Grad einer MdE von 20 v. H. bewertet werden. Im Vordergrund stünden hierbei die Albträume mit Erinnerungen an das Unfallgeschehen vom 4. November 1995 sowie Ängste beim Fahren eines PKW. Insoweit handele es sich aber allenfalls um leichte psychische Störungen, die nach den maßgeblichen Bewertungsmaßstäben mit dem Grad einer MdE von 0 bis 20 v. H. zu bewerten seien. Dass insoweit bereits stärker behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vorliegen würden, die mit dem Grad einer MdE von 30 bis 40 v. H. zu bewerten gewesen wären, könne nicht als bewiesen angesehen werden. Insoweit weise nämlich die Ärztin S auf Seite 23 ihres Gutachtens zu Recht darauf hin, dass letztlich das genaue Ausmaß der psychischen Beschwerdesituation des Klägers, nicht zuletzt aufgrund seiner eigenen widersprüchlichen Angaben, im Unklaren bleibe. So finde sich zwar in dem Gutachten von Dr. K auf Seite 3 der Hinweis, dass der Kläger "immer noch quälende Albträume" habe, das Ausmaß und der Umfang der hiermit einhergehenden Beschwerdesymptomatik werde aber nicht mitgeteilt. Demgegenüber lasse sich dem Entlassungsbericht der S-Klinik (stationärer Aufenthalt vom 12. Mai 1999 bis zum 22. Mai 1999) der Hinweis entnehmen, dass der Kläger berichtet habe, ihn plagten seit Anfang des Jahres Albträume vom Unfallhergang. Gegenüber der Gutachterin S habe der Kläger demgegenüber geäußert, dass er keine seelischen Beschwerden habe und nie seelische Beschwerden empfunden habe. Alles worunter er leide, führe er auf die körperlichen Verletzungen zurück (vgl. Seite 15 des Gutachtens). Für den Umstand, dass es sich insoweit – wie von der Beklagten angenommen – um eine geringfügige Funktionsstörung handele, spreche jedenfalls, dass der Kläger mit seinem Widerspruch vom 13. Februar 1997 ausschließlich eine Unterbewertung der orthopädisch-chirurgischen WDB geltend gemacht habe; das Vorliegen einer WDB auch auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet sei von ihm insoweit gar nicht angesprochen worden. Auch im Rahmen seiner Antragsstellung bei dem Beigeladenen habe er ausschließlich Versorgung in Bezug auf die Gesundheitsstörung von Seiten der rechten Hüfte und des rechten Beines beantragt. Nach alledem habe für den hier streitigen Zeitraum vom 4. November 1995 bis zum 30. September 1996 auch kein rentenberechtigender Grad einer MdE von mindestens 25 v. H. (aufgerundet 30 v. H.) vorgelegen. Ausgehend von der WDB "inkomplette posttraumatische Belastungsstörung", die mit dem Grad einer MdE von maximal 20 v. H. zu bewerten sei, führe die zusätzliche WDB in Bezug auf die orthopädisch-chirurgischen Unfallfolgen von Seiten des rechten Beines nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung.

Gegen das ihm am 21. April 2009 zugestellte Urteil hat der Kläger am 20. Mai 2009 Berufung eingelegt. Er erfülle zunächst die

Voraussetzungen für die Zuerkennung einer posttraumatischen Belastungsstörung als WDB im Sinne des § 81 SVG, bei dem Grad einer MdE von 30 v. H. Dies sei insbesondere belegt durch die Gutachten der Neurologin und Psychiaterin H vom 8. November 1999 sowie des Neurologen und Psychiaters Dr. H vom 14. Dezember 2000. Weiterhin habe auch das Bundeswehrkrankenhaus in seinem Gutachten aus dem Jahr 2001 attestiert, dass er (der Kläger) unter einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Verkehrsunfall leide, die den Grad einer MdE von 30 v. H. bedinge. Es sei zu bemängeln, dass das Sozialgericht einem Gutachten, welches fast zehn Jahre nach dem maßgeblichen schädigenden Ereignis erstellt worden sei, den Vorzug vor deutlich zeitnäher erstellten Gutachten aus den Jahren 1999, 2000 und 2001 gebe. Schon aufgrund des zeitlich geringeren Abstands dieser Begutachtungen zum Unfallgeschehen sei diesen grundsätzlich ein höherer Beweiswert beizumessen. Weiterhin habe das Sozialgericht bei der Würdigung außer Acht gelassen, dass mehr Gutachten und Befundberichte für seine Position sprächen als für die Position der Beklagten. Hervorzuheben sei hierbei, dass das Sozialgericht und auch die Beklagte selbst einem Gutachten des Bundeswehrkrankenhauses , welches naturgemäß vor allem Erkrankungen von Bundeswehrangehörigen behandele und deshalb auch größere Sachkenntnis und Sachnähe besitzen dürfte, keinen Glauben schenkten und dieses in die Würdigung überhaupt nicht einbezögen. Erheblichen Bedenken begegne überdies die von der Kammer bei ihm angenommene "offensichtliche vorbestehende psychische Symptomatik". Die Gutachterin S - und damit auch das deren Ausführungen folgende Sozialgericht - schließe aus medizinischen Dokumentationen, welche deutlich zwei Jahre vor dem Unfallereignis datierten, dass bei ihm zum Zeitpunkt des Vorfalls noch immer eine erhebliche (psychische) Vorbelastung bestanden habe. Dieser Rückschluss begegne, neben dem Aspekt des fehlenden zeitlichen Zusammenhangs, unter einem weiteren Aspekt Bedenken. Nach den Aufzeichnungen der Beklagten, die die Gutachterin S zur Grundlage ihres Schlusses einer Vorbelastung mache, sei nicht belegt, dass es sich bei den von ihm damals verspürten Beschwerden nicht tatsächlich um behandlungsbedürftige, körperliche Beschwerden gehandelt habe. Selbst wenn seine damaligen Beschwerden aber psychisch bedingt gewesen sein sollten, was entschieden bestritten werde, so sei damit noch nicht festgestellt, dass bei ihm auch noch zwei Jahre nach den geäußerten Beschwerden eine Neigung zu psychischen Beeinträchtigungen bestanden habe. Es komme für die Beurteilung der Schädigungsfolge nur darauf an, ob im Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses eine Vorbelastung bestanden habe. Vielmehr sei aufgrund der langen Zwischenzeit grundsätzlich vom Gegenteil auszugehen. Letztlich habe das Sozialgericht auch nicht ausreichend die Möglichkeit gewürdigt, dass er, sofern eine Vorbelastung zu psychischen Erkrankungen angenommen werde, infolge des Unfalls zumindest eine erhebliche Verschlimmerung seines Leidens erlitten habe. Der Annahme einer (vollständigen) fortwirkenden posttraumatischen Belastungsstörung stehe auch nicht entgegen, dass er nach dem Unfall einen LKW-Führerschein erworben habe. Wie sich dem Gutachten der Gutachterin S in diesem Punkt entnehmen lasse, habe er diesen bei der Ausbildung erwerben müssen; eine freie Entscheidung habe hier nicht vorgelegen. Zudem werde bereits in dem Gutachten der Ärztin S festgehalten, dass er im Jahr 2004 die Steuerfachwirtprüfung absolviert habe; mithin werde deutlich, dass er sich für eine berufliche Laufbahn im Büro entschieden habe, bei der ein Kontakt mit PKW oder LKW ausscheide. Weiterhin sei dem Gutachten der Ärztin S auch nicht zu entnehmen, dass er angegeben habe, die liebste Art der Fortbewegung sei für ihn das Motorradfahren. Nach Seite 21 des Gutachtens habe er ersichtlich im Zusammenhang mit dem Vorgenannten angegeben, dass er das Motorradfahren dem Fahren mit PKW oder LKW deutlich vorziehe. Insofern könne die gutachterliche Bewertung als auch die von der Beklagten gezogene Schlussfolgerung, ein Meidungsverhalten sei nicht erkennbar, nicht nachvollzogen werden. Auch die Beschädigung des rechten Beines sei im streitigen Zeitraum mindestens mit dem Grad einer MdE von 25 v. H. zu bewerten, was auch der Gutachter Dr. K in seinem Gutachten vom 11. Juli 1996 festgestellt habe.

Der Kläger hat einen Arztbrief der Fachärzte für Radiologie Dres. K u. a. vom 8. September 2010 über eine Computertomographie des Abdomens und des Beckens vom 7. September 2010, einen fachärztlichen Befundbericht des Orthopäden und Chirurgen Dr. S vom 9. Februar 2012, einen OP-Bericht des Gelenkzentrums über die Entfernung eines Knochensplitters aus der rechten Oberschenkelmuskulatur am 22. Februar 2012, einen Arztbrief der S-Klinik vom 26. Februar 2012 über eine stationäre Behandlung des Klägers vom 25. bis 26. Februar 2012 (Diagnose: postoperatives Oberschenkelhämatom rechts nach Entfernung eines Knochensplitters) sowie ein fachärztliches Attest von Dr. S vom 12. März 2012 zu den Gerichtsakten gereicht.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat der Senat ein Sachverständigengutachten vom 5. Oktober 2012 bei dem Chefarzt des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie des Klinikums B Prof. Dr. B eingeholt, das dieser nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 19. September 2012 erstellt hat und in dem er zu folgender Einschätzung gelangt ist:

Als klinisch relevante Gesundheitsstörung habe im Zeitraum vom 4. November 1995 bis 30. September 1996 die osteosynthetisch versorgte Oberschenkelfraktur rechts bestanden. Aus orthopädisch-traumatischer Sicht habe nach dem 1. Oktober 1996 der Zustand nach osteosynthetischer Versorgung einer Oberschenkelfraktur vorgelegen. Der Grad der MdE habe bis zum 30. Mai 1996 in abgestufter Form 40 v. H. betragen. Es seien noch eine gewisse Bewegungseinschränkung sowie belastungsabhängige Schmerzen beklagt worden. Dadurch sei keine Vollbelastung des rechten Beines möglich gewesen. Weitere direkt aus dem Unfall resultierende Beschwerden hätten nicht vorgelegen. Gehe man davon aus, dass die Fraktur vollständig ossär konsolidiert sei, sei der Grad einer MdE von 25 v. H. nach dem 1. Juni 1996 nicht nachvollziehbar. Es bestünden keine organischen Schädigungen, die eine wesentliche funktionelle Beeinträchtigung erklären würden. Die aktuelle klinische Untersuchung zeige keine signifikanten Bewegungseinschränkungen im Hüftgelenk. Der Grad der MdE betrage somit 10 v. H. Durch die periartikulären Verkalkungen könnten Einschränkungen in der Beweglichkeit des Hüftgelenkes vor der Operation im Januar 2012 bestanden haben. Diese würden auch den Knieschmerz erklären. Pathologien im Hüftgelenksbereich führten häufig zu Knieschmerzen. Diese mögen bei dem Kläger vorgelegen haben. Es habe jedoch keine Einschränkung der Beweglichkeit von unter 90° bei der Beugung bestanden.

Der Kläger beantragt schriftlich,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Berlin vom 17. Februar 2009 und des Bescheides vom 15. Januar 1997 in der Fassung des Bescheides vom 6. Oktober 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Juni 2006 zu verpflichten, bei dem Kläger als Wehrdienstbeschädigung eine posttraumatische Belastungsstörung bei psychovegetativer Labilität und Somatisierungsneigung festzustellen, und dem Kläger Ausgleich in Höhe der Beschädigtenrente nach einer MdE von mindestens 30 von Hundert für die Zeit vom 4. November 1995 bis zum 30. September 1996 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt schriftlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend. Der Kläger habe schon vor dem Unfall vom 4. November 1995 und damit schädigungsunabhängig an psychosomatischen Gesundheitsstörungen gelitten. Der Umstand, dass der Kläger ein Jahr nach dem Unfall einen beruflich nicht notwendigen LKW-Führerschein gemacht und gegenüber der Gutachterin S angegeben habe, die liebste Art der Fortbewegung sei für ihn das Motorradfahren, mache deutlich, dass die psychischen Folgen des Unfalls nicht schlimm gewesen sein können.

Der Beigeladene beantragt schriftlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hat eine fachchirurgische Stellungnahme der Fachärztin für Chirurgie und Gefäßchirurgie Dr. H vom 13. November 2012 zu den Akten gereicht.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten, den Inhalt der Versorgungsakten des Beigeladenen sowie den Inhalt der jeweils bei der Beklagten geführten WDB-Akte und der Widerspruchsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten gemäß § 153 Abs. 1 SGG in Verbindung mit § 124 Abs. 2 SGG durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden kann, ist nicht begründet. Das Urteil des Sozialgerichts ist zutreffend. Der Bescheid der Beklagten vom 15. Januar 1997 in der Fassung des Bescheides vom 6. Oktober 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Juni 2006 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf Feststellung weiterer von ihm benannter Schädigungsfolgen als WDB und auf Leistung eines Ausgleichs für die Zeit vom 4. November 1995 bis zum 30. September 1996 nach § 85 SVG in Verbindung mit dem BVG.

Nach § 85 Abs. 1 Satz 1 SVG in der hier anzuwendenden Fassung erhält ein Soldat während seines Wehrdienstes wegen der Folgen einer WDB einen Ausgleich in Höhe der Grundrente und der Schwerstbeschädigtenzulage nach § 30 Abs. 1 und § 31 BVG. WDB ist nach § 81 Abs. 1 SVG eine gesundheitliche Schädigung, die durch eine Wehrdienstverrichtung, durch einen während der Ausübung des Wehrdienstes erlittenen Unfall oder durch die dem Wehrdienst eigentümlichen Verhältnisse herbeigeführt worden ist. Entsprechend diesen gesetzlichen Bestimmungen ist für die vorliegend streitige Anerkennung von Schädigungsfolgen sowie die Gewährung eines Ausgleichs eine dreigliedrige Kausalkette zu prüfen (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 25. März 2004 - B 9 VS 1/02 R - juris): Ein mit dem Wehrdienst zusammenhängender schädigender Vorgang muss zu einer primären Schädigung geführt haben, die wiederum die geltend gemachten Schädigungsfolgen bedingt hat. Dabei müssen sich die drei Glieder selbst mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststellen lassen, während für den ursächlichen Zusammenhang grundsätzlich eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreicht (vgl. § 81 Abs. 6 Satz 1 SVG).

Ein schädigender Vorgang liegt hier vor. Der Verkehrsunfall vom 4. November 1995 ist ein versorgungsrechtlich geschützter Wegeunfall, weil es sich bei der Fahrt des Klägers von seiner Wohnung zu seinem Dienstort um das "Zurücklegen des mit dem Wehrdienst zusammenhängenden Weges nach [ ] der Dienststelle" handelt, was nach dem Gesetz "als Wehrdienst gilt" (§ 81 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SVG), so dass über diese gesetzliche Fiktion eine WDB "durch einen während der Ausübung des Wehrdienstes erlittenen Unfall" (§ 81 Abs. 1 2. Alt. SVG) vorliegt. Dass der Kläger den Unfall auf einem versorgungsrechtlich geschützten Weg erlitten hat, ist zwischen den Beteiligten unstreitig und hat seinen Niederschlag auch darin gefunden, dass die Beklagte Schädigungsfolgen einer WDB - insoweit bestandskräftig - anerkannt hat. Von weiteren Ausführungen zur Frage eines Wegeunfalls sieht der Senat daher ab (vgl. eingehend BSG, Urteil vom 16. Dezember 2004 - B 9 VS 1/04 R - juris). Namentlich hat der Senat keine Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger hier im Sinne der letztgenannten Entscheidung des BSG eine seinen Versicherungsschutz unterbrechende Risikoerhöhung durch ein vorsätzliches Verhalten herbeigeführt hat, das als Vergehen oder Verbrechen strafbar ist.

Im Grundsatz unstreitig ist zwischen den Beteiligten demnach, dass der Kläger infolge einer WDB eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat. Streitig ist einerseits die Bewertung der Schädigungsfolgen, andererseits, ob er infolge der WDB weitere bislang noch nicht anerkannte gesundheitliche Schädigungen erlitten hat.

Gemäß § 30 Abs. 1 BVG in der bis zum 21. Dezember 2007 geltenden Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I Seite 21) ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach der körperlichen und geistigen Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben zu beurteilen, wobei seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen waren (Satz 1). Für die Beurteilung ist maßgebend, um wie viel die Befähigung zur üblichen, auf Erwerb gerichteten Arbeit und deren Ausnutzung im wirtschaftlichen Leben durch die als Folgen einer Schädigung anerkannten Gesundheitsstörungen beeinträchtigt waren (Satz 2). Der Grad der MdE ist nach Zehnergraden von 10 bis 100 zu bemessen. Dabei erhalten Beschädigte nach § 31 Abs. 1 Satz 1 BVG eine monatliche Grundrente erst ab einem Grad der MdE von 30 v. H., wobei wegen § 31 Abs. 2 BVG insoweit bereits der Grad der MdE von 25 (v. H.) ausreichend ist.

Bei der Beurteilung des Grades der MdE sind vorliegend die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" in ihren zwischen dem 4. November 1995 und dem 30. September 1996 geltenden Fassungen der Ausgaben 1983 und 1996 – AHP 1983 und 1996 – zu beachten. Die auf den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft fußenden AHP haben normähnlichen Charakter und sind nach ständiger Rechtsprechung wie untergesetzliche Normen heranzuziehen, um eine möglichst gleichmäßige Handhabung der in ihnen niedergelegten Maßstäbe im gesamten Bundesgebiet zu gewährleisten (vgl. BSG, Urteil vom 12. Juni 2003 - B 9 VG 1/02 R -; für das Schwerbehindertenrecht bestätigt durch Urteil vom 2. Dezember 2010 - B 9 SB 4/10 R -; für das gesamte soziale Entschädigungsrecht Beschluss vom 24. April 2008 - B 9 VJ 7/07 B -; alle bei juris), weshalb sich der Senat auf die genannten AHP stützt.

Wie sich aus § 30 Abs. 1 BVG ergibt, sind bei der Beurteilung des Grades der MdE die von dem Versorgungsträger als Schädigungsfolgen bestandskräftig anerkannten Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen; an diese rechtlich selbständigen Feststellungen (vgl. BSG, Urteil vom 15. Dezember 1999 – B 9 VS 2/98 R – juris) sind die Beteiligten ebenso gebunden wie der Senat; auf deren Rechtmäßigkeit kommt es

insoweit nicht an (vgl. dazu u. a. BSG, Urteil vom 29. August 1990 – 9a/9 RV 32/88 – und Urteil vom 15. Dezember 1999 – B 9 V 26/98 R –; jeweils juris). Hier hat die Beklagte verfügt, dass bei dem Kläger als Schädigungsfolgen

- reizlose Narben nach knöchern fest verheiltem Oberschenkelbruch rechts, geringfügige Fehlstellung der Beinachse und Beinverkürzung, noch liegendes Osteosynthesematerial, folgenlos abgeheiltes Schädelhirntrauma I. Grades und - eine inkomplette posttraumatische Belastungsstörung

anzuerkennen sind. Diese Schädigungsfolgen sind von der Beklagten zutreffend bezeichnet und bewertet worden. Weitere Schädigungsfolgen sind bei dem Kläger nicht festzustellen.

Zur Bewertung des orthopädischen Beschwerdekomplexes nimmt der Senat vorab Bezug auf die überzeugenden Ausführungen in dem angefochtenen Urteil und sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab, § 153 Abs. 2 SGG. Auch der Senat sieht das Gutachten von Dr. K vom 11. Juli 1996 als insbesondere durch das Gutachten des Chirurgen W vom 10. März 1998 widerlegt an. Dass der orthopädische Beschwerdekomplex mit dem Grad einer MdE von 10 v. H. zutreffend bewertet ist, wird auch durch das vom Senat auf Antrag des Klägers eingeholte Gutachten von Prof. Dr. B bestätigt. Der Umstand, dass bis zum 30. Mai 1996 in abgestufter Form ein Grad einer MdE von 40 v. H. vorgelegen hat, rechtfertigt im Übrigen keine andere Betrachtungsweise, weil insoweit nur eine vorübergehende Gesundheitsstörung vorliegt (vgl. Urteil des Senats vom 21. September 2011 - L 11 VS 34/10 - juris). Auch zur Bewertung des psychischen Beschwerdekomplexes nimmt der Senat vorab gemäß § 153 Abs. 2 SGG Bezug auf die überzeugenden Ausführungen in dem angefochtenen Urteil und sieht von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab. Auch der Senat folgt der Einschätzung der Gutachterin S in deren Gutachten vom 7. Februar 2005, wonach jedenfalls kein Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung vorliegt. Dass dieses Gutachten fast zehn Jahre nach dem schädigenden Ereignis erstellt worden ist, rechtfertigt im Übrigen entgegen der Berufungsbegründung nicht die Annahme, diesem Gutachten komme ein geringerer Beweiswert zu als den zwischen 1999 und 2001 erstellten Gutachten, zumal auch diese Gutachten Jahre nach dem schädigenden Ereignis erstellt worden sind. Dass im streitigen Zeitraum allenfalls eine inkomplette posttraumatische Belastungsstörung vorgelegen hat, lässt sich überhaupt nur mit den von dem Kläger bereits gegenüber dem Gutachter Dr. K geäußerten Alpträumen rechtfertigen, wobei allerdings anzumerken ist, dass Alpträume ausweislich eines Arztbriefes der S-Klinik vom 31. Mai 1999 den Kläger erst seit Anfang des Jahres - also 1999 - plagten. Die Bewertung dieser Alpträume und der "ab und zu" auftretenden Ängste beim Autofahren mit dem Grad einer MdE von 15 bis 20 v. H. stellt zur Überzeugung des Senats eine Maximalbewertung dar. Namentlich rechtfertigen diese wenigen Funktionsbeeinträchtigungen nicht die Annahme stärker behindernder Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit.

Zur Problematik so genannter "Vorschäden" merkt der Senat zunächst an, dass maßgeblich ist, welche Gesundheitsstörungen und welche hieraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen wahrscheinlich auf dem schädigenden Ereignis, hier dem Unfall vom 4. November 1995, beruhen. Insoweit sind aber zum einen die Ausführungen der Gutachterin S zur nicht schädigungsbedingten Schmerzsymptomatik überzeugend. In der Tat sind in den Akten zahlreiche insbesondere aus dem Jahr 1993 stammende Befunde, Arztbriefe etc. enthalten, die vor allem Schmerzen verschiedener Art, insbesondere Kopfschmerzen zum Gegenstand haben. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B hat in einem Befund vom 23. September 1993 im Zusammenhang mit einem cerviko-cephalen Syndrom bei muskulärer Verspannung im HWS-Bereich erklärt, es liege "sicher eine psychogene, bzw. psychosomatische Begleitkomponente vor". Dementsprechend hat auch der Arzt für Orthopädie F in seinem Befund vom 5. November 1993 mitgeteilt, er habe einen nachweisbar krankhaften Befund nicht erheben können, so dass nach seinem Eindruck die vom Kläger geklagten Beschwerden eher in den Bereich der Befindlichkeitsstörung gehörten. Bei dieser Sachlage ist entgegen der Einschätzung des Klägers davon auszugehen, dass seine insbesondere 1993 verspürten Beschwerden jedenfalls auch psychisch bedingt gewesen sind. Soweit der Kläger in diesem Zusammenhang darauf hinweist, es sei damit noch nicht festgestellt, dass bei ihm auch noch zwei Jahre nach den geäußerten Beschwerden eine Neigung zu psychischen Beeinträchtigungen bestanden habe, es vielmehr für die Beurteilung der Schädigungsfolge nur darauf ankomme, ob im Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses eine Vorbelastung bestanden habe, ist zwar einzuräumen, dass sich eine Schmerzproblematik oder psychische Beschwerden bei dem Kläger in den Jahren 1994 und 1995 aus den Akten tatsächlich nicht ergeben. Dies gilt allerdings auch für den hier streitigen Zeitraum vom 4. November 1995 bis zum 30. September 1996, für den sich – mit Ausnahme der bereits benannten sehr geringen Funktionsbeeinträchtigungen – keine wesentlichen auf psychische Gesundheitsstörungen zurückzuführenden Funktionsbeeinträchtigungen feststellen lassen. Insbesondere dem Gutachten von Dr. K vom 11. Juli 1996, in dem eine ausführliche Beschwerdeschilderung des Klägers wiedergegeben ist, lassen sich außer den Alpträumen und den ab und zu auftretenden Ängsten beim Autofahren keine weiteren Funktionsbeeinträchtigungen entnehmen, die auf psychische Beschwerden hindeuten. Gleiches gilt auch für den Arztbrief des Bundeswehrkrankenhauses vom 15. Januar 1996 über die stationäre Behandlung des Klägers vom 7. November bis 14. Dezember 1995 und die von dem Institut für Wehrmedizinalstatistik und Berichtswesen übermittelten medizinischen Unterlagen über den Kläger die gesamte Dienstzeit bei der Bundeswehr betreffend. Die nach dem 4. November 1995 enthaltenen Befunde der jeweiligen Bundeswehrärzte haben außer dem Hypogonadismus lediglich die orthopädischen Unfallfolgen zum Gegenstand. Somit kann die Behauptung des Klägers etwa gegenüber dem Gutachter Dr. H, dass bereits sechs Monate nach dem Unfall verstärkt Körpersymptome aufgetreten seien, anhand der Akten nicht nachvollzogen werden. Gleiches gilt für die Anamnese in einem Arztbrief des Universitätsklinikums B vom 18. Juni 1999 über eine Vorstellung des Klägers am 16. Juni 1999, nach der im Anschluss an den Unfall vom 4. November 1995 Schmerzen im Bereich des rechten Halses, in den Kopf und Nacken ausstrahlend, zum Teil zur Gegenseite ziehend, Episoden mit Taubheitsgefühl der linken Gesichtshälfte und häufig Kribbelparästhesien in beiden Händen mitgeteilt wurden. Derartige Beschwerden sind den medizinischen Unterlagen der Jahre 1995 und 1996 nicht zu entnehmen, wohl aber, worauf nochmals hingewiesen werden soll, den medizinischen Unterlagen des Jahres 1993, wo beispielsweise in einem Befund vom 12. August 1993 in der Anamnese unter anderem "starke Nackenschmerzen und Ausstrahlung in den Hinterkopf" und auch Kribbelparästhesien in beiden Händen mitgeteilt wurden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil ein Grund hierfür gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG nicht vorliegt.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved

2013-08-05