L 7 VE 7/12

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 12 VE 3/10
Datum
23.05.2012
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 VE 7/12
Datum
14.12.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 9 V 29/17 B
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als weitere Schädigungsfolge sowie die Gewährung einer Beschädigtenversorgung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG).

Der am ... 1943 geborene Kläger beantragte am 6. Oktober 2008 beim Beklagten die Gewährung von Beschädigtenversorgung und machte geltend, er sei am 10. November 2003 von einem Bus angefahren worden. Seitdem leide er u.a. unter Schwindel, Kopfschmerzen, Gleichgewichts- und Konzentrationsstörungen. Außerdem sei er am 21. August 2008 Opfer einer Gewalttat geworden. Er habe gegen 21 Uhr in einem Einkaufsmarkt mit der Freundin des Täters im Kassenbereich gesprochen. Der Täter habe gesagt: "Machen Sie meine Freundin nicht an". Er habe dem Täter gesagt, sie habe ihm das erlaubt. Dann sei der Täter "böse" geworden und habe ihm "den Daumen gebrochen". Einen jungen Mann, der gesagt habe, lassen sie den alten Mann in Ruhe, habe der Täter anschließend "verprügelt". Danach seien der Täter und seine Freundin geflohen. Er könne seine "linke Hand dauerhaft nicht mehr nutzen, da der Daumen gebrochen und die Sehne abgerissen" sei. Er habe ständige Schmerzen und könne mit seinen Händen "keine Arbeiten ausführen". Seine Selbstversorgung sei beeinträchtigt. Er könne keine Flaschen mehr öffnen und wegen der Schmerzen nicht schlafen. In Anlage übersandte er den Arztbrief des Universitätsklinikums L. vom 21. August 2008. Danach habe der Kläger angegeben, in eine tätliche Auseinandersetzung verwickelt gewesen zu sein. Dabei sei der linke Daumen umgeknickt worden. Anschließend sei er wegen der Schmerzen in die Notfallaufnahme gekommen. Die Röntgenuntersuchung habe einen knöchernen Kapselausriss des Grundgelenks des Daumens ergeben. Mit Schreiben vom 19. Oktober 2008 nahm der Kläger den Antrag bezüglich des Ereignisses vom 10. November 2003 zurück.

Die durch den Beklagten beigezogenen Strafakten haben ergeben, dass die polizeilichen Ermittlungen aufgrund des Ereignisses vom 21. August 2008 eingestellt wurden, weil der Täter nicht ermittelt werden konnte. Außerdem holte der Beklagte einen Befundschein des Dipl.-Med. B. vom 27. August 2009 ein, der über eine unregelmäßige hausärztliche Betreuung des Klägers berichtete. Der Kläger habe ihn am 9. September 2008 wegen eines bestehenden Reizhustens aufgesucht und dabei den Arztbrief der Universität L. vom August 2008 übergeben. Am 23. September 2008 sei der Kläger wegen einer Schutzimpfung erschienen, ohne die im August erlittenen Verletzungen anzusprechen. Am 4. November 2008 habe der Kläger über belastungsabhängige Schmerzen und eine Kraftminderung der linken Hand und des Grundgelenks des ersten Fingers berichtet. Insgesamt könne er nicht einschätzen, ob und in welchem Umfang ein Folgeschaden durch die Gewalttat vom August 2008 eingetreten sei. In Anlage übersandte der Arzt einen Bericht des Universitätsklinikums L. vom 4. März 2009 mit folgenden Diagnosen: Hypertensive Herzkrankheit, Chronische Niereninsuffizienz im Stadium III, Hyperurikämie, HLP, Zustand nach Radiusfraktur (Speichenbruch) links.

Des Weiteren zog der Beklagte die Verwaltungsakte des Klägers im Verfahren auf Feststellung von Behinderungen nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) bei. Nach medizinischen Ermittlungen hatte das Versorgungsamt mit Bescheid vom 21. Juni 2006 beim Kläger einen Grad der Behinderung (GdB) von 50 u.a. wegen einer psychischen Störung mit Auswirkungen auf verschiedene Organsysteme (Einzel-GdB 30) festgestellt. In seinem Antrag hatte der Kläger u.a. angegeben, er ermüde schnell bei körperlichen Anstrengungen und könne seinen Beruf als Bauleiter und Bauzeichner nicht mehr ausüben. Er brauche Hilfe beim An- und Ausziehen, weil er die Finger nicht

richtig bewegen könne. Er könne auch keine weiten Wege zu Fuß bewältigen. Nach dem Ereignis vom 21. August 2008 hatte der Kläger einen Neufeststellungsantrag gestellt. In diesem Verfahren lag der Bericht des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. von R. vom 3. März 1982 vor, der über eine von November 1981 bis Januar 1982 durchgeführte psychosomatische Kur berichtet hatte. Danach habe der Kläger über eine verstärkte Symptomatik geklagt. Der Untersuchungsbefund sei im psychopathologischen Querschnitt von Gedächtnis und Konzentration stark wechselnd gewesen. Der Kläger habe unter Sprachstörungen gelitten und es habe ein Stimmungsantriebstief bestanden. Auch sei er stark verlangsamt gewesen. Es hätten eine Affektinkontinenz, eine deutliche Einengung der emotionalen Schwingungsbreite, eine leichte Anrührbarkeit, Spannung, Unruhe, diffuse Angst, Klaustrophobie, Schuldgefühle, massives Grübeln und starke häusliche Konflikte festgestellt werden können. Es sei von einer organisch wirkenden endoreaktiven neurotisch phobisch depressiv vitalen Niveausenke auszugehen. Dem Kläger seien Psychopharmaka verschrieben worden. Darüber hinaus sei eine Psychotherapie erforderlich. Zudem lag der Bericht des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. vom 1. Dezember 2003 vor. Danach habe sich im Anschluss an eine zuvor erlittene Schädelprellung die phobisch ausgestaltete Angstsymptomatik verstärkt. Im Verfahren nach dem SGB IX war auch das Gutachten der Fachärztin für Orthopädie/Chirotherapie und spezielle Schmerztherapie Dr. L. vom 15. Dezember 2005 für den Rentenversicherungsträger beigezogenen worden. Dieser Ärztin hatte der Kläger berichtet, er habe in den letzten zehn Jahren rapide körperlich und geistig abgebaut, sein Denkvermögen und die Merkfähigkeit seien schlecht. Er stürze oft und habe Angst davor. Nach Einschätzung der Ärztin bestünden gravierende Funktionsdefizite im gesamten Stütz- und Bewegungsapparat und auch gravierende geistige Defizite mit erheblich eingeschränkter Merkfähigkeit sowie örtlichen und zeitlichen Orientierungsschwierigkeiten. Der Kläger habe außerdem einen psychisch labilen und depressiven Eindruck gemacht. Außerdem lag das Gutachten des Dr. S., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 1. Februar 2006 für den Rentenversicherungsträger vor. Der Arzt hatte folgende Diagnosen gestellt: Anpassungsstörung, Psychosomatischer Beschwerdekomplex, benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel, unvollständige Parese des rechten Arms unklarer Genese, leichte kognitive Störung, Hypertonie. Der Kläger habe über schmerzhafte Gichtanfälle berichtet. Er könne die Fingergelenke nicht richtig bewegen. Depressionen habe er seit der Jugend. Diese hätten mit seiner Scheidung in den 80er-Jahren begonnen. Damals habe er zwei psychosomatische Kuren absolviert. Er habe Herzbeschwerden ohne Herzerkrankung gehabt. Eine psychiatrische Krankenhausbehandlung sei nie erfolgt, er lehne medizinische Behandlungen und Medikamente ab. Weder vertraue er Nervenärzten noch möchte er seine gesamte Situation mitteilen. Seit dem Busunfall 2003 falle er immer wieder hin. Sorgen bereite ihm seine Schlaflosigkeit. Er habe keinen geregelten Schlaf. Dr. S. hatte eine Angststörung mit hypochondrischen Anteilen und nicht sicher zu beurteilenden funktionellen Störungen festgestellt. Zudem hätten Hinweise für leichte kognitive Leistungsminderungen (Wortfindungsstörung) ohne Intelligenzminderung vorgelegen. Nach dem ebenfalls beigezogenen Bericht des Universitätsklinikums L. vom 18. Februar 2009 hatte der Kläger an diesem Tag beim Überqueren der Straßenbahnschiene durch einen Sturz eine distale Radiusfraktur erlitten.

Nach Beteiligung seines ärztlichen Dienstes erkannte der Beklagte mit Bescheid vom 12. Januar 2010 als Folge einer Schädigung nach dem OEG ab 21. August 2008 eine "Knochennarbe ulnar Basis Grundglied 1. Finger links" im Sinne der Entstehung an. Ein Grad der Schädigung (GdS) werde dadurch nicht erreicht. In der Zeit bis längstens sechs Monate nach der Gewalttat hätten außerdem Schmerzen und eine Belastungsminderung infolge knöchernen Ausrisses des ulnaren Seitenbandes links bestanden.

Dagegen erhob der Kläger am 16. Januar 2010 Widerspruch und verwies zunächst auf die bestehenden Einschränkungen der Hand. Auch habe sich seine psychische Erkrankung nach der Gewalttat verschlimmert. Er mache sich große Sorgen, dass sich so eine Gewalttat wiederholen könne und habe große Ängste. Er sorge sich auch um seine Zukunft, weil er kein Geld mehr hinzuverdienen könne. Er könne nicht mehr schlafen, habe schlimme Herzschmerzen und Ängste zu sterben.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11. März 2010 wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück und führte ergänzend aus: Sofern eine psychische Erkrankung als Schädigungsfolge geltend gemacht werde, sei auf die Depressionen seit den 80er-Jahren hinzuweisen. Es lägen somit bereits weit vor dem schädigenden Ereignis psychische Störungen vor. Diese Störungen stünden in keinem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 21. August 2008.

Dagegen hat der Kläger am 19. März 2010 Klage beim Sozialgericht (SG) L. erhoben und vorgetragen: Durch die Daumenschädigung könne er den erlernten Beruf als Hochbauzeichner nicht mehr ausüben. Außerdem habe er Angst, auf der Straße überfallen zu werden. Er habe sich deswegen auch in ärztliche Behandlung begeben müssen. Er könne nicht schlafen, bekomme Herzstiche, Atemnot und gerate in Panik. Die psychischen Störungen aus den 80er-Jahren seien in einer Reha-Maßnahme geheilt worden und er habe 1983 seine volle Arbeitsfähigkeit wieder erlangt. Der nunmehr durch die Handschädigung eingetretene Verlust seiner Arbeitsfähigkeit sei ein harter Schicksalsschlag, den er psychisch nicht überwinden könne. Mit Beschluss vom 20. April 2010 hat sich das SG L. für örtlich unzuständig erklärt und den Rechtsstreit an das SG Halle verwiesen.

Das SG hat nochmals die SGB IX-Verfahrensakten beigezogen. Nach dem Bericht der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. (Kopfzentrum L.) vom 30. März 2010 habe der Kläger ausführlich verschiedene Beschwerden geschildert. Im Vordergrund stünden Sensibilitätsstörungen der linken Hand nach einem "Überfall" am 21. August 2008. Der Kläger habe angegeben, seither verlasse er auch das Haus immer seltener, hätte immer Sorgen, ihm passiere etwas. Der Kläger habe im Kontakt akzentuiert, selbst beobachtend und ich-bezogen gewirkt. Die Ärztin hatte eine somatoforme Störung diagnostiziert und dringend eine psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlung empfohlen. Dies habe der Kläger aber abgelehnt, da er offensichtlich im Haushalt noch verschiedene Personen zu versorgen habe.

Der versorgungsärztliche Dienst des Beklagten (Dr. Z.) hat am 20. Januar 2012 dazu ausgeführt: Der psychosomatische Leidensweg des Klägers habe frühzeitig begonnen und sei durch bestehende finanzielle Probleme unterhalten worden. Ein Kausalzusammenhang zum angeschuldigten Ereignis sei nicht zu begründen.

Am 18. April 2010 hat eine nichtöffentliche Sitzung vor dem SG stattgefunden. In dieser hat der Kläger erklärt: Er habe Todesängste gehabt, dass der Täter ihn umbringe. Er sei sehr hilflos gewesen und habe nicht gewusst, was er noch mit ihm anstellen werde. Sein Glück sei gewesen, dass er letztlich ein anderes Opfer gefunden habe. Der Täter habe ihm gesagt, dass er nicht damit einverstanden gewesen sei, dass er sich mit seiner Freundin unterhalten habe. Weitere Worte seien nicht gewechselt worden.

Mit Urteil vom 23. Mai 2012 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Eine durch den tätlichen Angriff verursachte PTBS bzw. eine sonstige schädigungsbedingte psychische Erkrankung, die einen GdS in rentenberechtigender Höhe bedinge, lasse sich nicht

feststellen. Gleiches gelte hinsichtlich der geltend gemachten somatischen Auswirkungen des psychischen Leidens. Bei der Gewalttat vom 21. August 2008 handele es sich nicht um ein Ereignis, welches seiner Art nach allgemein geeignet sei, eine schwere psychische Krankheit hervorzurufen. Es lasse sich weder ein belastendes außergewöhnliches Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder einem katastrophenartigen Ausmaß, welches bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, feststellen. Das Verdrehen des Daumens des Klägers und das Gesamtgeschehen der Tat seien nach dem konkreten Hergang und Ausmaß der Schädigung weder in dem beispielhaft aufgeführten Katalog der Belastungen einzuordnen noch mit den in Nr. 71 der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit" genannten Belastungen vergleichbar. Die Auswirkungen seien nicht in einem Ausmaß mit dem Erleben von Angst und Ausgeliefertsein verbunden gewesen, wie dies typischerweise bei den Katalogtaten der Fall gewesen sei. Etwas anderes ergebe sich auch nicht daraus, dass der Kläger angegeben habe, bei der Tat Todesängste gehabt zu haben, da er davon ausgegangen sei, dass der Täter ihn ggf. umbringen werde. Ein objektiver Anhalt für eine Lebensgefahr habe nicht vorgelegen. Über das Verdrehen des Daumens hinaus sei keine Gewalt gegen den Kläger ausgeübt worden. Es lägen auch keine Feststellungen vor, dass dieser zur Verwirklichung einer Tötungsabsicht unmittelbar angesetzt habe. Dagegen habe beim Kläger bereits vor der Tat eine psychische Störung vorgelegen, welche auch im Bescheid des Versorgungsamtes vom 21. Juni 2006 berücksichtigt worden sei. Die Gewalttat sei keine wenigstens annähernd gleichwertige Ursache für den Erfolg, sondern trete nach ihrem Gewicht deutlich hinter diese zurück und könne allenfalls als rechtlich nicht wesentlicher Auslöser gesehen werden. Eine andere Bewertung, insbesondere die Einbeziehung von Bagatellverletzungen, würde die für die Herbeiführung psychischer Traumen geltenden Anforderungen an die Schwere und Art der Belastung leer laufen lassen und der begangenen Körperverletzung ein Gewicht einräumen, welches nicht im Verhältnis zur Schwere der nicht schädigungsbedingten psychischen Belastungsfaktoren stehe, die dem Gesamtgeschehen das Gepräge gegeben hätten. Da die psychischen Gesundheitsstörungen nicht als Schädigungsfolge anzuerkennen seien, stellten auch die vom Kläger geltend gemachten körperlichen Auswirkungen der Krankheit keine schädigungsbedingten Krankheiten dar. Die Folgen der Verletzung des Daumens der linken Hand begründeten auch keinen Rentenanspruch nach einem GdS von mindestens 25. Eine höhere Bewertung des GdS als mit 10 sei nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VMG) Teil B, Nr. 18.13 ausgeschlossen, da selbst bei einer Versteifung beider Daumengelenke und des Mittelhandwurzelknochens nur ein GdS von 20 anzusetzen sei. Eine Erhöhung des GdS nach § 30 Abs. 2 Satz 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) komme nicht in Betracht, weil der Kläger zum Tatzeitpunkt bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sei und seit 2004 Altersrente für Schwerbehinderte beziehe.

Gegen das ihm am 27. Juli 2012 zugestellte Urteil hat der Kläger am 2. August 2012 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt und vorgetragen: Da ihm die Möglichkeit genommen worden sei, Geld zu verdienen, sei er psychisch erkrankt. Auch habe er Angst davor, wieder überfallen zu werden. Er sehe auch einen Zusammenhang zwischen dem nunmehr erlittenen Schlaganfall und dem Überfall.

Der Kläger hat zur Unterstützung seines Vorbringens weitere medizinische Unterlagen vorgelegt. Nach der Ambulanzkarte des Universitätsklinikums L. vom 16. September 2011 leide er seit ca. sechs Monaten nach einem Sturz an Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in den Händen sowie im rechten Ellenbogen. Nach dem Arztbrief des Krankenhauses A. vom 2. Oktober 2012 habe der psychologische Befund eine altersgerechte kognitive Leistung gezeigt. Das psychiatrische Konsil habe ergeben, dass der Kläger seit Jahrzehnten Probleme mit der Psyche gehabt habe (Herzbeschwerden). Nach einem "Überfall 2010 mit vitaler Bedrohung" habe er zunehmende Ängste beim Alleinsein und leide unter Blutdruckentgleisungen. Als Diagnose wurde eine Angst- und Panikstörung im Rahmen einer PTBS angegeben. Nach dem Reha-Entlassungsbericht B. D. vom 16. November 2012 habe der Kläger dort über Angst- und Panikzustände nach einem Fahrradunfall und nach einem "Raubüberfall im Supermarkt 2010" berichtet. Der psychische Befund habe einen gut orientierten Kläger gezeigt. Die Stimmungslage sei ausgeglichen gewesen. Wesentliche Einschränkungen der Aufmerksamkeit und Konzentration hätten nicht vorgelegen. Der formale Gedankengang sei geordnet und inhaltlich unauffällig gewesen. Der neuropsychologische Befund habe den Kläger emotional belastend gezeigt. Er habe Krankheitsängste, Zukunftssorgen, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Angstattacken geschildert. Es bestehe eine deutlich ausgeprägte Symptomatik einer PTBS. Hinzu komme eine allgemeine Ängstlichkeit und erhöhte Selbstaufmerksamkeit auf körperliche Vorgänge nach erlittenem Hirninfarkt. Es sei von einer wechselseitigen Verstärkung zwischen körperlichen Symptomen und der Angstsymptomatik auszugehen. Der Kläger sei derzeit psychisch wenig belastbar. Eine ambulante Psychotherapie werde dringend empfohlen. Der Blutdruck habe sich durchweg im normotonen Bereich bewegt. Die vom Kläger geäußerten Sorgen hinsichtlich des weiteren Krankheitsverlaufs und der Reintegration in die Häuslichkeit hätten teilweise wahnhaften Charakter gehabt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 23. Mai 2012 sowie den Bescheid des Beklagten vom 12. Februar 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. März 2010 abzuändern und festzustellen, dass die PTBS des Klägers weitere Schädigungsfolge der Gewalttat vom 21. August 2008 ist, sowie dem Kläger eine Beschädigtenversorgung nach einem Grad der Schädigung von mindestens 30 ab 21. August 2008 zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Auch nach der weiteren Sachaufklärung sieht der Beklagte seine bisherige Auffassung bestätigt.

Der Senat hat einen weiteren Befundbericht von Dr. S. angefordert, der über zweimalige Behandlungen des Klägers am 5. Mai 2010 und 12. März 2013 mit folgenden Diagnosen berichtet hat: Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit, somatoforme Störung, Verdacht auf Lumbago, Verdacht auf Persönlichkeitsstörung.

Der Versorgungsärztliche Dienst des Beklagten (Dr. Z.) hat am 18. Juni 2013 dazu ausgeführt: Die Diagnose PTBS sei durch entsprechende Befunde nicht gedeckt. Eine psychische Einschränkung des Klägers sei nicht zu übersehen. Die im Rentenverfahren in den Jahren 2005/06 festgestellte Kraftminderung im rechten Arm/Bein, der Hinweis auf eine Angststörung mit hypochondrischen Anteilen sowie psychosomatische Beschwerden seit der Jugend begründeten die Berentung. Das Ereignis vom August 2008 stelle für die psychische Beeinträchtigung eine untergeordnete Rolle dar.

Der Senat hat durch den Chefarzt der Klinik f. Neurologie Prof. Dr. B., Klinikum S ... G. in L., das nervenfachärztliche Gutachten vom 6. Juni 2014 erstatten lassen. Der Sachverständige hat als Schädigungsfolgen allenfalls eine leichtgradige psychische Störung und einen konservativ behandelten ausgeheilten Kapselausriss des linken Daumens diagnostiziert. Eine PTBS sei nicht festzustellen. Der Kläger sei eingeengt auf die Darstellung der Beeinträchtigungen und eigenen Behinderungen. Er sei klagsam, andererseits auch wieder in der Darstellung des Lebensalltags vollkommen selbständig und selbstbestimmt. Er habe Ängste seit dem Überfall und deswegen Einschlafstörungen angegeben, was auch zu Luftnot führe und zum Blutdruckanstieg. Er erinnere sich immer wieder an den Überfall, das Gesicht, den wirren Blick des Angreifers. Er traue sich deswegen nachts nicht auf die Straße und meide den Tatort. Tagsüber fühle er sich wohler, wenn er viele Leute um sich wisse, da er dann annehme, dass der Täter ihm nichts tun könne. Der Sachverständige hatte den Eindruck gewonnen, der Kläger sei eine Art Lebenskünstler, der sich trotz gewisser Widrigkeiten zu behaupten wisse und durchaus lebenspraktisch veranlagt sei. Er lebe allein in einem Haus mit Grundstück in Z ... Seine Ehefrau lebe in L., besuche ihn aber zweimal in der der Woche und helfe ihm im Haushalt. Er besuche sie und seinen Sohn häufig in L ... Er stehe regelmäßig spät auf, nach dem Frühstück und der Körperpflege gehe er häufig in die Stadt. Kochen habe er nie gelernt und habe Angst, sich mit dem Messer zu verletzen. Daher esse er meistens in der Stadt bei M. D. oder in einem Chinarestaurant. Auf die Frage des Sachverständigen, warum er sich kein Essen auf Rädern nach Hause liefern lasse, habe er angegeben, dass er häufig gar nicht zu Hause sei. Langeweile habe er nicht, er beschäftige sich über den Tag. Wenn er sich abends zu Bett lege, liege er meistens wach und könne nicht einschlafen. Dann werde er von der Müdigkeit übermannt. Nachts müsse er häufig zum Wasserlassen aufstehen. Zusammenfassend hat der Sachverständige ausgeführt: Die Angaben des Klägers zur Beeinträchtigung durch eine psychische Traumatisierung seien gekennzeichnet durch Angstträume und Rückhallerinnerungen, zeigten aber keinen besonderen Schweregrad, keine besondere Form von Vermeidungsverhalten oder Schreckhaftigkeit. Weder habe der Kläger infolge dieser geschilderten Beeinträchtigungen eine spezielle ärztliche Behandlung aufgesucht, noch habe er eine andere psychische behandlungsbedürftige Störung entwickelt. Die Angabe von Einschlafstörungen als besonders belastendes Schädigungssyndrom überzeuge nicht, da der Kläger dagegen keine psychopathologisch wirksamen Medikamente einsetze oder bedürfe und auch keine Behandlung deswegen nachsuche. Eine wesentliche Störung im Lebensalltag habe er nicht beschrieben. Eine PTBS läge nicht vor, da bereits das sogenannte "A"- Kriterium nicht erfüllt sei. Der Vorfall sei keine Katastrophe gewesen und er sei auch nicht in anhaltender Lebensgefahr gewesen. Er sei nicht gequält oder intensiv bedroht worden. Die Angabe, sein Leben nicht durch psychiatrische Behandlungen nutzlos verbringen zu wollen, überzeuge nicht. Die bei der klinisch-neurologischen Untersuchung vorgeführten Bewegungsmuster in den Zeigeversuchen müssten als Aggravation interpretiert werden. Die geringe Verletzung am linken Daumen sei folgenlos ausgeheilt und begründe keinen GdS. Die Angaben zur Beeinträchtigung der linken Hand seien nicht konsistent und glaubwürdig.

Der Kläger hat gegen das Gutachten eingewandt: Er leide unter einer PTBS mit typischen Flashbacks, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Konzentrationsschwierigkeiten. Es liege auch eine andauernde Persönlichkeitsänderung vor. Zudem sei nicht von einer leichtgradigen, sondern einer massiven psychischen Beeinträchtigung auszugehen.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. November 2014 hat Prof. Dr. B. ausgeführt: Es liege keine PTBS vor. Der Kläger habe keine Katastrophe erlebt, selbst wenn er angebe, dieses Ereignis als solche empfunden zu haben. Bei den Diagnosekategorien bleibe es den Betroffenen nicht selbst überlassen, für wie schlimm er das Ereignis halte. Er weise auch keine Flashbacks auf, sondern beschreibe eine leicht erschütterbare und schreckhafte Emotion, aber ohne Übererregung und ohne Vermeidungsverhalten. Eine wie immer auch geartete Wesensveränderung bestehe nicht. Auch sei der Bluthochdruck Folge der Nierenstörung, keinesfalls Folge einer seelischen Reaktion. Die bestehende Durchblutungsstörung des Gehirns sei wiederum Folge des Bluthochdrucks.

Auf Antrag des Klägers hat die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie E. das Gutachten vom 19. Oktober 2015 erstattet. Danach habe der Kläger geschildert: Er sei am 21. August 2008 Opfer eines Überfalls geworden. In der Folge habe er bis heute anhaltende erhebliche Probleme entwickelt, so dass er nicht mehr in der Lage sei, allein zu leben. Besonders nachts und in der Dunkelheit habe er erhebliche Ängste entwickelt, so dass er ohne Begleitung das Haus so gut wie nie verlassen könne. Seit 2008 gehe er auch nirgends allein zum Essen hin, sondern immer nur in Begleitung von Frau und Sohn. Sei dem Überfall 2008 habe er immer wieder Probleme mit Bluthochdruckkrisen sowie deutliche Einschränkungen im linken Daumen. Es bestünden erhebliche Ein- und Durchschlafstörungen. Im Dunkeln kämen dann Gedanken und Bilder vom Überfall hoch. Er sei quasi seit dem Jahre 2008 nicht mehr in der Lage, allein zu schlafen. Er erhalte derzeit keine psychiatrische Medikation. Erste psychische Probleme seien im Zusammenhang mit der Trennung von seiner ersten Ehefrau Ende der 70-er Jahre eingetreten. Nach den Behandlungen Anfang der 80er-Jahre habe er in der Folgezeit keine psychischen Probleme oder Behandlungen gehabt. Auch nach dem Busunfall im Jahr 2003 habe er keine längeren psychischen Probleme entwickelt. Lediglich anfänglich habe er wegen der Folgen aus den körperlichen Beeinträchtigungen Zukunftsängste gehabt. Bei dem Überfall im Jahr 2008 habe er gesehen, wie der Täter dann auf den jüngeren Mann losgegangen sei, sodass Blut geflossen sei und sich am Boden eine große Blutlache gebildet habe. Der Täter habe ihn so furchtbar angesehen, dass er sich sicher gewesen sei, er wolle ihn umbringen. In der Folgezeit habe sich sein psychischer Zustand immer weiter schleichend verschlechtert. Durch Halbdunkelheit oder Dunkelheit werde er massiv an die Situation erinnert. Er habe in solchen Situationen ständig das Gefühl, dass er den Täter wiedersehe, dass ihn dieser erkenne, wieder angreife, sodass er sich abends überhaupt nicht mehr allein aus dem Haus traue. Er habe das massive Gefühl entwickelt, der Täter verfolge ihn weiterhin. Er habe deshalb extreme Probleme, wenn er irgendwelche Männer dieser Statur oder dieses Alters sehe. Er gehe nur in Begleitung oder nur in äußersten Notfällen raus. In L. traue er sich nicht mehr allein durch die Stadt zu gehen, da der Täter nie gefasst worden sei. Er habe erhebliche Einschlafprobleme. Alpträume von der Tat habe er aber nicht. Ängste vor Menschen habe er früher nie gekannt. Seit dem Überfall sei er auf die ständige Unterstützung von Frau und Sohn angewiesen. Er gehe nirgendwo allein irgendwo essen, auch nicht ins Backwerk oder zu M. D., sondern seitdem nur in Begleitung des Sohnes und der Frau. In psychiatrische Behandlung wolle er sich nicht begeben, weil er glaube, dass es sich in seinem Alter nicht mehr lohne.

Die Sachverständige E. hat ausgeführt: Auf eine erneute neurologische Untersuchung habe sie verzichtet. Bei den Berichten des Klägers über den Überfall von 2008 habe sie eine deutlich ausgeprägte emotionale Beteiligung mit verstärkter Unruhe, Unsicherheit und starker Anspannung feststellen können, die auch nach außen deutlich sichtbar werde. Der Kläger weise ein Rückzugsverhalten auf, da er in angstbesetzten Situationen das Gefühl habe, den Täter vor sich zu sehen. Er leide seit dem Überfall unter sehr ausgeprägten Ängsten vor weiterer Verfolgung. Durch die Traumafolgesymptomatik sei eine aktive Teilnahme am sozialen Leben der Gemeinschaft nur noch sehr bedingt möglich, er sei ständig auf die Begleitung des Sohnes und seiner Ehefrau angewiesen. Bei dem Kläger liege eine PTBS vor: Das "A1-Kriterium" sei erfüllt. Der schon ältere und körperlich etwas gebrechliche Kläger sei durch einen wesentlich stärkeren und jüngeren Täter verbal bedroht und körperlich angegriffen worden, sodass auch sein Daumen in Form eines Sehnenrisses verletzt worden sei. Außerdem sei der Kläger Zeuge geworden, wie dieser Täter einen Helfer ebenfalls gewaltsam attackiert habe, sodass dieser offensichtlich stark geblutet

habe. In dieser Situation seien der genaue Ablauf und die Intensität der Bedrohung für den Kläger nicht objektiv einschätzbar gewesen. Er habe in dieser Situation subjektiv nachvollziehbar und glaubhaft mit ausgeprägter Angst und dem Gefühl von Hilflosigkeit reagiert. Zudem sei der Überfall plötzlich, unerwartet und ohne nachvollziehbaren Grund erfolgt. Auch die weiteren Kriterien für die Anerkennung einer PTBS seien erfüllt. Der Kläger habe wiederkehrende und sich aufdrängende Erinnerungen in Form von Gedanken und Bildern vom Täter. Es bestünden Flashbacks mit dem Gefühl, der Täter stehe wieder vor ihm. Er habe Ängste, Panikattacken und körperliche Symptome wie Luftnot, Herzrasen und Schweißausbrüche. Er vermeide deutlich, sich mit dem Überfall auseinanderzusetzen, daran zu denken oder darüber zu reden. Auch vermeide er deutlich Aktivitäten, Orte oder Menschen, die eine Erinnerung an das Trauma wachrufen. Wichtige Aktivitäten könne er nur in Begleitung der Ehefrau oder des Sohnes wahrnehmen. Er habe eine negative Sichtweise durch den Überfall, die mit dem Gefühl verbunden sei, nie mehr sicher zu sein. Er habe Ein- und Durchschlafstörungen mit ausgeprägter Anspannung, bezogen auf Dunkelheit sowie eine übersteigernde Vigilanz mit dem Gefühl, ständig nervös, angespannt und immer auf der Hut sein zu müssen. Die Störung dauere länger als einen Monat an und verursache bei ihm ein klinisch bedeutsames Leiden und eine Beeinträchtigung besonders bei sozialen Aktivitäten und der Alltagsbewältigung. Die PTBS sei mittelschwer, da eine Beeinträchtigung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und der sozialen Aktivitäten vorliege. Es lasse sich auch ein Vorschaden oder eine Disposition für eine psychische Erkrankung ausschließen. Eine psychische Auffälligkeit sei nur Ende der 70er-Jahre bis ca. 1983 nachgewiesen. Über einen Zeitraum von 20 Jahren habe er keine Probleme gehabt, sondern erst wieder ab 2003. Die Diagnose des Nervenarztes Dr. von R. aus dem Jahre 1982 und das Gutachten des Dr. S. aus dem Jahr 2006 seien aus ihrer Sicht nicht nachvollziehbar. Aber selbst wenn eine psychische Störung bereits vor dem zugrundeliegenden Ereignis vorgelegen hätte, könne ein möglicher Vorschaden eine Traumafolgestörung nicht ausschließen. Die nach dem Busvorfall von Dr. H. diagnostizierten phobischen Störungen hätten sich lediglich auf die körperlichen Folgen bezogen. Agora- und klaustrophobische Ängste, Ängste vor anderen Menschen, vor Dunkelheit, Überfällen oder ein ausgeprägtes Rückzugsverhalten hätten zu diesem Zeitpunkt nicht vorgelegen. Damit sei für die abgrenzbare PTBS ein GdS von 30 gerechtfertigt. Aus ihrer Sicht sei durchaus nachvollziehbar, dass der Kläger aufgrund seines Vermeidungsverhaltens und der körperlichen Einschränkungen zögere, eine regelmäßige ärztliche Behandlung seiner psychischen Probleme aufzusuchen. Gerade Patienten mit ausgeprägten phobischen Ängsten versuchten häufig, diesen durch Vermeidungsverhalten aus dem Weg zu gehen und sich nicht zu konfrontieren.

Der Beklagte ist dem Gutachten entgegengetreten und hat auf die versorgungsärztliche Stellungnahme der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. vom 14. Januar 2016 verwiesen. Danach habe die Sachverständige E. die subjektiven Schilderungen und Wertungen eines gutachtenerfahrenen Klägers ohne die notwendigen Konsistenz- und Plausibilitätsprüfungen nahezu unreflektiert übernommen, obwohl hier deutlich diskrepante Angaben zu früheren Angaben und Einschätzungen vorlägen. Dabei werde nicht bemerkt, dass das Ereignis inzwischen zu einem "Überfall" oder "Raubüberfall" hochstilisiert werde. Es habe zu keiner Zeit eine ärztliche Beobachtung, einen Befund, eine entsprechende Anamnese oder Hinweise auf eine posttraumatische psychische Gesundheitsstörung mit Behandlungsbedürftigkeit infolge dieses Ereignisses gegeben. Eine schadensabhängige PTBS habe weder der erstbehandelnde Chirurg noch der behandelnde Internist, wo der Kläger sich regelmäßig vorgestellt habe, festgestellt. Auch im ursprünglichen Antrag vom Jahr 2008 habe der Kläger keine wesentliche psychische Beeinträchtigung mitgeteilt. Ein eklatanter Mangel des Gutachtens sei auch, dass die Sachverständige keine neurologische Untersuchung durchgeführt habe. Eine solche wäre erforderlich gewesen, um sein Verhalten, die Kooperation, die Motivation, die Auffassung und verschiedene andere Funktionen auch in dieser Situation zu überprüfen. Es sei auch falsch, den Sachverhalt nur unter einem speziellen Blickwinkel zu sehen. Der Kläger habe sich in einem Kassenbereich zwischen anderen Menschen befunden. Er sei in einem öffentlichen Raum, also nicht allein und nicht vollständig hilflos einer höchst bedrohlichen Situation ausgeliefert gewesen, in der man ihn hätte schwer verletzen oder gar umbringen können. Es habe ohne Zweifel ein gewisses Grundsicherheitsgefühl bestanden. Es sei schlüssig, dass kein Arzt eine relevante psychische Störung infolge des Ereignisses habe feststellen können, was auch anamnestisch durch den Kläger kein Thema gewesen sei. Eine primäre psychische Gesundheitsstörung habe nicht vorgelegen. Diskrepanzen zwischen der Begutachtung bei Prof. Dr. B. und der Ärztin E. seien unbeachtet geblieben. Der Kläger habe sich inzwischen als nahezu hilflos dargestellt, könne nur in Begleitung außer Haus gehen. Zu den Begutachtungen sei er aber allein gekommen. Bei Prof. Dr. B. habe er berichtet, dass er ständig unterwegs sei, regelmäßig außer Haus essen gehe und wenig zu Hause sei. Ohne ersichtlichen Anlass werde dies jetzt völlig anders dargestellt. Es sei auch keine Verordnung von Psychopharmaka durch den Hausarzt erfolgt. Unabhängig von der Ursache könne kein hoher Leidensdruck, keine stärker behindernde seelische Störung, keine erhebliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und auch keine ausgeprägtere psychopathologische Störung abgeleitet werden.

In einer ergänzende Stellungnahme hat die Sachverständige E. am 3. April 2016 ausgeführt: Sie habe sich ein Gesamtbild mit ausführlicher Entstehung der Symptomatik, dem Verlauf und der jeweiligen Beeinflussung gemacht. Die geschilderten Beispiele und die Symptomatik seien einfühlbar, wiesen einen Erlebnisbezug auf und seien von ihr in einem nachvollziehbaren inhaltlichen Zusammenhang zu dem schädigenden Ereignis geprüft worden. Ein Grund für die diskrepanten Angaben zu den Aktivitäten des Klägers bzw. seinem Bedürfnis nach ständiger Begleitung durch die Ehefrau und den Sohn sei auch darin zu sehen, dass der Kläger offenbar befürchte, er werde bei häufigen Übernachtungen und ständigem Begleiten durch seine Ehefrau und den Sohn die örtliche Trennung von den zuständigen Ämtern nicht mehr anerkannt, wodurch er in Zahlungsschwierigkeiten geraten könnte. Schließlich müsse nicht zwangsläufig eine durchgehende Kausalkette aus den Befunden abgeleitet werden. Auf eine ausführliche neurologische Untersuchung habe sie verzichtet, da bei der Erhebung keine Hinweise auf Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit vorgelegen hätten.

Aus den vom Kläger im Rahmen seines Prozesskostenhilfeverfahren eingereichten Schreiben, auf die in der mündlichen Verhandlung vom 14. Dezember 2016 im Sachvortrag hingewiesen wurde, ist Folgendes zu entnehmen: Mit Schreiben vom 1. März 2009 hatte der Kläger mitgeteilt, er müsse seinen schwerbehinderten Sohn in L. betreuen, weil die Mutter invalide sei. Es entstünden ihm deshalb Kosten mit dem eigenen Pkw, weil er dreimal pro Woche 86 km fahre. Am 20. November 2011 hatte er geltend gemacht, er fahre einmal monatlich in das Uniklinikum L. und sechsmal monatlich nach L. zu Massagen. Mit Schreiben vom 17. November 2012 hatte der Kläger ausgeführt, er sei hilfsbedürftig und habe Mehrkosten für die Diät, Hygieneartikel sowie Fahrt- und Restaurantkosten, weil er nicht selber kochen könne. Am 14. Dezember 2012 hatte er mitgeteilt, er habe einen weiteren Schlaganfall erlitten und sei pflegebedürftig geworden. Er könne nicht mehr kochen und müsse ins Restaurant gehen, könne nicht mehr waschen und bügeln und müsse seine Wäsche waschen lassen. Er müsse ein Taxi benutzen, da er zu schwach zum Einkaufen sei. Am 3. Juni 2013 hatte der Kläger wiederum mitgeteilt, da es mit dem Kochen nicht mehr richtig klappe, esse er viel im Restaurant, um eine warme Mahlzeit zu bekommen.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichts- und Verwaltungsakte des Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den §§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG statthafte und auch in der von § 151 Abs. 1 SGG vorgeschriebenen Form und Frist eingelegte Berufung ist unbegründet. Die angefochtenen Bescheide sowie das Urteil des SG Halle sind rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Anerkennung einer PTBS als weitere Schädigungsfolge und die Gewährung einer Beschädigtenversorgung nach dem OEG.

Rechtsgrundlage für den von dem Kläger in zulässiger Weise mit einer kombinierten Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG) geltend gemachten Anspruch ist § 1 Abs. 1 Satz 1 OEG i.V.m. § 31 Abs. 1 BVG. Danach erhält wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des BVG, u.a. auch Beschädigtenrente nach § 31 Abs. 1 BVG, wer im Geltungsbereich des OEG oder auf einem deutschen Schiff oder Luftfahrzeug infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen seine oder eine andere Person oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat. Im Urteil des SG Halle wurden die Voraussetzungen für diesen Anspruch ausführlich dargelegt und rechtlich zutreffend und überzeugend dargestellt, weshalb sich beim Kläger eine durch den tätlichen Angriff vom 21. August 2008 verursachte PTBS und eine sonstige schädigungsbedingte psychische Erkrankung, die einen GdS in rentenberechtigender Höhe bedingt, nicht feststellen lässt. Auch wurde überzeugend dargelegt, weshalb die Verletzungsfolgen an der Hand keinen GdS von wenigstens 25 bedingen. Auf diese Ausführungen des SG wird zur Vermeidung von Wiederholungen zunächst verwiesen (§ 153 Abs. 2 SGG).

Ergänzend ist nach den weiteren Ermittlungen im Berufungsverfahren auszuführen: Das Gutachten von Prof. Dr. B. stützt die Entscheidung des SG vollumfänglich. Insbesondere hat der gerichtliche Sachverständige beim Kläger keine PTBS feststellen können. Diesem überzeugenden und schlüssigen Gutachten schließt sich der Senat an. Dagegen kann dem Gutachten der Ärztin E. nicht gefolgt werden. Insoweit schließt sich der Senat unter Berücksichtigung der gesamten Umstände dieses Einzelfalls den überzeugenden Einwänden der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. vom Versorgungsärztlichen Dienst des Beklagten gegen das Gutachten an.

Nach den Ausführungen von Prof. Dr. B. ist bereits das sogenannte "A"-Kriterium nicht erfüllt, weil der Vorfall keine Katastrophe und der Kläger auch nicht in anhaltender Lebensgefahr gewesen sei. Es kommt nach den Ausführungen des Sachverständigen auch nicht darauf an, ob der Kläger dieses Ereignis als solches empfunden hat. Denn bei den Diagnosekategorien bleibe es den Betroffenen nicht selbst überlassen, für wie schlimm er das Ereignis halte. Der Kläger sei nicht gequält oder intensiv bedroht worden. Er weise auch keine Flashbacks auf, sondern beschreibe eine leicht erschütterbare und schreckhafte Emotion, aber ohne Übererregung und ohne Vermeidungsverhalten. Eine wie immer auch geartete Wesensveränderung besteht nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. B. nicht.

Zu Recht hat Dr. S. darauf hingewiesen, dass die Ärztin E. die Diagnose einer PTBS nahezu unreflektiert aufgrund der subjektiven Angaben des Klägers gestellt hat. Sie hat nicht berücksichtigt, dass der Kläger während des mehrere Jahre andauernden Verfahrens seinen Vortrag über das Ereignis vom 21. August 2008 immer weiter ausgebaut und dramatisiert hat. So wurde im Laufe der Jahre aus der tätlichen Auseinandersetzung im Kassenbereich des Einkaufsmarktes ein "Überfall" und schließlich ein "Raubüberfall". Zunächst hatte der Kläger im Antrag auch nur geschildert, dass der Täter "böse geworden" sei. Die von ihm erlebte Todesangst findet sich erst in späteren Schilderungen von der Tat. Bei der Begutachtung durch die Ärztin E. wurde sieben Jahre nach der Tat die miterlebte Verletzung des Helfers in den Mittelpunkt gerückt und durch die erstmalige Erwähnung einer "großen Blutlache" nicht überzeugend der Anknüpfungspunkt für die lebensbedrohliche Situation aufgrund der Zeugenschaft konstruiert. Im Erörterungstermin vor dem SG hatte er es noch als "sein Glück" geschildert, dass der Täter "ein anderes Opfer gefunden hatte". Eine persönliche Betroffenheit hat er zum damaligen Zeitpunkt nicht geschildert. Auch die mehrfache Angabe eines "Daumenbruches", obwohl dieser noch am Tatabend durch die Röntgenuntersuchung in der Notaufnahme ausgeschlossen werden konnte, spricht für die vom Kläger vorgenommene Überzeichnung des tatsächlichen Geschehensablaufs. Mit alledem hat sich die Ärztin nicht auseinandergesetzt, so dass schon zweifelhaft ist, ob der von ihr zu Grunde gelegte Lebenssachverhalt tatsächlich zutreffend ist.

Die Ärztin E. hat auch nicht kritisch gewürdigt, dass der Kläger bei den im Herbst 2008 erfolgten mehrfachen Konsultationen beim Hausarzt das Ereignis vom August 2008 nicht einmal angesprochen hatte. Bei einer vitalen Bedrohung, wie er dies gegenüber der Ärztin E. geschildert hat, erscheint dies schlichtweg nicht nachvollziehbar. Auch im Bericht der Notfallambulanz vom Tattag ist der Kläger nicht als psychisch auffällig beschrieben worden, wie dies nach einem lebensbedrohlichen Ereignis zu erwarten gewesen wäre. Zudem hat der Kläger im OEG-Antrag vom 21. Oktober 2008 keine psychischen Beeinträchtigungen geschildert, sondern lediglich auf die Beeinträchtigungen im Handbereich hingewiesen. Im weiteren Verwaltungsverfahren hat sich die psychische Beeinträchtigung dann zunächst auf den Verlust der Verdienstmöglichkeiten wegen der Handbeeinträchtigungen erstreckt. Die später in den Mittelpunkt gestellten Angstzustände und die damit verbundenen Einschränkungen sind somit jedenfalls nicht durch die erstbehandelnden Ärzte festgestellt worden. Sie sind erst später in das Verfahren eingeflossen und im Reha-Bericht B. D. als PTBS eingeordnet worden, nachdem der Kläger einen "Raubüberfall im Jahre 2010" geschildert hatte. Die Diagnose PTBS wurde demnach aufgrund einer ganz anderen und hier auch unbekannten Ereignisschilderung gestellt und bildet nunmehr den Anknüpfungspunkt für die Einschätzungen der Sachverständigen E ...

Zudem hat die Ärztin E. die Widersprüche und Diskrepanzen, die sich aus dem Akteninhalt und den früheren Schilderungen des Klägers ergeben, nicht aufgeklärt. So hat der Kläger mehrfach, auch gegenüber Prof. Dr. B., angegeben, regelmäßig außer Haus Essen zu gehen. Bei der späteren Untersuchung wurde dies vollkommen in Abrede gestellt. Auch im PKH-Verfahren hatte der Kläger mehrfach über notwendige Restaurantbesuche berichtet, weil er nicht kochen könne. Die vom Kläger angegeben vielen Fahrten nach L. (u.a. zu Massagen) lassen den behaupteten Rückzug und die Angst vor dem Verlassen des Hauses ebenfalls nicht erkennen. So hatte der Kläger unter anderem in L. am 18. Februar 2009 einen Unfall beim Überqueren der Straßenbahnschiene im Jahr 2009. Dies spricht ebenso wie der Umstand, dass der Kläger allein den Sachverständigen Prof. Dr. B. im Jahr 2014 in L. aufgesucht hat, gegen seine Angabe, nicht mehr allein nach L. zu fahren. Schließlich hat der Kläger gegenüber der Sachverständigen E. die Notwendigkeit der Inanspruchnahme der Hilfe von Sohn und Ehefrau geschildert, obwohl er im PKH-Verfahren angegeben hatte, dass er seinen schwerbehinderten Sohn in L. betreuen müsse, weil die Mutter invalide sei. Diese widersprüchlichen Schilderungen des Klägers kann die Sachverständige nicht nachvollziehbar aufzulösen. Sie hat vielmehr die Schilderungen des Klägers zu seinem Sozial- und insbesondere Rückzugsverhalten ohne die notwendigen Konsistenz- und Plausibilitätsprüfungen zugrunde gelegt. Darauf hat Dr. S. vom Versorgungsärztlichen Dienst des Beklagten zu Recht hingewiesen. Die Befürchtung des Klägers, dass von den zuständigen Ämtern die Trennung von seiner Frau nicht anerkannt werde, legt den Schluss nahe, dass er dort möglicherweise Angaben macht, die er für seine Anspruchsbegründung benötigt. Auch dies stützt nicht den Wahrheitsgehalt

seiner Angaben im vorliegenden Verfahren. Die vom Kläger angegeben Auswirkungen der Angststörungen lassen sich bei kritischer Betrachtung der von ihm im Laufe des Verfahrens geschilderten Lebensumstände nach alledem nicht nachvollziehen. Die Ärztin E. hat auch nicht überzeugend für die Annahme einer PTBS angeführt, dass der Kläger nicht von dem Tatereignis spreche. Das Gegenteil ist der Fall. Der Kläger nutzt nach der Aktenlage jede Gelegenheit, ausführlich und ausschmückend das Ereignis zu dramatisieren.

Auch der Umgang des Klägers mit den von ihm behaupteten psychischen Auswirkungen aufgrund der Tat vom August 2008 lässt keinen Rückschluss auf eine PTBS zu. Die Angabe gegenüber Prof. Dr. B., sein Leben nicht durch psychiatrische Behandlungen nutzlos verbringen zu wollen, überzeugt nicht und kann durch die Ausführungen der Ärztin E. nicht entkräftet werden. Die Ärztin hatte versucht, die nicht in Anspruch genommenen psychiatrischen Behandlungen mit dem Hinweis auf Vermeidungsstrategien zu erklären. Der Kläger hatte zwar mehrfach mitgeteilt, dass er medizinische Behandlungen und Medikamente ablehne. Doch hat er tatsächlich durchaus Ärzte aufgesucht, wie die Behandlungsunterlagen seit dem Jahr 2008 zeigen. Allerdings hatte er zu keiner Zeit einen entsprechenden Leidensdruck wegen psychischer Einschränkungen. Gegenüber Dr. S. hatte er eine fachärztliche Behandlung abgelehnt, weil er im Haushalt noch andere Personen zu betreuen habe. Auch dieses Argument zeigt keinen besonderen Leidensdruck und hat mit seinem gesundheitlichen Zustand nichts zu tun. Es bestätigt vielmehr seine Ausführungen im PKH-Antrag, wonach er die Betreuung seines Sohnes übernehme und nicht umgekehrt von diesem betreut werde.

Im Übrigen erscheint dem Senat nicht überzeugend, dass die Ärztin E. die gesamte vorherige psychische Leidensgeschichte des Klägers in Frage stellt und die Diagnosen des Nervenarztes Dr. von R. aus dem Jahr 1982 und das Gutachten des Dr. S. aus dem Jahr 2006 als aus ihrer Sicht nicht nachvollziehbar einordnet. Die psychischen Auffälligkeiten des Klägers sind seit Ende der 70er-Jahre bis ca. 1983 nachgewiesen. Der Nervenarzt Dr. von R. hatte schon damals beim Kläger diffuse Angst und Klaustrophobie festgestellt. Nach dem Busunfall im Jahre 2003 hat auch Dr. H. über eine phobisch ausgestaltete Angst berichtet. Die psychischen Probleme des Klägers sind in den Jahren 2005 und 2006 so gravierend geworden, dass sie schließlich zu seiner Berentung geführt haben. Die psychische Symptomatik des Klägers hatte sich demnach schon vor dem Ereignis vom August 2008 gezeigt; und zwar nach seinen eigenen Angaben in den verschiedenen von ihm durchgeführten Verfahren und nach den ärztlichen Berichten. Sofern die Ärztin E. dagegen einwendet, dass sich die Angstsymptomatik vor dem August 2008 auf körperliche Vorgänge bezogen habe, überzeugt auch das nicht. Denn die im Widerspruchsverfahren vom Kläger erstmals geschilderten psychischen Symptome entsprachen genau denen, die er auch vorher hatte (Schlafstörungen, Herzbeschwerden, Angst zu sterben). Er selbst hat insoweit auch konsequent von einer Verschlimmerung seiner bestehenden psychischen Störungen berichtet. Auch bei der Klageerhebung, im Reha-Bericht B. D. und selbst noch bei der Begutachtung durch Prof. Dr. B. hat diese seit Jahren bekannte Symptomatik im Mittelpunkt gestanden. Erst im Laufe des Verfahrens und insbesondere bei der Ärztin E. ist eine davon losgelöste Sozialphobie vom Kläger geschildert worden, die sich allerdings nicht mit seiner gelebten Wirklichkeit in Übereinstimmung bringen lässt.

Schließlich ist die Sachverständige E. den Aggravationsvorwürfen, die Prof. Dr. B. als langjährig erfahrener Sachverständige erhoben hat, nicht durch eigene Untersuchungen nachgegangen. Aufgrund der widersprüchlichen Schilderungen des Klägers und der Überzeichnung des Sachvortrags hätte sich eine weitergehende Diagnostik zur Überprüfung des Wahrheitsgehalts der Angaben des Klägers geradezu aufgedrängt. Wie die Versorgungsärztin Dr. S. festgestellt hat, wäre eine Überprüfung von Kooperation und Motivation unerlässlich gewesen. Allein der Hinweis der Ärztin E. auf die einfühlbar geschilderte Symptomatik, die einen Erlebnisbezug aufweise und in einem nachvollziehbaren inhaltlichen Zusammenhang zum schädigenden Ereignis stehe, ist für den Senat nicht überzeugend.

Nach alledem können unter Abwägung aller zu berücksichtigenden Umstände keine psychischen Gesundheitsstörungen in Form einer PTBS mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 21. August 2008 zurückgeführt werden. Da keine psychischen Gesundheitsstörungen durch die Tat vorliegen, können auch keine Folgeerkrankungen, wie z.B. der Bluthochdruck, festgestellt werden.

Die körperliche Folge der Tat, also der Sehnenabriss, ist bis auf die festgestellte Knochennarbe folgenlos ausgeheilt. Da auch von Prof. Dr. B. keine objektiven Funktionseinschränkungen nach dem Sehnenabriss festgestellt werden konnten, ist ein GdS nicht festzustellen. Auch insoweit wird die erstinstanzliche Entscheidung gestützt.

Da keine dauerhaften GdS-relevanten Folgen der Tat vorliegen, kann auch keine Erhöhung nach § 30 Abs. 2 BVG erfolgen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Ein Grund für die Zulassung der Revision liegt nach § 160 SGG nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2017-08-03