

L 6 VG 2140/06

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen

S 2 VG 915/00

Datum

28.03.2006

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 VG 2140/06

Datum

18.01.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 28. März 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, in welcher Höhe dem Kläger Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) zustehen.

Der 1965 geborene Kläger wurde in der Nacht vom 8. auf den 9. August 1996 überfallen und dabei zusammengeschlagen. Der Kläger wurde in die Unfallchirurgische Klinik des Klinikums L. gebracht, wo Prof. Dr. H. eine Gesichtsschädelverletzung, Abschürfungen am linken Ohr und eine Prellung des rechten Unterarms diagnostizierte (Durchgangsarztbericht vom 28. August 1996). Die anschließende ambulante Behandlung erfolgte u. a. beim Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. W., welcher zunächst eine Schädelprellung und eine unklare Sehstörung diagnostizierte (Arztbrief vom 19. August 1996) und nach Durchführung einer Computertomographie des Neurocraniums durch den Radiologen Dr. W. (Arztbrief vom 21. August 1996) den Verdacht auf einen kleinen, frontal gelegenen, keilförmigen Kontusionsherd äußerte (Arztbrief vom 26. August 1996). Augenfachärztlich wurde der Kläger durch Dipl.-Med. G. (Arztbriefe vom 15. Mai sowie 15. und 28. August 1996) und im Katharinenhospital S. (Arztbriefe vom 23. August und 1. Oktober 1996) behandelt. Die orthopädische Behandlung wurde durch Dr. H. (Arztbrief vom 30. September 1996) und in der B. Klinik S. (Arztbriefe vom 18. und 25. September 1996) durchgeführt.

Der Kläger beantragte am 30. Oktober 1996 die Gewährung von Leistungen nach dem OEG. Er legte die ärztlichen Unterlagen über die seit dem Vorfall durchgeführten Behandlungen vor.

Der Beklagte holte eine Auskunft bei der B. Ersatzkasse ein, zog die polizeilichen und staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakten und die Schwerbehindertenakte bei, holte den Befundbericht des Internisten Dr. K. vom 25. Februar 1997 ein und zog den Entlassungsbericht des Neuro-orthopädischen Rehasentzentrums Bad O. vom 12. März 1997 über die stationäre Behandlung vom 10. Dezember 1996 bis zum 4. Februar 1997 (Diagnosen: u. a. posttraumatisches hirnanorganisches Psychosyndrom bei Verdacht auf Hirnkontusion rechts frontal, posttraumatische Belastungsreaktion), die ärztlichen Unterlagen des Klinikums L., den Entlassungsbericht des Zentrums für Psychiatrie W. vom 19. März 1997 über die stationäre Behandlung vom 16. Februar bis zum 5. März 1997 (Diagnosen: u. a. rezidivierende dissoziative Krampfanfälle [Pseudoepilepsie] im Rahmen einer Belastungsreaktion) sowie den Entlassungsbericht der Klinik H. M. vom 6. August 1997 über die stationäre Behandlung vom 15. April bis zum 4. Juli 1997 (Diagnosen: u. a. schwere posttraumatische Belastungsstörung mit reaktiver Depression, paroxysmal auftretender Tremor der linken Körperhälfte im Sinne einer somatoformen Störung, rechtsfrontaler Defekt bei Verdacht auf Hirnkontusion) bei.

Dr. B. führte in seinem chirurgischen Gutachten vom 18. November 1997 aus, auf seinem Fachgebiet seien als Schädigungsfolgen Bewegungseinschränkungen im rechten Handgelenk und im Endgelenk des 3. Fingers links gegeben und schätzte die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) auf unter 10 vom Hundert (v. H.). Dr. M.-W. gelangte in ihrem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 17. Dezember 1997 zu dem Ergebnis, es liege eine posttraumatische Belastungsstörung vor, die mit einer MdE um 50 v. H. zu bewerten sei.

Der Kläger legte den Entlassungsbericht der Klinik H. M. vom 2. Januar 1998 über die stationäre Behandlung vom 28. Oktober bis zum 8. Dezember 1997 (Diagnosen: u. a. schwere posttraumatische Belastungsstörung mit reaktiver Depression, paroxysmal auftretender Tremor der linken Körperhälfte im Sinne einer somatoformen Störung) vor. Der Beklagte holte die versorgungsärztliche (vā) Stellungnahme von Dr. H. vom 21. Januar 1998 ein.

Mit dem Teil- und Vorbehaltsbescheid vom 13. Februar 1998 anerkannte der Beklagte als Folgen einer Schädigung eine posttraumatische Belastungsstörung mit paroxysmalem Tremor der linken Körperhälfte als somatoforme Störung, eine Bewegungseinschränkung im rechten Handgelenk und eine Bewegungseinschränkung im Endgelenk des 3. Fingers links, hervorgerufen durch schädigende Einwirkungen im Sinne des OEG, und bewilligte dem Kläger Grundrente nach dem OEG ab 1. August 1996 nach einer MdE um 50 v. H.

Hiergegen erhob der Kläger am 24. Februar 1998 Widerspruch. Er legte u. a. das MDK-Gutachten von Obermedizinalrätin W. vom 12. August 1997 und den für den MDK erstellten Bericht der Klinik H. M. vom 24. Juni 1997, den Entlassungsbericht der Abteilung Neurologie und Epileptologie des Krankenhauses D. W. vom 12. Oktober 1998 über die stationäre Behandlung vom 3. bis zum 23. August 1998 (Diagnosen: u. a. unklare Anfälle) vor.

Prof. Dr. W., Ärztlicher Direktor der Augenklinik des K.hospitals S., gelangte in seinem augenärztlichen Gutachten vom 10. Januar 1999 zu der Einschätzung, als Schädigungsfolgen lägen eine postkontusionelle Fusionsstörung im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung mit intermittierender Esophorie und akkomodativem Konvergenzexzess, einer daraus resultierenden intermittierenden Doppelbildwahrnehmung und einem Verschwommensehen, eine Lesestörung sowie eine Konzentrationsstörung vor, was zu einer MdE um 15 v. H. führe. Der Beklagte holte hierzu die vā Stellungnahme von Dr. H. vom 25. Februar 1999 ein.

Mit Ergänzungsbescheid vom 23. April 1999 stellte der Beklagte als Folgen einer Schädigung 1. eine posttraumatische Belastungsstörung mit paroxysmalem Tremor der linken Körperhälfte als somatoforme Störung, eine Bewegungseinschränkung im rechten Handgelenk und eine Bewegungseinschränkung im Endgelenk des 3. Fingers links sowie 2. eine zeitweise Doppelbildwahrnehmung und ein zeitweises Verschwommensehen bei Fusionsstörung, einer intermittierenden Esophorie und einem akkomodativen Konvergenzexzess, und zwar zu 1. hervorgerufen und zu 2. verschlimmert durch schädigende Einwirkungen im Sinne des [§ 1 OEG](#) fest und bewilligte dem Kläger Grundrente ab 1. August 1996 nach einer MdE um 60 v. H.

Der Beklagte zog von der Klinik H. M. den Entlassungsbericht vom 14. Dezember 1998 über die stationäre Behandlung vom 28. Oktober bis zum 8. Dezember 1998 (Diagnosen: u. a. schwere chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung mit reaktiver Depression, fokale Epilepsie mit chronischen Anfällen der linken Körperhälfte ohne Generalisierung), den Arztbrief vom 14. Dezember 1998 über die stationäre Behandlung vom 12. bis zum 15. Dezember 1998 und den Entlassungsbericht vom 30. Juni 1999 über die stationäre Behandlung vom 4. Februar bis zum 31. Mai 1999 (Diagnosen: u. a. chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung mit rezidivierenden depressiven Episoden, zur Zeit in Remission, unklare Anfälle mit der Frage fokaler epileptischer Anfälle) bei und holte den Befundbericht des Zahnarztes Dr. M. vom 20. Juli 1999, die vā Stellungnahme von Dr. H. vom 20. September 1999 sowie den Befundbericht von Dipl.-Psych. G. vom 15. Oktober 1999 ein.

Dr. M.-W. führte in ihrer beim Beklagten am 16. November 1999 eingegangenen Stellungnahme aus, die Unfallfolge auf ihrem Fachgebiet sei als eine posttraumatische Belastungsstörung mit unklaren fokalen Anfällen der linken Körperhälfte zu bezeichnen.

Der Beklagte zog u. a. den Befundbericht der Klinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie des Klinikums M. vom 24. Februar 2000, über das K.hospital S. das für die I. Versicherung AG erstellte mund-, kiefer-, gesichtschirurgische Gutachten von Prof. Dr. Dr. W. vom 12. November 1999 (als unfallbedingte Veränderungen auf seinem Fachgebiet lägen postkontusionelle Beschwerden mit mäßiger Beeinträchtigung der Unterkieferbewegung der Kaufunktion und die kleinen Schmelzfrakturen an den Zähnen 21, 31, 32 und 41 vor, woraus sich aber keine wesentliche MdE ergebe) bei, holte den Befundbericht des Zahnarztes für Kieferorthopädie Dr. W. vom 28. Februar 2000 ein, zog die Arztbriefe der Klinik für Plastische Chirurgie des M.hospitals S. vom 1. und 22. Februar 2000 bei und holte die vā Stellungnahme von Dr. H. vom 15. März 2000 ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23. März 2000 anerkannte der Beklagte als zusätzliche Schädigungsfolgen Bewegungseinschränkung beider Kiefergelenke nach Kiefergelenkskontusion beidseits sowie eine kleine Schmelzfraktur an den Zähnen 11, 21, 31, 32 und 41, jeweils hervorgerufen durch schädigende Einwirkungen im Sinne des [§ 1 OEG](#), und wies den Widerspruch im Übrigen zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 18. April 2000 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG). Er legte den Entlassungsbericht der Inneren Medizin des Krankenhauses S. vom 26. Dezember 1998 über die stationäre Behandlung vom 8. bis zum 12. Dezember 1998 (Diagnosen: u. a. posttraumatische chronische Belastungsstörung, rezidivierende depressive Störung, zur Zeit in Remission, fokale Epilepsie) vor.

Der Beklagte zog die Akten des Rentenversicherungsträgers, u. a. die neurologisch-psychiatrischen Gutachten von Dr. R. vom 23. April 1998 (Diagnosen: u. a. posttraumatische Belastungsstörung, Verdacht auf psychogene Anfälle), von Dr. P. vom 22. Dezember 1998 (Diagnosen: posttraumatische Belastungsstörung und unter Medikation beschwerdefreies cerebrales Anfallsleiden mit einfachen fokalen Anfällen), von Dr. G. vom 20. Januar 2000 (Diagnosen: posttraumatische Belastungsstörung, Verdacht auf eine fokale Epilepsie und psychogener Tremor der linken Extremitäten) und von Dr. K. vom 5. Februar 2001 (Diagnosen: u. a. mittelgradige depressive Episode, ausgelöst durch posttraumatische Belastungsstörung, Verdacht auf fokale Epilepsie) sowie das im Rahmen eines zivilrechtlichen Klageverfahrens vor dem Landgericht Stuttgart erstellte neurologisch-psychiatrische Gutachten von Prof. Dr. T. vom 7. Juli 1999 (Diagnose: posttraumatische Belastungsstörung; schädigendes Ereignis nicht nur Auslöser, sondern zu 70 v. H. Ursache für das vorhandene Störungsbild) bei und holte hierzu die vā Stellungnahme von Dr. H. vom 24. Juli 2001 ein.

Mit Ergänzungsbescheid vom 26. Juli 2001 anerkannte der Beklagte als Folgen einer Schädigung 1. eine posttraumatische Belastungsstörung mit paroxysmalem Tremor der linken Körperhälfte als somatoforme Störung, eine Bewegungseinschränkung im rechten Handgelenk, eine Bewegungseinschränkung im Endgelenk des 3. Fingers links, 2. eine zeitweise Doppelbildwahrnehmung und ein zeitweises Verschwommensehen bei Fusionsstörung, intermittierender Esophorie und akkomodativem Konvergenzexzess, 3. eine Bewegungseinschränkung beider Kiefergelenke nach Kiefergelenkskontusion beidseits und 4. eine kleine Schmelzfraktur an den Zähnen 11, 21, 31, 32 und 41, und zwar zu 1., 3., und 4. hervorgerufen, zu 2. verschlimmert durch schädigende Einwirkungen, fest und bewilligte unter Berücksichtigung einer MdE um 10 v. H. wegen besonderer beruflicher Betroffenheit die Grundrente ab 1. August 1996 nach einer MdE um 70 v. H.

Der Beklagte bewilligte dem Kläger die stationäre Behandlung vom 4. Juni bis zum 16. Juli 2002 in der Reha-Klinik D. (Bericht vom 4. Juni

2002 und Entlassungsbericht vom 24. Juli 2002; Diagnosen: u. a. posttraumatische Belastungsstörung) und holte die vā Stellungnahme von Dr. E./Dr. H. vom 22. April 2004 ein.

Das SG holte das psychiatrische Gutachten des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie R. vom Klinikum A. W. vom 9. Dezember 2004 ein. Der Sachverständige gelangte zu der Einschätzung, beim Kläger liege eine posttraumatische Belastungsstörung und ein depressives Syndrom vor. Die MdE auf psychiatrischem Fachgebiet betrage 40 v. H.

Der Beklagte zog den Entlassungsbericht der Reha-Klinik D. vom 22. August 2005 über die stationäre Behandlung vom 30. Juni bis zum 11. August 2005 (Diagnosen: u. a. posttraumatische Belastungsstörung) bei.

Mit Gerichtsbescheid vom 28. März 2006 wies das SG die Klage ab.

Hiergegen hat der Kläger am 12. April 2006 Berufung eingelegt. Er trägt vor, das Gutachten von Dr. R. erwecke den Eindruck, dass der Sachverständige Vorbehalte gegen homosexuelle Männer habe. Vor allem kranke das Gutachten daran, dass der Sachverständige zu Unrecht davon ausgegangen sein, er, der Kläger, sei vor dem Überfall schon psychisch vorgeschädigt gewesen. Zwar sei er bei dem Arzt für psychotherapeutische Medizin Dr. K. in Behandlung gewesen, aber nur deshalb, weil ihn ein Bezirksbruder der altpietistischen Gemeinschaft gezwungen habe, sich wegen seiner als Krankheit verstandenen Homosexualität behandeln zu lassen, und weil er sein Berufsziel des Gemeindediakons unbedingt habe erreichen wollen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 28. März 2006 aufzuheben, die Bescheide vom 13. Februar 1998 und vom 23. April 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. März 2000 und den Bescheid vom 26. Juli 2001 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, ihm ab dem 1. August 1996 eine höhere Beschädigtenrente zu gewähren, hilfsweise Dr. K. als sachverständigen Zeugen dazu zu hören, dass er bei ihm nur wegen seiner sexuellen Ausrichtung in Behandlung gewesen sei und dass bei ihm keine Dysthymie vorgelegen habe.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beteiligten haben sich unter dem 4. Dezember 2006 und 18. Januar 2007 mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten, der beigezogenen Akten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung, über die der Senat nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte, ist unbegründet.

Das angefochtene Urteil des SG ist nicht zu beanstanden. Das SG hat die Klage zu Recht als unbegründet abgewiesen.

Wer im Geltungsbereich des OEG infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen seine oder eine andere Person oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, erhält gemäß [§ 1 Abs. 1 Satz 1 OEG](#) wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG).

Dabei muss der geltend gemachte Gesundheitsschaden wesentlich ursächlich auf den vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriff zurückzuführen sein. Das schädigende Ereignis, die dadurch eingetretene gesundheitliche Schädigung und die darauf beruhenden Gesundheitsstörungen (Schädigungsfolgen) müssen erwiesen sein, während nach [§ 1 Abs. 3 Satz 3 BVG](#) für die Frage des ursächlichen Zusammenhangs die Wahrscheinlichkeit ausreichend, aber erforderlich ist (BSG, Urteil vom 22. September 1977 - [10 RV 15/77](#) - [BSGE 45, 1](#); BSG, Urteil vom 19. März 1986 - [9a RVi 2/84](#) - [BSGE 60, 58](#)). Der ursächliche Zusammenhang ist vor allem nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Wahrscheinlich ist diejenige Möglichkeit, der nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Umstände gegenüber jeder anderen Möglichkeit ein deutliches Übergewicht zukommt, d. h. dass unter Berücksichtigung der herrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen den behaupteten ursächlichen Zusammenhang spricht. Ist ein Sachverhalt nicht beweisbar oder ein Kausalzusammenhang nicht wahrscheinlich zu machen, so hat nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast (Feststellungslast) der Beteiligte die Folgen zu tragen, der aus dem nicht festgestellten Sachverhalt bzw. dem nicht wahrscheinlich gemachten Zusammenhang Rechte für sich herleitet (BSG, Urteil vom 29. März 1963 - [2 RU 75/61](#) - [BSGE 19, 52](#); BSG, Urteil vom 31. Oktober 1969 - [2 RU 40/67](#) - [BSGE 30, 121](#); BSG, Urteil vom 20. Januar 1977 - [8 RU 52/76](#) - [BSGE 43, 110](#)).

Die MdE ist gemäß [§ 30 Abs. 1 BVG](#) nach der körperlichen und geistigen Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben zu beurteilen. Dabei sind seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen. 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 ist. Vorübergehende Gesundheitsstörungen sind nicht zu berücksichtigen. Als vorübergehend gilt ein Zeitraum von bis zu 6 Monaten ([§ 30 Abs. 1 Sätze 1 bis 4 BVG](#)).

Beschädigtenrente wird ab einer MdE um 25 v. H. gewährt ([§ 31 Abs. 1 und 2 BVG](#)).

Der Senat ist unter Würdigung der Ergebnisse der umfassenden medizinischen Beweiserhebung zu der Überzeugung gelangt, dass der Beklagte zutreffend die Erwerbsminderung des Klägers gemäß § 30 Abs. 1 BVG mit 60 v. H. und die schädigungsbedingte Gesamt-MdE unter Berücksichtigung der besonderen beruflichen Betroffenheit des Klägers mit 70 v. H. bewertet hat.

Dabei stützt sich der Senat in Bezug auf das psychiatrische Fachgebiet auf das im Wesentlichen schlüssige und gut nachvollziehbare Gutachten des Sachverständigen R. vom 9. Dezember 2004. Danach leidet der Kläger an einer posttraumatischen Belastungsstörung und an einem leicht ausgeprägten depressiven Syndrom. Nach Einschätzung des Senats sind diese Gesundheitsstörungen wesentlich ursächlich auf das Ereignis vom 9. August 1996 zurückzuführen. Für die Entstehung eines Belastungssyndroms geeignete prätraumatische Geschehen sind nicht nachgewiesen. Ob beim Kläger eine psychiatrische Vorerkrankung vorlag oder nicht, lässt der Senat offen. Mit dieser Frage hat sich bereits Prof. Dr. T. in seinem Gutachten vom 7. Juli 1999 ausführlich auseinandergesetzt und für den Senat nachvollziehbar ausgeführt, dass es sich bei dem schädigenden Ereignis nicht nur um einen Auslöser, sondern um eine Ursache des vorhandenen Störungsbildes, das er mit Angst, Panik, Depression, Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen, resultierend aus dem traumatischen Erlebnis, umschrieben hat, gehandelt habe. Indem Prof. Dr. T. den Verursachungsanteil des schädigenden Ereignisses mit 70 v. H. angegeben hat, hat er zum Ausdruck gebracht, dass es sich dabei um einen wesentlichen Verursachungsanteil im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts gehandelt hat. Daher hat auch Dr. H. in der vā Stellungnahme vom 24. Juli 2001 keinen Anlass für die Annahme einer relevanten Vorerkrankung des Klägers gesehen. Einen wesentlichen Verursachungsanteil für die Depression hat auch der Sachverständige R. in seinem Gutachten vom 9. Dezember 2004 gesehen, indem er für den Anteil einer vorbestehenden Dysthymie und den Anteil der durch die Schädigung bedingten depressiven Symptomatik jeweils einen Wert von 50 v. H. angenommen hat. Damit gilt nach dem im sozialen Entschädigungsrecht geltenden "Alles-oder-nichts-Prinzip" die gesamte - in der posttraumatischen Belastungsstörung bestehende und daher nach zutreffender Ansicht von Dr. H. in der vā Stellungnahme vom 15. März 2000 nicht gesondert als Schädigungsfolge aufzuführende - depressive Symptomatik als Schädigungsfolge. Der Senat hat daher keine Veranlassung gesehen, dem Hilfsantrag stattzugeben und zur Vorerkrankungsproblematik bei Dr. K. Ermittlungen durchzuführen. Noch weniger hat sich der Senat veranlasst gesehen, ein weiteres Gutachten einzuholen. Entgegen der Ansicht des Klägers erweckt das Gutachten des Sachverständigen R. vom 9. Dezember 2004 nicht den Anschein, er habe Vorbehalte gegen homosexuelle Männer. Vielmehr hat Dr. R. die Aktenlage sehr sorgfältig aufgearbeitet, das Störungsbild des Klägers ausführlich beschrieben und die Schädigungsfolgen unter Abwägung der relevanten Gesichtspunkte objektiv eingeschätzt.

Nach den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht 2004 (AP) beträgt die MdE für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen 0-20, für stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) 30-40, für schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten 50-70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten 80-100 (AP 26.3, Seite 48). Nach Einschätzung des Senats liegt beim Kläger allenfalls eine die MdE um 50 v. H. bedingende schwere Störung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsstörungen im unteren Bereich vor. Die Gesundheitsbeeinträchtigung des Klägers ist nicht derart erheblich ausgeprägt, dass von einer höheren MdE auszugehen wäre. Dies ergibt sich für den Senat nachvollziehbar aus dem vom Kläger geschilderten Tagesablauf. So geht er immerhin 4x wöchentlich zur Physiotherapie, 2-3x wöchentlich zum Fitnesstraining, 2x wöchentlich zu Bekannten zum Essen und 1x wöchentlich zum Hirnleistungstraining. Außerdem hat der Kläger angegeben, vermehrte soziale Kontakte zu haben, sich 2 Stunden wöchentlich beim Evangelischen Jugendwerk ehrenamtlich zu engagieren und aktiv bei der Opferstiftung mitzuarbeiten. Hieraus schließt der Senat, dass der Kläger über ausreichende soziale Kontakte verfügt und in seiner Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht derart eingeschränkt ist, dass eine höhere MdE als 50 v. H. auf psychiatrischem Fachgebiet anzunehmen wäre. Mit dieser Einschätzung korrespondiert auch die gegenüber dem Sachverständigen R. gemachte Angabe des Klägers, er sei zum letzten Mal "vor einem 3/4 Jahr" depressiv gewesen und sei "im Moment" nicht depressiv. Daher hält der Senat die psychiatrisch-neurologisch einzuschätzende MdE unter Einschluss der vom Kläger geschilderten medikamentös behandelten - epileptischen oder psychogenen - Anfälle im Bereich der linken Körperhälfte mit 50 v. H. für ausreichend bewertet. Der Senat hat auch keine Anhaltspunkte dafür, dass sich der Kläger zwischen Antragstellung und Begutachtung im November 2004 in einem wesentlich schlechteren Gesundheitszustand befunden haben könnte. So hat Dr. M.-W. in ihrem Gutachten vom 17. Dezember 1997 die Belastungsstörung und die Depression mit einer MdE um 50 v. H. bewertet. Eine höhere MdE-Bewertung für die Vergangenheit ergibt sich nach Einschätzung des Senats auch nicht aus den Entlassungsberichten über die stationären Behandlungen des Klägers in diesem Zeitraum und den im Rahmen des Rentenverfahrens erstellten Gutachten.

Da beim Kläger auf chirurgischem Fachgebiet keine rentenerhöhend zu berücksichtigende MdE (Gutachten von Dr. B. vom 18. November 1997), auf kieferchirurgischem Fachgebiet allenfalls eine MdE um 10 v. H. (Gutachten von Prof. Dr. Dr. W. vom 12. November 1999 und vā Stellungnahme von Dr. H. vom 15. März 2000), auf zahnärztlichem Fachgebiet keine rentenerhöhend zu berücksichtigende MdE (vā Stellungnahme von Dr. H. vom 15. März 2000) und auf augenfachärztlichem Fachgebiet eine MdE um 15 v. H. vorliegt (Gutachten von Prof. Dr. W. vom 10. Januar 1999), beträgt unter Berücksichtigung einer MdE um 10 v. H. wegen besonderer beruflicher Betroffenheit die Gesamt-MdE beim Kläger 70 v. H.

Daher ist der nach [§ 96 SGG](#) zum Gegenstand des Klageverfahrens gewordene Bescheid vom 26. Juli 2001, der die Bescheide vom 13. Februar 1998 und vom 23. April 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. März 2000 ersetzt hat, rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Deshalb hat das SG mit Gerichtsbescheid vom 28. März 2006 zu Recht die hiergegen erhobene Klage abgewiesen. Da sich die Gesamt-MdE im Rahmen des Klageverfahrens nicht wegen einer Verschlimmerung der Schädigungsfolgen, sondern wegen einer besonderen beruflichen Betroffenheit von 60 auf 70 v. H. erhöht hat, hat das SG auch zu Recht entschieden, dass der Beklagte außergerichtliche Kosten des Klägers nicht zu erstatten hat.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht erfüllt sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved
2007-08-08