L 6 VG 2321/03

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 10 VG 2835/99

Datum

18.05.2001

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 VG 2321/03

Datum

16.07.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts F. vom 18. Mai 2001 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten streitig, ob beim Kläger weitere Schädigungsfolgen anzuerkennen sind und ihm deshalb Entschädigungsleistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) nach einem Grad der Schädigungsfolge (GdS - vgl. § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes [BVG] i. d. F. des Gesetzes zur Änderung des BVG und anderer Vorschriften des Sozialen Entschädigungsrechts vom 13. Dezember 2007, [BGBl. I, S. 2904](#), 2909, bis 20. Dezember 2007 Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE]) um zumindest 25 vom Hundert (v.H.) bzw. wie von ihm begehrt, nach einer höheren MdE bzw. einem höheren GdS zu gewähren ist.

Der 1960 geborene Kläger wurde am 31. Juli 1993 Opfer einer Gewalttat, indem er nach einem Diskothekenbesuch in S. von drei unbekanntenen Männern aus einem Taxi gezogen und durch Faustschläge ins Gesicht erheblich verletzt wurde.

Die Erstbehandlung wurde in der HNO-Klinik des Klinikums der H. S. durchgeführt, wobei folgende Diagnosen gestellt wurden: Kontusion Mittelgesicht mit zentraler Mittelgesichtsfraktur, Hämatosinus beidseits bei Imprimation der facialis Kieferhöhlenwand links. Vom 01. bis 21. August 1993 wurde der Kläger stationär in der Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität G. weiter behandelt. In dem entsprechenden Arztbericht vom 21. August 1993 sind als Verletzungen ein Schädel-Hirn-Trauma 1. Grades sowie eine doppelseitige Le-Fort II-Fraktur mit kombinierter Jochbeinfraktur links beschrieben. Am 03. August 1993 wurde die Verletzung operativ behandelt (offene Reposition und Miniplattenosteosynthese, Einstellung der Okklusion mit dentaler Schienung und intermaxillärer Fixierung). Der Heilungsverlauf wurde als komplikationslos beschrieben. Der Kläger wurde auf eigenen Wunsch vorzeitig aus der stationären Behandlung entlassen und stellte sich am 23. August 1993 zur weiteren Behandlung in der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im Klinikum der Universität F. vor, wo die Behandlung bis 03. September 1993 fortgeführt wurde. Dabei wurde die intermaxilläre Fixation entfernt und die gestörte Okklusion durch Einschleifen von Frühkontakten gebessert. Weitere ambulante Behandlungen fanden nach Angaben des Klägers bei dem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen Dr. S. im Kreiskrankenhaus Offenburg sowie bei dem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen Dr. U. in F. statt. Wegen den insoweit beschriebenen Unfallfolgen war der Kläger bis 24. September 1993 arbeitsunfähig und nahm dann seine Tätigkeit als Verwaltungsfachangestellter im Bauamt der Stadt L. wieder auf, wobei er in der Folgezeit mehrfach kurzzeitig wegen Infektionserkrankungen arbeitsunfähig war.

Am 08. Januar 1996 trat Arbeitsunfähigkeit wegen eines allgemeinen Erschöpfungszustandes ein, die bis 26. Januar 1996 andauerte. Ab 15. April 1996 war der Kläger erneut arbeitsunfähig, und zwar wegen vegetativer Dystonie, allgemeiner Erschöpfung und reaktiver Depression (vgl. Leistungsverzeichnis der B. vom 12. Januar 2004). Insoweit war es beim Kläger im Januar 1996 zu einer psychischen Dekompensation gekommen. Bei dem behandelnden Arzt für Allgemeinmedizin Dr. Sch. hatte er seinerzeit über eine extreme berufliche Belastungssituation geklagt. Am 17. April 1996 fand Dr. Sch. dann das Bild einer Psychose mit ausgeprägten Störungen der formalen Denkinhalte, weshalb sich der Kläger bei dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. J. vorstellte, der ihn bis zum 26. März 1997 ambulant behandelte. Die erstmalig im Januar 1996 aufgetretene psychotische Krise mit Verlust des Realitätsbezugs, wahnhaften Äußerungen und schweren Schlafstörungen sah Dr. J. im Rahmen einer beruflichen Konflikt-/Überforderungssituation sowie einer familiären Abhängigkeit bzw.

Ablösungsproblematik. Vom 07. Januar bis 18. März 1997 wurde der Kläger in der Klinik O., Fachklinik für psychogene Erkrankungen, unter der Diagnose einer akuten Belastungsreaktion stationär behandelt, wobei die Entlassung als arbeitsunfähig erfolgte. Die dort behandelnden Ärzte erachteten eine stufenweise Wiedereingliederung für notwendig und sinnvoll; hierzu sah sich der Kläger in der Folgezeit jedoch nicht in der Lage. Ab Juni 1997 wechselte der Kläger von Dr. J. in die Behandlung des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. B., bei dem er sich regelmäßig mindestens einmal monatlich vorstellte. Dieser ging beim Kläger von einer schweren Persönlichkeitsstörung aus mit vielerlei organischen Störungen und Zwängen, wobei auch eine schwere neurotische Depression vorliege, die Grenze zu einer möglichen Psychose allerdings verwaschen sei. Der Kläger nahm auch in der Folgezeit seine berufliche Tätigkeit nicht wieder auf. Weitere stationäre Behandlungen wurden nicht durchgeführt. Zwischenzeitlich ist es beim Kläger zu einem Zustand mit erheblichen Vitalitätseinbußen (extreme Erschöpfung, Antriebsarmut, Niedergeschlagenheit, kein Kontakt zur Umwelt, undefinierbare Ängste, verflachter Affekt, in den Emotionen nicht schwingungsfähig) gekommen, wobei die Bedürfnisse auf ein Minimum reduziert sind. Er lebt ständig zurückgezogen bei seinen Eltern. Sein Zustand wurde von Dr. B. im Januar 2004 als "eine Form der langsamen Selbstvernichtung" beschrieben.

Am 23. Februar 1994 ging bei der B. der Antrag des Klägers auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem OEG ein. Dabei machte er als Folgen des "Rohheitsdelikts" vom 31. Juli 1993 schwere Mittelgesichtsfrakturen mit kombinierter Jochbeinfraktur geltend. Die Folgen beschrieb er folgendermaßen: Verschiebung der Zahnreihen und des Kieferbereichs, Schwierigkeiten bei fester Nahrungsaufnahme, rechtes Kiefergelenk spannt/schmerzt, Biss ist verschoben. Er legte den Arztbericht des Klinikums G. vom 21. August 1993 sowie die Mitteilung der Staatsanwaltschaft S. vor, wonach das eingeleitete Ermittlungsverfahren eingestellt worden sei, weil der Täter nicht habe ermittelt werden können. Das Versorgungsamt S. (VA), an das der Antrag zuständigkeitshalber weiter geleitet worden war, zog die Ermittlungsakte der Staatsanwaltschaft S. (517 UJs 887/94) sowie den Kurzbrief der HNO-Klinik vom 01. August 1993 bei, holte die Befundberichte des Zahnarztes Dr. B. vom 16. Mai 1995 und des Dr. Sch. vom 24. Mai 1995 ein, zog die im Universitätsklinikum F. angefallenen Behandlungsunterlagen bei und holte die schriftliche Auskunft des Tatzeugen K. H. vom 22. Juli 1995 ein. Es beauftragte ferner Prof. Dr. Sch., Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie im Universitätsklinikum F., mit der Erstattung eines Gutachtens, das dieser jedoch unerledigt zurückgab, weil der Kläger zu zwei Untersuchungsterminen nicht erschienen war. Mit Bescheid vom 14. Januar 1997 lehnte das VA eine Versorgung nach dem OEG mit der Begründung ab, der Kläger sei den Einladungen zur gutachtlichen Untersuchung des Klinikums F. am 26. März und 16. April 1996 ohne Angabe von Gründen nicht nachgekommen, weshalb ein Versagungstatbestand im Sinne des § 2 Abs. 2 OEG vorliege, da er an der Aufklärung des Sachverhalts nicht mitgewirkt habe. Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger schwerwiegende gesundheitliche Gründe für sein Nichterscheinen geltend und führte aus, seine Gesundheit sei durch das Rohheitsdelikt vom 31. Juli 1993 "sehr stark in einen körperlich wie psychischen instabilen Zustand geraten". Der sodann mit einem mund-kiefer-gesichtschirurgischen Fachgutachten beauftragte Ärztliche Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Prof. Dr. Dr. Sch. führte in seinem Gutachten vom 28. Februar 1998 aus, als Verletzungsfolgen lägen eine mit geringfügiger transversaler Verlagerung abgeheilte Mittelgesichtsfraktur mit stomatognathen Dysfunktion und einer Sensibilitätsstörung im Ausbreitungsgebiet des Nervus infraorbitalis links vor; die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätzte er seit 01. November 1993 auf 10 vom Hundert (v.H.). Im Hinblick auf die ersichtlichen Hinweise auf das Vorliegen eines posttraumatischen Belastungssyndroms regte er eine ergänzende nervenfachärztliche Begutachtung an. Nach Einholung von Befundberichten bei dem Facharzt für Innere Krankheiten Dr. Sch. vom 11. Mai 1998, der Heilpraktikerin Sch. vom 08. Juni 1998, des Dr. Sch. vom 17. Juni 1998, des Dr. B. vom 15. August 1998 sowie des Attestes des Dr. Sch. vom 28. Januar 1999 und Beiziehung des Entlassungsberichts der Klinik O. vom 27. März 1997 veranlasste das VA das nervenärztlich-psychotherapeutische Gutachten der Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin Dr. B. vom 25. März 1999. Diese gelangte nach Untersuchung des Klägers im Versorgungsamt F. am 29. Januar 1999 zu der Beurteilung, dass beim Kläger ein schädigungsunabhängiges psychiatrisches Leiden bestehe, das anhand der verfügbaren Unterlagen und bei den nur lückenhaft zu erhebenden Befunden anlässlich der durchgeführten Untersuchung diagnostisch nicht eingeordnet werden könne. Es liege eine schwere Störung mit zumindest mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten vor, die mit einer MdE um 70 v.H. zu bewerten seien. Bei der jetzt berichteten Symptomatik handle es sich teils um unspezifische Symptome wie Einschlafstörungen, Körperbeschwerden, innerliche Unruhe und Nervosität sowie Konzentrationsstörungen, wobei der Kläger daneben auch von Alpträumen, phobischen Ängsten und sich aufdrängenden Erinnerungen an die Gewalttat berichtet habe und Auslöser, die ihn an die Gewalttat erinnern könnten, vermeide. Hierbei handle es sich um Symptome, wie sie im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung auftreten könnten. Unklar bleibe jedoch, warum der Kläger diese Beschwerden weder gegenüber Dr. J., noch während seines Aufenthalts in der Klinik O. erwähnt habe. Aufgrund mangelnder Kooperation bei der Untersuchung habe sich ein Bild der Primärpersönlichkeit des Klägers oder ein überzeugendes Bild des Verlaufs der Erkrankung seit dem schädigenden Ereignis nicht gewinnen lassen. Es könne jedoch davon ausgegangen werden, dass sich die im April 1996 erstmals manifestierende psychiatrische Erkrankung mit rezidivierenden psychotischen Episoden und anhaltender Arbeitsunfähigkeit ursächlich nicht auf den Überfall zurückführen lasse. Für einen solchen Kausalzusammenhang gebe es weder anamnestisch noch in den vorliegenden Berichten irgendwelche Hinweise. Mit Wahrscheinlichkeit könne aber angenommen werden, dass im Rahmen dieser schädigungsunabhängigen psychiatrischen Erkrankung sich das traumatische Erlebnis wieder reaktualisiert und zu den berichteten Gedankenintrusionen und phobischen Ängsten geführt habe, wobei zu diesen aber auch die psychiatrische Erkrankung beigetragen haben dürfte; eine Abgrenzung sei hier nicht möglich. Eine auf den Überfall zurückzuführende Symptomatik könne nur im Sinne einer Verschlimmerung anerkannt werden, wobei der Verschlimmerungsanteil angesichts der Schwere der psychiatrischen Erkrankung mit erheblichen psychosozialen Auswirkungen mit nicht mehr als 20 v.H. zu veranschlagen sei. Ohne das schädigungsunabhängige psychiatrische Leiden bestünde durch die Schädigungsfolgen keine wesentliche Beeinträchtigung. In seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 20. April 1999 sah es der Leitende Versorgungsarzt Dr. F. nicht für hinreichend wahrscheinlich an, dass die erst 1996 aufgetretenen seelischen Störungen in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis vom 31. Juli 1993 stünden. Gegen den ursächlichen Zusammenhang spreche nicht nur der fehlende angemessene zeitliche Zusammenhang, sondern auch die Art der bestehenden psychischen Störungen, die von den behandelnden Ärzten als Psychose oder psychotische Krise bezeichnet worden seien. Auch vom Kläger selbst sei als Ursache ein Erschöpfungszustand nach dienstlicher Belastung angegeben worden. Selbst bei der 11-wöchigen Kur Anfang 1997 habe er lediglich Beschwerden im Sinne einer Belastungs-/Überlastungsreaktion geschildert. Mit Abhilfebescheid vom 21. Mai 1999 anerkannte das VA als Folge einer Schädigung "geringfügige Verlagerung des Oberkiefers nach rechts bei abgeheilter Mittelgesichtsfraktur, folgende Gebissfunktionsstörungen; Sensibilitätsstörung im Gesicht links (Bereich des Nervus infraorbitalis links); Narbe im Bereich der Augenbraue links" hervorgerufen durch schädigende Einwirkungen im Sinne des § 1 OEG an. Dadurch werde eine MdE von weniger als 25 v.H. verursacht. Mit Widerspruchsbescheid vom 17. August 1999 wurde der Widerspruch im Übrigen mit der Begründung zurückgewiesen, die psychischen Beeinträchtigungen könnten nicht mit der im Versorgungsrecht erforderlichen Wahrscheinlichkeit als weitere Schädigungsfolge anerkannt werden.

Dagegen erhob der Kläger am 23. September 1999 beim Sozialgericht F. (SG) zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle

Klage und kündigte an, eine detaillierte Begründung nachzureichen. Hierzu sah er sich in der Folgezeit aufgrund seines Gesundheitszustandes allerdings nicht mehr in der Lage. Zu dem auf 05. Mai 2000 anberaumten Termin zur mündlichen Verhandlung legte er das Attest des Dr. B. vom 02. Mai 2000 vor, wonach er wegen einer schweren depressiven Störung zur Zeit reise- und vernehmungsunfähig sei. Den auf 04. August 2000 anberaumten Termin nahm er unter Bezugnahme auf das erwähnte Attest mit dem Hinweis, an seiner Gesundheitslage habe sich bisher nichts geändert, erneut nicht wahr. Zu dem für den 18. Mai 2001 anberaumten Termin legte der Kläger die Bescheinigung des Dr. A. vom 14. Mai 2001 vor, wonach er unter erheblichen psychischen Beschwerden leide, eine Aussage bei dem Gerichtstermin mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen werde und mit einer entsprechenden Besserung in absehbarer Zeit nicht zu rechnen sei. Der Beklagte trat der Klage unter Vorlage seiner Verwaltungsakten entgegen. Mit Urteil vom 18. Mai 2001 änderte das SG den Bescheid vom 14. Januar 1997 in der Gestalt des Teilhabhilfebescheids vom 21. Mai 1999 und des Widerspruchsbescheids vom 17. August 1999 ab und verurteilte den Beklagten, als weitere Schädigungsfolge "seelisches Leiden" im Sinne einer Verschlimmerung anzuerkennen und dem Kläger ab 01. Februar 1994 Rente nach einer MdE um 25 v.H. zu gewähren. Zur Begründung führte das SG aus, neben den mit einer Einzel-MdE um 10 v.H. zu bewertenden kieferchirurgischen Beeinträchtigungen sei im Sinne einer Verschlimmerung ein seelisches Leiden anzuerkennen, das mit einer Einzel-MdE um 20 v.H. zu bewerten sei. Daraus sei eine Gesamt-MdE von 25 v.H. zu bilden. Wegen der Einzelheiten der Begründung wird auf den Inhalt des dem Beklagten am 10. August 2001 gegen Empfangsbekanntnis zugestellten und am 06. August zum Zwecke der Zustellung an den Kläger mit Übergabe-Einschreiben zur Post gegebenen Urteils verwiesen.

Dagegen wandte sich der Beklagte mit seiner am 28. August 2001 beim Landessozialgericht (LSG) eingelegten Berufung (L 6 VG 3545/01), mit der er geltend machte, von der Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhangs zwischen der Gewalttat aus dem Jahr 1993 und dem zwischenzeitlich bestehenden seelischen Leiden könne schon wegen des fehlenden zeitlichen Zusammenhangs nicht ausgegangen werden. Schließlich sei eine Erstmanifestation von psychischen Leiden erst ab April 1996 aktenkundig. Gegen einen ursächlichen Zusammenhang spreche außer der Latenz von über 2 ½ Jahren die Art der psychischen Erkrankung, die von dem erstbehandelnden Nervenarzt Dr. J. als psychotische Krise nach beruflicher Konfliktsituation und Abhängigkeit/Ablösungsproblematik und von dem hiernach behandelnden Facharzt Dr. B. als eine "mit Psychose angefangene schwere zwangsneurotisch depressive Störung" bezeichnet worden sei. Auch der Gutachterin Dr. B. sei eine diagnostische Zuordnung anhand der vorliegenden Informationen und Befunde nicht möglich gewesen.

Am 06. September 2001 legte auch der Kläger Berufung gegen das Urteil des SG ein, wobei er darauf hinwies, dass es sein gesundheitlicher Zustand gegenwärtig nicht zulasse, eine Besprechung mit seinem Bevollmächtigten durchzuführen oder eine gutachtliche Untersuchung durchzustehen. Angesichts dessen wurde mit Beschluss vom 24. Juni 2002 das Ruhen des Verfahrens angeordnet.

Der Beklagte rief das Verfahren wieder an, das nunmehr unter dem Aktenzeichen [L 6 VG 2321/03](#) geführt wird. Er legte die versorgungsärztlichen Stellungnahmen der Medizinaloberärztin N vom 27. Februar 2006 und 23. Januar 2007 vor.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts F. vom 18. Mai 2001 aufzuheben und die Klage abzuweisen sowie die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts F. vom 18. Mai 2005 abzuändern und den Beklagten unter Abänderung des Bescheids vom 14. Januar 1997 in der Gestalt des Teilhabhilfebescheids vom 21. Mai 1999 und des Widerspruchsbescheids vom 17. August 1999 zu verurteilen, im Sinne einer Verschlimmerung als weitere Schädigungsfolge "starke Non-Okklusion mit fast generalisiertem offenen Biss", "erhebliche Sehstörungen im Bereich des linken Auges" sowie "rezidivierende Hornhauterosion am rechten Auge" anzuerkennen und die Rente ab 1. Februar 1994 nach einem GdS von 50 und ab 1. Januar 2002 nach einem GdS von 80 zu gewähren, sowie die Berufung des Beklagten zurückzuweisen.

Der Kläger hat sich weiterhin nicht in der Lage gesehen, an einer gutachtlichen Untersuchung teilzunehmen, da dies zu einer lebensbedrohlichen Situation führen könne. Er hat zahlreiche Unterlagen vorgelegt. Mit Schriftsatz vom 18. Mai 2007 hat er geltend gemacht, seit 1. Januar 2002 sei eine weitere Verschlimmerung eingetreten, weshalb als weitere Schädigungsfolgen "starke Non-Okklusion mit fast generalisiertem offenen Biss", "erhebliche Sehstörungen im Bereich des linken Auges", sowie "rezidivierende Hornhauterosion am rechten Auge" anzuerkennen seien. Im Unterschied zu der anerkannten geringfügigen Verlagerung des Oberkiefers nach rechts mit Gebissfunktionsstörung liege jetzt eine Non-Okklusion vor, wobei ein fast offener Biss bestehe. Ein Okklussionskontakt bestehe nur noch auf den Zähnen 27 und 37. Insoweit hat er das diesen Zustand bestätigende, an ihn gerichtete Schreiben (ohne Datum) des Zahnarztes B. vorgelegt, einschließlich zahlreicher am 3. April 2006 gefertigter Fotos, auf die in dessen Schreiben Bezug genommen wurde und diesem beigelegt waren. Des weiteren lägen nicht mehr lediglich eine Narbe im Bereich der Augenbraue links und eine Sensibilitätsstörung im Gesicht links vor, sondern auch eine rezidivierende Hornhauterosion am rechten und erhebliche Sehstörungen am linken Auge. Diesbezüglich hat er den Arztbrief des Augenarztes Dr. S. vom 3. April 2006 vorgelegt, in dem eine rezidivierende Hornhauterosion am rechten Auge beschrieben ist sowie am linken Auge an typischer Stelle der Hornhaut ein sichelförmiger Bereich mit Sicca-Stippung, der vermutlich durch mangelhaften Lidschluss im Nachtschlaf verursacht sei. Ursächlich für den mangelnden Lidschluss beider Augen im Nachtschlaf sei - so der Kläger - die bei dem Gewaltereignis erlittene Mittelgesichtsfraktur. Wegen dieser Problematik stehe er bereits seit 1995 in augenärztlicher Behandlung, wodurch der zeitliche Zusammenhang zu dem in Rede stehenden Ereignis dokumentiert sei. Soweit er sich wegen eines Fremdkörpers von einer Bürste am 3. April 1995 in die Behandlung der Augenärztin W. begeben habe, sei die diesbezügliche Behandlung am 20. April 1995 abgeschlossen gewesen, was durch den in Kopie vorgelegten Auszug aus der Krankenakte der Augenärztin W. bestätigt werde. Es seien im Übrigen auch Gesichtsfeldausfälle festgestellt worden, die ebenso wie die sonstigen Sehstörungen Folgen der Gewalttat seien. Insoweit hat sich der Kläger auf die Ausführungen der Augenärztin W. in dem vorgelegten Schreiben vom 5. Oktober 2007 bezogen. Auch hinsichtlich der anerkannten Schädigungsfolgen sei eine Verschlimmerung eingetreten, wobei das seelische Leiden zu Migräneanfällen und permanenten Erschöpfungszuständen führe und eine Verstärkung des Angstempfindens zu verzeichnen sei. Diese Verschlimmerung des seelischen Leidens sei ebenfalls auf die Gewalttat zurückzuführen. Auch bestehe ein Zusammenhang zwischen der Augenproblematik und der Schlaflosigkeit sowie den Migräneschüben. Insgesamt habe sich sein Gesundheitszustand so weit verschlimmert, dass eine Infusionsbehandlung sowie die Einschaltung eines Pflegedienstes notwendig geworden sei. Ab 1. Januar 2002 betrage die MdE daher zumindest 80 v.H.

Der Senat hat Dr. Sch. unter dem 16. Dezember 2003, Dr. J. unter dem 22. Dezember 2003, Dr. B. unter dem 05. Januar 2004, die Allgemeinmedizinerin Dr. J. unter dem 09. Januar 2004, Dr. A. unter dem 01. Februar 2004 und den Internisten Dr. Sch. unter dem 12. Februar 2004 schriftlich als sachverständige Zeugen angehört und die Akten der beim SG anhängig gewesenen Rentenverfahren S 11 RA 2029/98 und S 11 RA 3072/02, einschließlich der Verwaltungsakten der früheren Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) beigezogen, insoweit insbesondere das für die BfA durch den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. R. erstattete Gutachten zum Rentenantrag vom 13. November 1997 und die auf Veranlassung des SG eingeholten Gutachten des Arztes für Psychiatrie und Neurologie Dr. H., Zentrum für Psychiatrie E., vom 29. Juli 1999 aufgrund der ambulanten Untersuchung vom 25. Juni 1999 sowie das Gutachten nach Aktenlage des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. vom 10. Oktober 2003. Er hat ferner das Gutachten nach Aktenlage des Dr. K., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. Juli 2005 einschließlich seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13. November 2006 erhoben. Darin äußerte der Sachverständige den Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (differenzialdiagnostisch: gemischte schizoaffektive Störung) sowie den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (differenzialdiagnostisch: schizophreses Residuum). Aufgrund der in den Akten befindlichen zum Teil wesentlich voneinander abweichenden Symptom- und Krankheitsbeschreibungen im psychiatrischen Fachgebiet und der nicht eindeutigen Chronologie der Ausbildung der Symptomatik sei es nicht möglich, eine eindeutige Diagnose zu stellen. Es gebe verschiedene Möglichkeiten, die ursächlichen Zusammenhänge der bestehenden Angstsymptomatik zu erklären, wobei diese als Folge des traumatischen Ereignisses aufgetreten sein könne. Vor allem bei einer primär chronischen Verlaufsform der wahnhaft halluzinatorischen Psychosesymptomatik, wie sie mehrfach beschreiben worden sei, könne es allerdings auch zu erheblichen sog. Wesensveränderungen kommen, weshalb ebenfalls schlüssig sei, die bestehende Angst- und Rückzugssymptomatik unter die durch die psychotisch-schizoforme Störung verursachte Symptomatik einzuordnen. Da dieser Erklärungsansatz die spezifische Symptomatik der posttraumatischen Störung allerdings außer Acht lasse, werde der erstgenannte Erklärungsansatz favorisiert. Darüber hinaus hat der Senat im Hinblick auf die mit Schriftsatz vom 18. Mai 2007 geltend gemachte weitere Verschlimmerung seit 1. Januar 2002 den Zahnarzt B. schriftlich als sachverständigen Zeugen angehört (Auskunft ohne Datum, Eingang 27. Juli 2007), des weiteren die Augenärzte Dr. S. und W., die sich unter dem 8. August bzw. 14. September 2007 geäußert haben. Der Senat hat ferner das Gutachten des Prof. Dr. Dr. Sch., Ärztlicher Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universitätsklinik für Zahn, Mund- und Kieferheilkunde, vom 30. Mai 2008 erhoben, der sich ohne persönliche Untersuchung des Klägers zur Frage einer Verschlechterung der Bissituation nicht zu äußern vermochte.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegten Berufungen des Beklagten und des Klägers sind jeweils statthaft und zulässig; allerdings ist lediglich die Berufung des Beklagten begründet, während die des Klägers unbegründet ist.

Das SG hätte den Beklagten nicht verurteilen dürfen, als weitere Schädigungsfolge "seelisches Leiden" festzustellen und dem Kläger eine Rente nach einer MdE um 25 v.H. ab 01. Februar 1994 zu gewähren. Denn es ist nicht festzustellen, dass die am 31. Juli 1993 erlittene Gewalttat beim Kläger im Sinne einer Verschlimmerung tatsächlich zu einem seelischen Leiden geführt hat, die als solche mit einer MdE um 20 v.H. bewertet werden könnte. Mit seinem Berufsbegehren, den entsprechenden Verschlimmerungsanteil höher zu bewerten und die MdE insgesamt zunächst ab 1. Februar 1994 mit 50 v.H. festzusetzen, konnte der Kläger daher keinen Erfolg haben. Entsprechendes gilt auch für sein weitergehendes Begehren, die Beschädigtenrente ab 1. Januar 2002 im Hinblick auf die geltend gemachte weitere Verschlimmerung dieses seelischen Leidens nach einer noch höheren MdE zu gewähren. Darüber hinaus kommt die Gewährung von Beschädigtenrente auch nicht deshalb in Betracht, weil weitere Schädigungsfolgen festzustellen sind, mit denen unter Berücksichtigung der bereits anerkannten Schädigungsfolgen eine MdE in einem rentenberechtigenden Ausmaß erreicht würde. Denn als weitere Schädigungsfolgen sind weder eine "starke Non-Okklusion mit fast generalisiertem offenen Biss" noch "erhebliche Sehstörungen im Bereich des linken Auges" oder eine "rezidivierende Hornhauterosion am rechten Auge" festzustellen. Auch insoweit konnte die Berufung des Klägers daher keinen Erfolg haben.

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 (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 22. September 1977 - [10 RV 15/77](#) - [BSGE 45, 1](#); BSG, Urteil vom 19. März 1986 - [9a RV 1 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](#)).

Der Kläger leidet an einer schweren seelischen Störung mit ausgeprägten Vermeidungstendenzen und sozialem Rückzug, wobei zwischenzeitlich ein vital bedrohliches Krankheitsbild entstanden ist. Dass diese beim Kläger vorliegende seelische Störung in dem oben dargelegten Sinn nicht wesentlich ursächlich auf die erlittene Gewalttat vom 31. Juli 1993 zurückzuführen ist, steht zwischen den Beteiligten nicht im Streit. Denn wie der Kläger mit seinem Antrag im Berufungsverfahren zum Ausdruck bringt, geht er in Übereinstimmung mit der Beurteilung des SG auch selbst davon aus, dass sein seelisches Leiden nicht ursächlich auf die Gewalttat vom 31. Juli 1993 zurückzuführen

ist und damit nicht als Schädigungsfolge im Sinne der Hervorrufung anerkannt werden kann, eine Anerkennung vielmehr lediglich im Sinne einer Verschlimmerung in Betracht kommt, wie dies auch das SG in dem angefochtenen Urteil entschieden hat. Der Kläger vertritt im Berufungsverfahren insoweit lediglich die Auffassung, dass die vom SG für das seelische Leiden zugrunde gelegte Teil-MdE um 20 v.H. dem Verschlimmerungsanteil nicht hinreichend Rechnung trage, dieser zusammen mit der Teil-MdE für die mit Abhilfebescheid vom 21. Mai 1999 anerkannten Folgen der Schädigung vielmehr ab 1. Februar 1994 eine Gesamt-MdE um 50 v.H. rechtfertige und für die Zeit ab 1. Januar 2002 wegen einer weiteren Verschlimmerung der seelischen Störung sowie wegen der geltend gemachten zusätzlichen Schädigungsfolgen eine noch höhere MdE.

Entgegen dieser Auffassung des Klägers sowie der Beurteilung des SG vermag der Senat nicht festzustellen, dass die beim Kläger vorliegende seelische Störung im Sinne einer Verschlimmerung auf die in Rede stehende Gewalttat vom 31. Juli 1993 zurückzuführen ist. Nach den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht, Stand 2008 (AHP) kommt die Anerkennung einer Gesundheitsstörung im Sinne der Verschlimmerung dann in Frage, wenn zur Zeit der Einwirkung des schädigenden Vorgangs bereits ein einer Gesundheitsstörung zugehöriges pathologisches physisches oder psychisches Geschehen, wenn auch noch nicht bemerkt, vorhanden war und die äußere Einwirkung entweder den Zeitpunkt vorverlegt hat, an dem das Leiden sonst in Erscheinung getreten wäre, oder das Leiden in schwererer Form aufgetreten ist, als es sonst zu erwarten gewesen wäre (AHP Nr. 42, S. 155). Dabei muss der begutachtende Arzt den regelhaften Ablauf der einzelnen Krankheiten kennen, um beurteilen zu können, ob ein schon bestehendes Leiden durch die behauptete Schädigung verschlimmert worden ist. Er muss abwägen, ob nur die eigengesetzliche Entwicklung eines Leidens vorliegt oder ob schädigende Einwirkungen der Gewalttat als wesentliche Bedingungen einen Einfluss auf die Stärke der Krankheitserscheinungen und auf die Schnelligkeit des Fortschreitens gehabt haben. Nach Nr. 43 der AHP (S. 156) unterscheidet man medizinisch gesehen verschiedene Arten der Verschlimmerung. So kann ein schädigender Vorgang nur vorübergehend zu einer Zunahme des Krankheitswertes und damit zu keiner oder nur zu keiner bleibenden schädigungsbedingten MdE führen; er kann auch anhaltend, aber abgrenzbar den weiteren Krankheitsverlauf beeinflussen und damit zu einer gleichbleibenden schädigungsbedingten MdE führen, jedoch auch den weiteren Krankheitsverlauf richtunggebend bestimmen und damit Anlass zu einer ansteigenden schädigungsbedingten MdE-Bewertung sein. Häufig wird erst nach längerer Beobachtung des Verlaufs zu beurteilen sein, wie weit der Einfluss des schädigenden Vorgangs reicht. Das Ausmaß der Verschlimmerung ist für die Feststellung der MdE von wesentlicher Bedeutung. Hierbei müssen in jedem Fall die durch die Gesundheitsstörung bewirkte Gesamt-MdE sowie die MdE für den Verschlimmerungsanteil durch Schädigungsfolgen und das Ausmaß des Vorschadens angegeben werden.

Voraussetzung für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung, sei es im Sinne der Entstehung oder im Sinne der Verschlimmerung, ist danach zunächst die Feststellung der konkret bestehenden Gesundheitsstörung. In einem nächsten Schritt ist dann der regelhafte Ablauf dieser Erkrankung zu bestimmen, um dann den Einfluss des schädigenden Ereignisses auf die Stärke der Krankheitserscheinungen und die Geschwindigkeit des Fortschreitens bestimmen zu können.

Vorliegend ist bezogen auf die psychischen Gesundheitsstörungen des Klägers jedoch bereits nicht festzustellen, an welchen konkreten seelischen Störungen, die seine Erwerbsfähigkeit mindern, der Kläger leidet. Damit ist der Senat aber weder in der Lage, den regelhaften Verlauf der beim Kläger vorliegenden Erkrankung zu bestimmen, noch den Einfluss der erlittenen Gewalttat auf die konkreten Krankheitserscheinungen und deren Entwicklung.

Während des Klageverfahrens war der Kläger aus gesundheitlichen Gründen zunächst nicht in der Lage, Einsicht in die Akten zu nehmen, um in dem weiteren Verfahren eine Begründung seiner Klage vorzulegen. An den mündlichen Verhandlungen des SG am 05. Mai 2000, 04. August und 18. Mai 2001 konnte er wegen einer fortbestehenden schweren depressiven Störung nicht teilnehmen. Auch während des Berufungsverfahrens war eine Besserung des gesundheitlichen Zustands nicht zu verzeichnen, weshalb der Kläger sich auch nicht in der Lage sah, an einer gutachtlichen Untersuchung mitzuwirken. Vielmehr war seinem Vorbringen zufolge seit Januar 2002 sogar noch eine weitere Verschlimmerung zu verzeichnen. Vor diesem Hintergrund war der Senat lediglich in der Lage, eine Begutachtung nach Aktenlage zu veranlassen, durch die jedoch auch unter Berücksichtigung der zahlreich beigezogenen medizinischen Unterlagen, insbesondere von den behandelnden Ärzten Dr. Sch., Dr. J. und Dr. B. sowie der darüber hinaus in dem Rentenverfahren des Klägers erhobenen Gutachten des Dr. R. vom 13. November 1997, des Dr. H. vom 29. Juli 1999 und des Dr. G. vom 10. Oktober 2003 nicht geklärt werden konnte, an welcher konkreten Gesundheitsstörung auf psychiatrischem Fachgebiet der Kläger leidet. Dem Vorbringen des Klägers und den vorliegenden medizinischen Unterlagen kann insbesondere auch nicht entnommen werden, dass abgesehen von der Behandlung in der Klinik O. vom 7. Januar bis 18. März 1997 eine stationäre psychiatrische Behandlung stattgefunden hat, so dass auch insoweit keine weiteren Ermittlungsmöglichkeiten mehr bestehen. Der Kläger hat sich letztmals in den Jahren 1998 und 1999 zu gutachtlichen Untersuchungen vorgestellt, wobei insoweit das Gutachten der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. vom 25. März 1999 aufgrund einer Untersuchung im Versorgungsamt F. am 29. Januar 1999 vorliegt, sowie das im Rentenverfahren S 11 RA 2029/98 seitens des SG erhobene Gutachten des Dr. H. vom 29. Juli 1999, der den Kläger am 25. Juni 1999 untersucht hat. Zur sicheren Beurteilung des beim Kläger vorliegenden Krankheitsbildes sahen sich jene Gutachter aber bereits seinerzeit nicht in der Lage.

So führte Dr. B. im Rahmen ihres Gutachtens aus, der Kläger habe bei der Untersuchung insgesamt verschlossen und wenig offen gewirkt, er habe in der biographischen Anamnese seine Lebensgeschichte sehr knapp und als im Wesentlichen ohne Probleme geschildert. Schwierigkeiten am Arbeitsplatz habe er verneint. Psychopathologisch habe sie eine erheblich verminderte affektive Schwingungsfähigkeit beobachtet, wobei eine deutliche Affektisolierung bestanden habe. Auf der Grundlage der ihr vorliegenden Unterlagen ging die Gutachterin dann davon aus, dass der Kläger im April 1996 erstmals an einer psychotischen Episode erkrankte, wobei die Erstmanifestation nach dem Bericht des damals behandelnden Nervenarztes Dr. J. auf dem Hintergrund einer beruflichen Konfliktsituation erfolgt sei, was auch in dem Entlassungsbericht der Klinik O. vom 27. März 1997 bestätigt werde. Dr. J. habe im Übrigen eine Abhängigkeits-/Ablösungsproblematik vermutet. Der Überfall aus dem Jahr 1993 sei weder in dem Bericht von Dr. J. erwähnt noch in jenem der Klinik O. ... Auch der Nervenarzt Dr. B., bei dem der Kläger ab Juni 1997 in Behandlung stand, habe von einem neurotischen Fehlverhalten mit Zwangsgedanken und depressiven Verstimmungen geschrieben, die im Jahre 1997 das erste Mal zu bemerken gewesen und aufgrund von beruflichen und persönlichen Problemen entstanden seien. Dr. B. nahm daraufhin an, dass das vorliegende psychiatrische Krankheitsbild offenbar wechselhaft, mit teils psychotischer, teils neurotisch anmutender Symptomatik verlaufe. Eine genauere diagnostische Zuordnung war ihr aufgrund der ihr vorliegenden Informationen und Befunde nicht möglich, wobei die Beurteilung auch durch die mangelnde Kooperation des Klägers erschwert wurde, der wesentliche Daten nicht mitgeteilt hatte. Die Gutachterin führte weiter aus, dass es sich bei der vom Kläger berichteten Symptomatik teils um unspezifische Symptome wie Einschlafstörungen, Körperbeschwerden, innerliche Unruhe und Nervosität

sowie Konzentrationsstörungen handele, dieser daneben aber auch von Alpträumen, phobischen Ängsten und sich aufdrängenden Erinnerungen an die Gewalttat berichtet habe und Auslöser wie Fernseh- und Zeitungsberichte, die ihn an die Gewalttat erinnern könnten, meide. Hierbei handle es sich um Symptome, wie sich im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung auftreten könnten. Nachdem der Kläger bei dem schädigenden Ereignis zweifellos Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Todesangst erlebt habe, könnten die geschilderten Gedankenintrusionen, Alpträume und phobischen Ängste mit Wahrscheinlichkeit zwar hauptsächlich auf den Überfall aus dem Jahr 1993 zurückgeführt werden, doch bleibe unklar, warum der Kläger diese Beschwerden weder bei Dr. J., noch während seines stationären Aufenthalts in der Klinik O. erwähnt habe. Da der Kläger in dem Überfall die alleinige Ursache für das jetzige Zustandsbild sehe und für eine andere Sichtweise nicht zugänglich erscheine, sei er auch bei der gutachtlichen Untersuchung nur begrenzt kooperativ gewesen, sodass sich ein Bild der Primärpersönlichkeit oder ein überzeugendes Bild des Verlaufs seit dem schädigenden Ereignis nicht hätte gewinnen lassen.

Auch der Sachverständige Dr. H., der den Kläger in dem Rentenverfahren S 11 RA 2029/98 rund fünf Monate später gutachtlich untersuchte, sah sich nicht in der Lage, eine exakte diagnostische Einordnung vorzunehmen. Seinen Ausführungen zufolge war der Kläger zwar stets um Kooperation bemüht, jedoch habe er zahlreiche widersprüchliche Ausführungen gemacht und sei mit zeitlichen Angaben nicht sehr genau gewesen. Er sei immer wieder auf das Thema Arbeitsplatzsituation, Mobbing, Personalchef etc. zu sprechen gekommen, wobei er gedanklich hierauf fixiert gewesen sei. Auf seine "Alptraumgeschichten" ("wenn ich an den Chef denke, der Gedanke an die Stadt, dann sind Puls, Herz und Kreislauf nicht mehr kontrollierbar") seien immer wieder Gegenstand gewesen. Viele Fragen habe er nur ausweichend beantwortet. Nach den anamnestischen Angaben und den Symptomen wollte Dr. H. das Krankheitsbild am ehesten als schizoaffektive Störung einordnen, wobei im Vordergrund der Symptomatik ein schweres Angstsyndrom stehe und daraus abgeleitet eine soziale Phobie sowie eine erhebliche Regressionsneigung. Differenzialdiagnostisch zog Dr. H. im Rahmen seiner weiteren Ausführungen eine schizotype Störung in Betracht, die auch als Borderline-Schizophrenie bezeichnet werde. Die mitgeteilten Wahrnehmungsstörungen seien aber eindeutige Halluzinationen und nicht nur diesen ähnlich, was für das Krankheitsbild der schizoaffektiven Psychose spreche. Das schwere Angstsyndrom mit sozialem Rückzug lasse die schizoaffektive Störung im Übrigen als überwiegend depressiv getönt erscheinen, wobei eine Ursache einer solchen Störung nicht zu benennen sei. Seines Erachtens könnten hier als Auslöser die abnorme Eltern-Kind-Beziehung, erlebte Kränkungen im Arbeitsbereich, die Realisierung nicht erfüllbarer Träume, aber auch körperliche Leiden wie akute Infekte gesehen werden.

Letztlich vermochte auch der Sachverständige Dr. K., der vom Senat mit der Erstattung eines Gutachtens nach Aktenlage beauftragt worden war, aufgrund der aktenkundigen, zum Teil wesentlich von einander abweichenden Symptom- und Krankheitsbeschreibungen keine eindeutige psychiatrische Diagnose zu stellen. Er äußerte den Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie, (differenzialdiagnostisch: gemischte schizoaffektive Störung) sowie auf eine posttraumatische Belastungsstörung (differenzialdiagnostisch: schizophreses Residuum). Den Schilderungen der in den Jahren 1996/1997 vorliegenden Symptomatik durch die behandelnden Ärzte Dr. J., Dr. Sch. und Dr. B. entnahm Dr. K., dass sowohl wahnhaft als auch halluzinatorische Symptome und auch Ich-Störungen vorgelegen haben, weshalb es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um eine psychotische Symptomatik handle. Bezüglich der Dauer dieser Symptomatik seien die Angaben in den einzelnen Arztberichten jedoch sehr unterschiedlich, gerade auch im Hinblick auf die Dauer der neuroleptischen Medikation. Nachdem der Gutachter Dr. H. 1999 noch ausführlich eine floride psychotische Symptomatik beschrieben habe, sei eher von einem chronischen und angesichts des aktuellen Zustandes sogar von einem schweren chronisch-progredienten Krankheitsbild auszugehen. Was die von der Gutachterin Dr. B. angenommene posttraumatische Belastungsstörung anbelange, entspreche deren Beschreibung zwar den Kriterien, wie sie in den internationalen Klassifikationen aufgeführt seien, allerdings sei nach Aktenlage keine Aussage über den Zeitpunkt des Auftretens der Symptomatik dieser Störung zu machen.

Vor dem Hintergrund dieser gutachtlichen nervenfachärztlichen Ausführungen, wonach eine sichere psychiatrische Diagnose nicht zu stellen ist, vermochte sich der Senat auch nicht der Einschätzung des SG anzuschließen, das dem Gutachten der Nervenärztin Dr. B. folgend davon ausging, dass sich die schädigungsunabhängige psychiatrische Erkrankung durch das traumatische Ereignis vom 31. Juli 1993 verschlimmert habe, indem Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgetreten seien. Zwar ist einzuräumen, dass der Kläger anlässlich seiner Untersuchung bei Dr. B. über Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung berichtet hat, jedoch ist nicht feststellbar, wann derartige Symptome beim Kläger erstmals aufgetreten sind. Entsprechende Angaben enthält des Gutachten von Dr. B. insoweit nicht. Auch den vorliegenden Unterlagen ist nicht zu entnehmen, ab welchem Zeitpunkt der Kläger über eine derartige Symptomatik geklagt hat. Offenbar war dies zumindest in den Jahren 1996 und 1997 jedoch nicht der Fall, da weder Dr. J. noch Dr. B. in ihren seinerzeitigen Arztbriefen hiervon berichtet haben. Dr. J. hat das sich im April 1996 manifestierende Krankheitsgeschehen ausschließlich mit der beruflichen Konfliktsituation des Klägers bzw. einer Ablösungsproblematik in Verbindung gebracht bzw. Dr. B. mit einer schädigungsunabhängigen schweren zwangsneurotischen depressiven Störung. Auffällig ist zudem, dass der Kläger im Rahmen der Behandlung in der Klinik O., wo er vom 07. Januar bis 18. März 1997 eine Rehabilitationskur durchgeführt hat, also nahezu elf Wochen behandelt worden, ist das Gewaltereignis offenbar überhaupt nicht erwähnt hatte. Denn der Entlassungsbericht vom 27. März 1997 enthält weder bei den anamnestischen Angaben, den vom Kläger geklagten Beschwerden bzw. der Arbeits- und Berufsanamnese noch im Zusammenhang mit dem Aufnahme- und psychiatrischen Befund irgendwelche Hinweise auf die erlittene Gewalttat. Zudem lassen sich dem gesamten Bericht auch keine Schilderungen von Beschwerden entnehmen, wie sie im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung auftreten können. Im Vordergrund der seinerzeitigen Maßnahme stand der Arbeitsplatzkonflikt, auf den der Kläger auch im Juni 1999 während des Rentenrechtsstreits bei der gutachtlichen Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. H. noch fixiert war. Auch in jenem Gutachten fand die Gewalttat keinerlei Erwähnung. Statt über Alpträume in Bezug auf die erlittene Gewalttat hatte der Kläger diesem Gutachter von Alpträumen mit psychogenen Erscheinungen mit Bezug auf seinen früheren Arbeitsplatz berichtet. Demnach sind Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung jedenfalls bis März 1997 nicht feststellbar. Bis zu diesem Zeitpunkt wären derartige Symptome allerdings zu erwarten gewesen, da das schädigende Ereignis seinerzeit bereits 3 ½ Jahre zurücklag.

Da nach alledem bezogen auf die psychischen Gesundheitsstörungen des Klägers somit nicht festzustellen ist, welche konkreten die Erwerbsfähigkeit mindernden seelischen Störungen vorliegen und damit auch nicht der regelhafte Verlauf der bei ihm vorliegenden Erkrankung bestimmt werden kann, hat der Senat auch keine Möglichkeit, den Einfluss der erlittenen Gewalttat auf die konkreten Krankheitserscheinungen und deren Entwicklung festzustellen und zu bewerten, in welchem Ausmaß die erlittene Gewalttat diese Erkrankung in ihrer Entstehung bzw. ihrer Schwere beeinflusst hat. Der Nachteil dieser Nichterweislichkeit geht nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten desjenigen, der aus dem nicht festzustellenden Sachverhalt Rechte für sich herleitet, mithin zu Lasten des Klägers.

Danach konnte das Urteil des SG, mit dem der Beklagte verurteilt wurde, unter Anerkennung eines "seelischen Leidens" als weitere Schädigungsfolge Beschädigtenrente nach einer MdE um 25 v.H. zu gewähren, keinen Bestand haben und war daher aufzuheben.

Die Gewährung von Beschädigtenrente nach einer MdE um zumindest 25 v.H. kam auch nicht deshalb in Betracht, weil über die mit Abhilfebescheid vom 21. Mai 1999 anerkannten Folgen der Schädigung (geringfügige Verlagerung des Oberkiefers nach rechts bei abgeheilter Mittelgesichtsfraktur, folgende Gebissfunktionsstörungen; Sensibilitätsstörung im Gesicht links [Bereich des Nervus infraorbitalis links]; Narbe im Bereich der Augenbraue links) hinaus als daraus resultierende weitere Folgen eine "starke Non-Okklusion mit fast generalisiertem offenen Biss", "erhebliche Sehstörungen im Bereich des linken Auges" sowie "rezidivierende Hornhauterosion am rechten Auge" anzuerkennen wären. Denn die vom Kläger insoweit geltend gemachten Gesundheitsstörungen sind weder unmittelbare Folgen des schädigenden Ereignisses, noch Folgen der als Schädigungsfolgen anerkannten Gesundheitsstörungen.

Was die vom Kläger geltend gemachte Gebissituation anbelangt, lässt sich eine Verschlimmerung der Funktionsstörung nicht feststellen. Wie dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. Sch. vom 30. Mai 2008 zu entnehmen ist, sind zur Beurteilung dieser Frage die vorliegende Befunddokumentation, insbesondere die aktenkundigen Fotos nicht ausreichend. Insoweit ist vielmehr eine persönliche Inaugenscheinnahme der Gebissituation des Klägers erforderlich. Denn erst anhand einer solchen Untersuchung lassen sich die genauen aktuellen Okklusionsverhältnisse objektivieren und mit dem früher erhobenen Zustand vergleichen. Erst durch einen Vergleich dieser Bissituationen lässt sich die Frage beantworten, ob und ggf. inwieweit es zu einer Verschlechterung der Okklusionsverhältnisse gekommen ist und ob dieser Zustand überhaupt ganz oder teilweise Folge der erlittenen Oberkieferfraktur ist. Letztlich ist auch für die Beurteilung der für die Bemessung der MdE relevanten Frage, inwieweit durch kieferorthopädische und kieferchirurgische Maßnahmen eine Verbesserung erreicht werden kann, eine Inaugenscheinnahme der Gebissituation des Klägers erforderlich. Da der Kläger sich zu einer entsprechenden Untersuchung jedoch nicht in der Lage sah, der Nachteil der Nichterweislichkeit der geltend gemachten Verschlimmerung nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast jedoch zu Lasten desjenigen geht, der aus dem nicht festzustellenden Sachverhalt Rechte für sich herleitet, konnte der Kläger auch mit seinem Begehren auf Feststellung einer "starken Non-Okklusion mit fast generalisiertem offenen Biss" keinen Erfolg haben. Hieran ändert sich nichts, dass der Klägerbevollmächtigte in seinem Schriftsatz vom 9. Juli 2008 angeregt hat, "dass eine persönliche Inaugenscheinnahme der jetzt bestehenden Situation ... beim Universitätsklinikum F. erfolgt, wobei hierbei die gesundheitliche Situation von Herrn H. D. zu berücksichtigen wäre." Hiermit hat der Klägerbevollmächtigte weder einen förmlichen Beweisantrag gestellt noch auch nur behauptet, der Kläger sei jetzt anders als bisher bereit und in der Lage, sich einer gutachterlichen Untersuchung zu unterziehen. In Anbetracht der nach seinen Angaben seit 2002 dramatisch verschlechterten psychischen Situation erkennt der Senat keinerlei Anhaltspunkte, welche eine solche Schlussfolgerung zulassen würden.

Schließlich kommt auch im Hinblick auf das augenärztliche Fachgebiet die Anerkennung von weiteren Schädigungsfolgen nicht in Betracht. Denn weder die vom Kläger geltend gemachten erheblichen Sehstörungen im Bereich des linken Auges noch die rezidivierende Hornhauterosion am rechten Auge stellen sich als Folgen der Gewalttat oder der bereits anerkannten Gesundheitsstörungen dar. Insoweit ist darauf hinzuweisen, dass im Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis keinerlei Augenverletzung dokumentiert ist, die mit Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der Augen verbunden war. Auch enthalten die aktenkundigen medizinischen Unterlagen keine Hinweise auf vom Kläger seinerzeit vorgebrachte Beschwerden, die auf eine entsprechende Verletzung der Augen hindeuten würden. Entsprechend wurde der Kläger auch fast ausschließlich gesichts- und kieferchirurgisch behandelt. Augenärztliche Untersuchungen in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 31. Juli 1993 sind demgegenüber nicht dokumentiert mit Ausnahme des Kurzbriefs der HNO-Klinik S. vom 1. August 1993, in dem als Befund einer konsiliarischen augenärztlichen Untersuchung am 31. Juli 1993 lediglich aufgeführt wird: "Hyposphagma [Bluterguss am Auge], Hämatom li. Unterlid, kein A. f. [Anhalt für] Stauungspap. [Stauungspapille], keine Kontusionsszeichen. Mobilität intakt, keine Doppelbilder." Schließlich hat der Kläger im Rahmen seiner Antragstellung im März 1994 auch selbst keine Verletzung im Bereich der Augen erwähnt, sondern als Folgen der Gewalttat ausschließlich schwere Frakturen im Bereich des Mittelgesichts und des Kiefers beschrieben. Auch die Augenärztin W. hat im Rahmen ihrer Auskunft als sachverständige Zeugin unter dem 14. September 2007 von keiner in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis erfolgten Vorstellung des Klägers berichtet. Die von ihr angegebene erste augenärztliche Behandlung fand am 19. Juli 1994 statt, also erst rund ein Jahr nach dem in Rede stehenden Ereignis. Seinerzeit hat die Augenärztin W. im Übrigen auch keinen im Hinblick auf die nunmehr geltend gemachten Gesundheitsstörungen relevanten Befund erhoben. Denn im Rahmen der erwähnten Auskunft berichtete sie lediglich von einer leichten Ptosis am linken Auge, jedoch von keiner Verletzungsfolge im Bereich der Augen. Erst für den Zeitraum ab April 1995 beschrieb sie wiederholte augenärztliche Behandlungen wegen einer immer wieder auftretenden Hornhauterosion im Bereich des rechten Auges. Diese Vorstellungen waren jedoch auf ein Ereignis am 3. April 1995 zurückzuführen, bei dem der Kläger sich mit einem Kamm in das rechte Auge gestoßen hatte.

Soweit der Kläger unter Bezugnahme auf die vorgelegte Kopie, bei der es sich um einen Auszug aus der Krankenakte der Augenärztin W. handele, sinngemäß geltend gemacht hat, der im Anschluss an den Eintrag "03.04.95 Verletzung!" aufgeführte Vermerk "20.04.95 - Behandlung abgeschlossen!" dokumentiere, dass die angesprochene Verletzung nur kurzzeitig Behandlung notwendig gemacht habe, ist darauf hinzuweisen, dass die nachfolgenden Eintragungen aufzeigen, dass beginnend ab 12. Juni 1995 jedenfalls bis 19. Dezember 1996 gleichwohl noch weitere 14 Vorstellungen des Klägers stattgefunden haben, anlässlich derer jeweils "Beschwerden" vermerkt sind. Angesichts dessen und im Hinblick auf die dem Senat erteilte Auskunft der Augenärztin W. vom 14. September 2007, wonach der Kläger nach dem Ereignis vom 2. April 1995 immer wieder wegen auftretender Erosio corneae in ihrer augenärztlichen Behandlung gestanden habe, hält es der Senat für fernliegend, den vermerkten Behandlungsabschluss nunmehr dahingehend zu interpretieren, dass die vorausgegangene Verletzung vom April 1995 für die weitere Entwicklung im Bereich des rechten Auges ohne Bedeutung war und hierfür ausschließlich die Gewalttat verantwortlich zu machen.

Da sich - wie bereits ausgeführt - zeitnah zu dem schädigenden Ereignis keinerlei Anhaltspunkte dafür finden lassen, dass der Kläger im Zusammenhang mit der Gewalttat abgesehen von einem Bluterguss am Auge auch eine erhebliche Augenverletzung mit Dauerfolgen erlitten hat, können auch die vom Kläger geltend gemachten Sehstörungen im Bereich des linken Auges nicht als Folge des schädigenden Ereignisses vom 31. Juli 1993 anerkannt werden. Soweit die Augenärztin W. im Rahmen ihrer vom Kläger vorgelegten Ausführungen vom 5. Oktober 2007 dargelegt hat, sämtliche von ihr angegebene Symptome (verspäteter Lidschluss, wiederkehrende Hornhauterosionen, Gesichtsfeldausfälle, starker Sehverlust, Doppelbilder) seien als "Folgen des Unfalls von 1993 anzusehen", stellt sich bereits die Frage, ob die behandelnde Augenärztin damit überhaupt Bezug nimmt auf die vom Kläger am 31. Juli 1993 erlittene und hier allein in Rede stehende Gewalttat. Ungeachtet dessen enthält diese Bewertung jedoch keinerlei Begründung, so dass auch nicht nachvollzogen werden kann, aus

welchen konkreten Gesichtspunkten heraus die entsprechende Schlussfolgerung gezogen wird. Da der Kläger sich im Übrigen auch erst rund ein Jahr nach dem maßgeblichen Ereignis bei der Augenärztin W. vorgestellt hat, ist zudem offen, ob und inwieweit diese überhaupt Kenntnis von den konkreten Verletzungen und deren Folgen erlangt hat, um überhaupt eine fundierte Beurteilung treffen zu können. Aufgrund dieser Gesichtspunkte geht der Senat davon aus, dass es sich insoweit um eine Gefälligkeitsbescheinigung handelt, der maßgebliches Gewicht für die zu treffende Beurteilung nicht beigemessen werden kann.

Nach alledem war die angefochtene Entscheidung des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Für eine Zulassung der Revision bestand keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-08-03