

L 6 VG 4685/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Mannheim (BWB)

Aktenzeichen

S 2 VG 43/13

Datum

17.10.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 VG 4685/14

Datum

17.12.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Eine HWS-Distorsion (Schleudertrauma) ist definiert als Auslenkung der HWS über das physiologische Maß hinaus durch plötzliche, unkontrollierte Beschleunigung des Kopfes gegenüber dem Rumpf nach Einwirkung von axialen oder von Schwerkraften und tritt fast ausschließlich bei Verkehrsunfällen mit Heckaufprall auf. An einer solchen Einwirkung fehlt es, wenn das Opfer gewürgt wird.
 2. Eine posttraumatische Belastungsstörung, die allein von behandelnden Ärzten ohne genaue Kenntnis des Tathergangs diagnostiziert und behandelt wird, ist nicht zwingend der Beweiswürdigung zu Grunde zu legen. Insofern muss der therapeutische Ansatz der behandelnden Ärzte berücksichtigt werden. Anders als der forensische tätige Sachverständige muss der behandelnde Arzt ein Vertrauensverhältnis zu seinem Patienten aufbauen, demzufolge dessen Angaben nicht kritisch infrage stellen. Deswegen kommt der Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen grundsätzlich ein höherer Beweiswert zu.
- Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 17. Oktober 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt Beschädigtenrente nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) aufgrund eines vom Beklagten anerkannten tätlichen Angriffs.

Die 1949 geborene Klägerin zum Zeitpunkt des Angriffs arbeitslose Hartz-IV-Empfängerin, lebt mit ihrer Tochter zusammen und ist nicht berufstätig. Bei ihr ist wegen einer Krebserkrankung (2004) mit mehrfachen Rezidiven in Form von Lungen- und Lymphknotenmetastasen (2007) ein GdB von 100 ohne Nachprüfung sowie Merkzeichen G festgestellt.

Am 12.07.2011 beobachtete die Klägerin beim Verlassen eines Supermarktes in der Mannheimer Innenstadt, wie eine bettelnde junge Osteuropäerin zwei älteren Damen unflätige Worte hinterher rief. Sie wies die Frau darauf hin, dass die von ihr gewählten Worte diskriminierend seien. Daraufhin trat diese ganz nahe auf sie zu, so dass ihre Nasenspitzen sich fast berührten. Als sie bemerkte, dass sich die Klägerin nicht einschüchtern ließ, griff sie ihr mit der Hand an den Hals, drückte zu und riss ihr dabei eine Kette (Kunstperlen, weiß, Wert 10 Euro) vom Hals. In ihrer polizeilichen Vernehmung als Geschädigte unmittelbar im Anschluss an den Vorfall gab die Klägerin an, ihr sei übel und schwindlig. Sie habe keine Schmerzen am Hals, aber irgendwie ein komisches Gefühl. Sie stellte Strafantrag.

Die Klägerin stellte sich am selben Tag spätabends in der Universitätsmedizin M. (UMM) unter Angabe von ziehenden Schmerzen vom linken Schultergelenk bis in den Nacken vor. Laut Anamnese sei im polizeilichen Protokoll eine Rötung über dem Thyroid erwähnt. Der klinischen Untersuchung zufolge war sie geh- und stehfähig, die Halswirbelsäulen(HWS)Beweglichkeit, die Kraftentwicklung und Beweglichkeit der oberen Extremität waren nicht eingeschränkt. Es lag kein Druck- oder Klopfschmerz über dem Proc spinosi der HWS vor, keine Dispnoe und keine Schluckstörungen. Es fanden sich keine Abschürfungen, Kratzspuren oder Hämatome im Halsbereich. Durchblutung, Motorik und Sensibilität der oberen und unteren Extremitäten waren intakt. Die Diagnose lautete HWS-Distorsion (Notfallschein UMM vom 12.07.2011, Bl. 3 OEG-Akte).

Am 04.08.2011 beantragte die Klägerin Leistungen nach dem OEG. Auf dem Antragsformular gab sie am 27.11.2011 als Gesundheitsstörungen Gefühllosigkeit im gesamten linken Arm, Schmerzen, Muskelhartspann im Hals-Schulter-Bereich an. Am 05.12.2011 teilte die Klägerin der Sachbearbeiterin beim Beklagten per E-Mail mit, sie habe die Ladung zur Hauptverhandlung für den 27.01.2012 erhalten, und wünschte noch einen angenehmen Tag.

Die Klägerin war in der Folge in ärztlicher Behandlung. Am 30.08.2011 suchte sie den Orthopäden und Chirurgen Dr. B. auf und berichtete, nach einem Angriff vor etwa sechs Wochen sei es zunehmend zu einem Missempfinden im gesamten linken Arm gekommen, sie empfinde diesen wie taub und lahm. Der Befund ergab einen mäßig verspannten oberen Trapeziusrand bds., etwas Myogelose, aber keinen eindeutigen Hinweis auf Schädigung der großen Gelenke der oberen Extremitäten oder einer Nervenwurzelläsion mit entsprechender Dermatombeteiligung. Die Diagnose lautete muskuläre Disbalance der oberen Extremität. Nach der aufgrund der Überweisung durchgeführten neurologischen Untersuchung am 24.10.2011 sei eine chronisch-neurogene Schädigung der Nervenwurzel C 6/C 7 und ein sulcus-ulnaris-Syndrom links ausgeschlossen worden (Befundbericht Dr. B. vom 28.08.2012, Bl. 31 OEG-Akte). Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. berichtete, die Klägerin habe bei der erstmaligen Vorstellung am 10.10.2011 ein Taubheitsgefühl an der Außenseite des linken Armes bis in den IV. und V. Finger ausstrahlend, ähnlich, wenn auch diskreter ausgeprägt, zunehmend auch rechtsseitig angegeben. Bei der neurologischen Untersuchung habe sich ein mäßig paravertebraler Hartspann der HWS, bei Prüfung der groben Kraft keine Paresen, keine radikulär zuzuordnenden Sensibilitätsstörungen, kein Triggerpunkt gefunden. Die elektrophysiologische Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit habe einen regelrechten Befund des Nervus ulnaris und somit keinen Anhalt für eine Nervenschädigung C 6/7 ergeben. Auch ein sulcus-ulnaris-Syndrom links sei ausgeschlossen worden. Die angegebene Schmerzsymptomatik entspreche der radikulären Versorgung der Nervenwurzel C 6/7 links. Der übrige neurologische Befund sei unauffällig, kein Nystagmus, keine Doppelbilder, keine Störung der koordinativen Leistungen (Befundbericht vom 05.06.2012, Bl. 26 OEG-Akte).

Gegen die Täterin wurde mit rechtskräftigem Strafbefehl des Amtsgerichts Mannheim vom 29.09.2011 wegen einfacher Körperverletzung eine Geldstrafe von 60 Tagessätzen zu je 10 Euro verhängt. Dieser wurde rechtskräftig, nachdem der erhobene Einspruch nach Anberaumung einer Hauptverhandlung für den 27.01.2012, zu der die Klägerin als Zeugin geladen war, zurückgenommen wurde.

Dr. St. kam in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 13.09.2012 nach Auswertung der vorliegenden Befundunterlagen zu dem Ergebnis, dass keine dauernden Schäden infolge des tätlichen Angriffs im Sinne von Schädigungsfolgen festgestellt werden könnten. Die Beschwerden seien als vorübergehende Reizerscheinungen im Bereich des Nervengeflechts des linken Armes zu bezeichnen. Mit Spätfolgen sei nicht zu rechnen.

Mit Bescheid vom 02.10.2012 stellte der Beklagte fest, dass zwischen den erlittenen, inzwischen aber folgenlos abgeheilten Gesundheitsstörungen "Reizerscheinungen (Taubheit) im Bereich des Nervengeflechts des linken Armes" und der Schädigung im Sinne des § 1 OEG ein ursächlicher Zusammenhang bestanden habe, Folgen dieser Verletzung jedoch seit dem 31.10.2011 nicht mehr vorlägen. Gesundheitsstörungen von nicht nur vorübergehender Dauer, die als Schädigungsfolgen anzuerkennen wären, lägen nicht vor. Beschädigtenversorgung könne daher nicht gewährt werden.

Die Klägerin erhob Widerspruch und gab an, sie habe weiterhin Schmerzen und Gefühllosigkeit im gesamten linken Arm bis in die Fingerspitzen. Mittlerweile habe sie dasselbe Schmerzsyndrom auch im rechten Arm. Die von den Ärzten empfohlene progressive Muskelentspannung bringe keine Linderung. Nach versorgungsärztlicher Stellungnahme von Dr. M. wurden angesichts der fehlenden neurologischen Ausfallerscheinungen unmittelbar nach der Tat, fehlendem Nachweis einer Nervenschädigung, dokumentiertem Muskelhartspann, bereits aktenkundigen Beschwerden des linken Armes und Ausdehnung auf den rechten Arm mit zeitlicher Latenz zum tätlichen Angriff die von der Klägerin angegebenen Schmerzen mit Gefühllosigkeit beider Arme als nicht durch die Gewalttat verursacht gewichtet. Der Beklagte wies den Widerspruch gestützt hierauf mit Widerspruchsbescheid vom 04.12.2012 zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 02.01.2013 Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben. Sie hat einen Arztbrief von Dr. B. vorgelegt, nach dem nunmehr ein operationswürdiger Befund in Form eines deutlichen sulcus-ulnaris-Syndrom links, elektrophysiologisch nachgewiesen, vorliege (Arztbrief vom 03.12.2012, Bl. 3 SG-Akte). Das SG hat daraufhin den Chefarzt der Neurologie der St. R.klinik, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. R. mit der Erstattung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens beauftragt. Dieser hat die Klägerin am 01.07.2013 untersucht, ausführlich zu ihren Beschwerden befragt und schließlich umfangreiche Selbstbeurteilungsbögen ausfüllen lassen. In seinem Gutachten vom 06.09.2013 und der ergänzenden Stellungnahme vom 28.01.2014 hat er berichtet, die Klägerin habe seit dem tätlichen Angriff Schmerzen im Bereich der linken Schulter und des linken Armes, die häufig attackeartig aufträten und ca. 15 Minuten andauerten. Gelegentlich habe sie eine Schmerzausstrahlung in den rechten Arm. Vor einigen Jahren habe sie Schmerzen im Bereich der HWS und Lendenwirbelsäule (LWS) gehabt. Diese seien aber vor dem tätlichen Angriff im Juli 2011 nicht mehr vorhanden gewesen. Nach weiteren Beschwerden befragt, habe sie angegeben, durch die Schmerzen unter Konzentrationsstörungen zu leiden. Gedächtnisstörungen bestünden nicht. Zum Schlafverhalten habe sie erklärt, gegen 22 Uhr zu Bett zu gehen und nach ca. 15 bis 30 Minuten einzuschlafen. Zwischen 2 und 3 Uhr erwache sie. Einen Grund hierfür könne sie nicht angeben. Gegen 7 Uhr stehe sie auf. Während des Tages fühle sie sich nicht müde. Zum Tathergang hat die Klägerin gegenüber dem Sachverständigen angegeben, sie könne nicht genau sagen, ob sie gewürgt worden sei. Bewusstlosigkeit habe nicht bestanden. Nach dem Angriff habe eine Taubheit der Finger IV und V links vorgelegen, die jetzt abgeklungen sei. Kopfschmerzen habe sie nicht gehabt. Zu ihrem Alltag befragt, hat die Klägerin angegeben, sie fahre zu Ärzten oder Behandlungen oder zum Einkaufen mit der Straßenbahn. Mit der linken Hand könne sie nichts tragen. Den Haushalt führe sie, indem sie überwiegend die rechte Hand benutze. Sie gehe 2mal wöchentlich eine Stunde lang Walken. Gelegentlich besuche sie kulturelle Veranstaltungen, wie Kunstausstellungen, in Karlsruhe oder Frankfurt. Gelegentlich gehe sie ins Theater oder ins Konzert. Ihr Hobby sei Lesen. Den psychischen Befund der Klägerin hat Prof. Dr. R. als unauffällig in Antrieb und Stimmungslage beschrieben. Hinweise für eine Depression fänden sich nicht. Kognitive und mnestiche Funktionen seien ungestört. Sie nehme weder Antidepressiva noch Analgetika.

Die Auswertung der dem Gutachten beigefügten, von der Klägerin persönlich ausgefüllten Fragebögen hat hinsichtlich des Beck'schen Depressionsinventars keine Depression ergeben. Die Klägerin hat angekreuzt, sie sei nicht traurig, sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft, fühle sich nicht als Versager, könne die Dinge genauso genießen wie früher. Sie habe keine Schuldgefühle und nicht das Gefühl, angegriffen zu sein. Sie sei nicht von sich enttäuscht, habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als andere. Sie denke nicht daran, sich etwas anzutun und weine nicht öfter als früher. Sie sei jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher, habe aber nicht das Interesse an Menschen verloren. Sie sei so entschlossensfreudig wie immer und habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher. Sie könne so gut arbeiten wie früher, schlafe aber nicht so gut wie früher. Ihr Appetit sei nicht schlechter als sonst. Sie mache sich Sorgen über körperliche Probleme wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung. Im Freiburger Persönlichkeitsinventar hat die Klägerin sich als lebenszufrieden und zuversichtlich beschrieben, im Bereich Erregbarkeit als ruhig und gelassen, im Bereich Aggressivität als wenig aggressiv und kontrolliert-zurückhaltend, im Bereich Beanspruchung als wenig beansprucht und nicht überfordert, im Bereich körperliche Beschwerden als psychosomatisch nicht gestört. Im Bereich Offenheit erscheine sie als an Umgangsnormen orientiert und auf einen guten Eindruck bedacht,

im Bereich Emotionalität als emotional stabil, gelassen und lebenszufrieden. Im Schmerzfragebogen hat sie Schmerzen im Bereich der linken Schulter und des linken Armes in Form von Schmerzattacken, manchmal pochend oder ziehend, angegeben, seit Juli 2011 in ihrer heutigen Stärke. Auf einer Skala von 0 bis 10 bewerte sie diese mit 8, durchschnittlich mit 8, stärkstens mit 10. Als erträglich gebe sie eine Stärke von 0 an. Die Schmerzen seien in den letzten drei Monaten gleich geblieben bzw. schwächer geworden. Während einer Schmerzattacke sei sie mit einem Wert von 10 beeinträchtigt. In Bezug auf Freizeit, Unternehmungen, Arbeit sei die Beeinträchtigung 0. Günstig beeinflussen könne sie die Schmerzen durch Krankengymnastik und ein TENS-Gerät.

Auf einer Skala von 0 bis 5 hat sie angegeben, mit einem Wert von 3 ihre täglichen Anforderungen im Griff zu haben, mit einem Wert von 4 mit ihrem körperlichen Zustand einverstanden zu sein, mit einem Wert von 5 innerlich erfüllt zu sein, sich behaglich zu fühlen, das Leben richtig genießen zu können und sich richtig freuen zu können. Sie fühle sich überhaupt nicht angespannt oder überreizt, rastlos, müsse überhaupt nicht ständig in Bewegung sein. Überhaupt nicht überkomme sie eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könne. Überhaupt nicht habe sie manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend. Nur gelegentlich gingen ihr beunruhigende Gedanken durch den Kopf. Überhaupt nicht überkomme sie ein panikartiger Zustand. Sie könne behaglich dasitzen und sich entspannen. Nur manchmal fühle sie sich in den Alltagsaktivitäten gebremst, meistens fühle sie sich glücklich. Sie könne wie immer lachen und die lustige Seite der Dinge sehen. Sie könne sich so freuen wie früher und blicke mit Freude in die Zukunft. Sie könne sich oft an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen. Sie denke nicht des Öfteren daran, sich das Leben zu nehmen. Ihr allgemeines Wohlbefinden während der letzten 14 Tage hat sie auf einer Skala von -100 bis +100 mit 70 angegeben. Die Schlafdauer sei ausreichend. Durch die Schmerzen werde sie in ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen nicht beeinträchtigt. Ihren Gesundheitszustand hat sie im Allgemeinen als ausgezeichnet bezeichnet. Durch ihren derzeitigen Gesundheitszustand sei sie nicht bei der Verrichtung mittelschwerer Tätigkeiten oder beim Steigen mehrerer Treppenabsätze eingeschränkt. Auf die Frage, ob sie aufgrund ihrer körperlichen Gesundheit oder seelischer Probleme weniger geschafft habe, als gewollt, nur bestimmte Dinge habe tun können oder nicht so sorgfältig wie üblich habe arbeiten können, hat sie "nein" angekreuzt. In den letzten vier Wochen sei sie meist ruhig und gelassen, meistens voller Energie, nie entmutigt oder traurig gewesen.

Bei der körperlichen Untersuchung hat der Sachverständige Bluthochdruck, Muskelverspannungen im Bereich der HWS und LWS, reizlose Operationsnarben, eine vergrößerte Schilddrüse sowie eine endgradige Bewegungseinschränkung der HWS festgestellt, hingegen keine Lähmungen oder eine Taubheit im Bereich des linken Armes.

In seiner Beurteilung handele es sich nach den klinischen Befund aus neurologisch-psychiatrischer Sicht um eine leichtgradig ausgeprägte, anhaltende somatoforme Schmerzstörung leichter Ausprägung, durch die es zu verstärkter Wahrnehmung der Schmerzen im linken Arm komme. Für die leichtgradige Ausprägung spreche vor allem der jetzt erhobene unauffällige psychische Befund und die geschilderten noch verrichtbaren Alltagsaktivitäten. Daneben liege ausweislich des Elektroneurogramms eine leichte Schädigung des Nervus ulnaris des linken sulcus ulnaris vor. Die Muskelverspannungen um Bereich der HWS und LWS wiesen ebenso wie der Befund der Radiologie des Universitätsklinikums H. vom 02.04.2013 auf degenerative Veränderungen der Wirbelsäule hin. Durch diese könne es infolge einer Reizung der aus der Wirbelsäule austretenden Nervenwurzeln zu einer Schmerzausstrahlung in den linken Arm kommen.

Dem polizeilichen Protokoll sei nicht zu entnehmen, ob bei dem Angriff der Kopf bzw. die HWS geschüttelt worden sei. Insoweit lasse sich nicht beurteilen, ob es zu einer HWS-Distorsion bzw. zu einem Schleudertrauma gekommen sei.

Für die jetzt festgestellten Gesundheitsstörungen sei der tätliche Angriff vom 12.07.2011 nicht ursächlich. Für das Vorhandensein degenerativer, unfallunabhängiger Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule spreche der Befund der Radiologie, die Angabe von Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule bereits vor dem Angriff, die Muskelverspannungen nicht nur linksseitig, sondern auch rechtsseitig und auch im Bereich der LWS. Diesen konkurrierenden Ursachen komme überragende Bedeutung zu. Bereits ein alltägliches Ereignis wie eine Fehlbewegung des Kopfes bzw. der HWS beim Ausrutschen auf glattem Grund oder ein Stoßen des Kopfes oder der HWS hätten auf dem Boden der degenerativen Veränderungen des Skelettsystems zu den angegebenen Beschwerden führen können. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne sich auf dem Boden eines bestimmten Persönlichkeitsprofils oder infolge belastender körperlicher Situationen (z. B. degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, oder einer schwerwiegenden Erkrankung, wie z. B. einer Krebserkrankung) entwickeln. Diese Gesundheitsstörungen hätten sich ohne den Angriff zum selben Zeitpunkt entwickelt. Die anerkannte Schädigungsfolge der abgeheilten Reizerscheinungen im Bereich des Nervengeflechts der linken Armes sei nicht für die jetzt festgestellten Gesundheitsstörungen ursächlich. Auch ohne diese Reizerscheinungen wäre es zu den jetzt festgestellten Gesundheitsstörungen gekommen. Als Folge des tätlichen Angriffs sei ein vorübergehendes Schmerzsyndrom des linken Armes zu benennen, das wohl entweder infolge einer leichten Nervenwurzelreizung C 7 oder C 8 links oder infolge einer leichten Schädigung des Plexus cervicobrachialis links aufgetreten sei. Der durch den tätlichen Angriff bedingte Grad der Schädigung habe für maximal sechs Monate einen Wert von 20 gehabt. Anschließend seien die Schädigungsfolgen verschwunden.

Die Klägerin hat Befundberichte der UMM vom März 2014 über Behandlungen wegen des Verdachts auf Metastasen bzw. eines weiteren Rezidivs ihrer Karzinomerkrankung vorgelegt.

Nach der Anhörung zur beabsichtigten Entscheidung mit Gerichtsbescheid unter Hinweis auf die fehlenden Erfolgsaussichten und Androhung einer Missbrauchsgebühr hat die Klägerin mit Schriftsatz vom 21.05.2014 vorgetragen, unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zu leiden, die ihre behandelnden Ärzte auf den Angriff zurückführen würden. Sie sei deswegen in das Zentralinstitut für seelische Gesundheit M. (ZI) überwiesen worden.

Mit Gerichtsbescheid vom 17.10.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Erhebliche Schädigungsfolgen aus der vom Beklagten anerkannten Gewalttat ließen sich nicht feststellen. Das leichte sulcus-ulnaris-Syndrom lasse sich nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Angriff zurückführen. Dies werde durch eine Einklemmung des Nervus ulnaris im Ellenbogenbereich verursacht. Eine Einwirkung auf den Ellenbogen habe aber nicht stattgefunden. Auch habe das Syndrom bei der neurologischen Untersuchung drei Monate nach dem Angriff noch nicht vorgelegen, sondern sei erst 16 Monate danach gesichert worden. Die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule beruhten ebenfalls nicht auf dem Angriff. Am Tattag habe sich an der HWS kein pathologischer Befund gefunden. Auch die leichte anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei nicht wahrscheinlich durch den Angriff verursacht. Die von der Klägerin am Tattag in der UMM berichteten ziehenden Schmerzen vom linken Schultergelenk bis in den Nacken hätten bei der Untersuchung bei Dr. B. am 30.08.2011 und Dr. B. am 10.10.2011

nicht mehr vorgelegen, sondern seien einem Missempfinden bzw. Taubheitsgefühl im Bereich des linken Armes gewichen. Diese seien als vorübergehend bei der Rentengewährung nicht zu berücksichtigen.

Eine PTBS liege ebenfalls nicht vor, denn die Klägerin habe durch den Angriff kein objektiv schwer traumatisierendes Ereignis in der nach den gängigen Diagnosesystemen zu fordernden Qualität erlebt. Angesichts des vom Sachverständigen Prof. Dr. R. erhobenen unauffälligen psychischen Befundes seien weitere Ermittlungen von Amts wegen nicht veranlasst gewesen.

Gegen den am 22.10.2014 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 13.11.2014 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Sie hat einen Arztbrief des ZI vom 09.10.2014 über eine ambulante Untersuchung vorgelegt. Darin wird die Diagnose einer PTBS gestellt und zur Anamnese ausgeführt worden, die Klägerin leide seit einem Überfall vor ca. drei Jahren unter Alpträumen, wache schweißgebadet auf, habe Schwierigkeiten mit der Konzentration und sei ständig auf der Hut. Der Überfall habe tagsüber vor einem Supermarkt stattgefunden. Eine fremde Frau habe sie plötzlich ohne ersichtlichen Grund angegriffen, sie wahrscheinlich gewürgt und ihre Kette abgerissen. Sie sei so erschrocken gewesen, dass sie nichts habe tun können. Sie könne sich nicht mehr genau erinnern. Wenn sie daran denke, spüre sie jedoch einen Druck am Hals. Am Anfang habe sie den Supermarkt gemieden, inzwischen gehe sie wieder dorthin, sei aber sehr vorsichtig und misstrauisch, wenn jemand verdächtig aussehe. Die Anzeige habe nicht zu einem Prozess geführt, worüber sie sehr froh sei, denn sie wolle die Frau nie wieder sehen. Die Klägerin sei durch die Symptomatik erhöhte Schreckhaftigkeit, Hypervigilanz, körperliches Wiedererleben, Durchschlafstörung und traumabezogene Alpträume schwer belastet und in ihrem Funktionsniveau eingeschränkt.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 17. Oktober 2014 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 2. Oktober 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Dezember 2012 zu verurteilen, der Klägerin wegen der Folgen der Schädigung vom 12. Juli 2011 Beschädigtenrente nach dem OEG zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angegriffenen Entscheidungen für richtig.

Nachdem die Klägerin eine Bescheinigung der M. Sc.-Psych. J. über eine regelmäßige ambulante psychotherapeutische Verhaltenstherapie vorgelegt hat, hat der Senat einen weiteren Bericht vom ZI angefordert. In dem Zwischenbericht vom 06.11.2015 über 26 Psychotherapiesitzungen wird ausgeführt, die Klägerin befinde sich mitten in der Konfrontationsphase, eine störungsspezifische Weiterbehandlung sei dringend indiziert. Der psychopathologische Befund sei im Vergleich zu dem im Oktober 2014 identisch bis auf nur noch gelegentliches Wiedererleben im Sinne von Druck am Hals und deutliche Reduktion des traumabezogenen Vermeidungsverhaltens. Die Klägerin habe sich auf die Therapie einlassen und jegliche Schuldgedanken zu dem Überfall ablegen können. Anschließend sei mit dem imaginativen Nacherleben des Traumas als wiederholte Konfrontation in sensu begonnen worden. Die Klägerin profitiere sehr davon. Es falle ihr immer leichter, über den Überfall zu sprechen und die Intensität der Körperintrusionen lasse immer mehr nach. Beim Abbau des traumabedingten Vermeidungsverhaltens habe sie große Fortschritte erzielt und lasse sich immer weniger in ihrem Alltag einschränken. Die Fortsetzung der Therapie sei geplant. Der Fokus müsse auf der Fortsetzung der Konfrontation liegen sowie auf einer spezifischen Alptraumtherapie. Am Ende der Therapie müsse Akzeptanz für das Geschehene aufgebaut und ein guter Umgang mit Trauer und Wut gefunden werden.

Die Berichterstatterin hat den Rechtsstreit in nichtöffentlicher Sitzung am 10.11.2015 mit den Beteiligten erörtert. Dort hat die Klägerin angegeben, der Angriff habe ihr Leben verändert. Aufgrund der nunmehr über ein Jahr dauernden Psychotherapie könne sie sich jetzt erinnern, ganz heftig gewürgt worden zu sein. Den Fragebogen bei Prof. Dr. R. habe sie im Vorzimmer bei den Sekretärinnen ausgefüllt. Da es habe schnell gehen müssen, habe sie über die einzelnen Fragen nicht lange nachdenken können.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Prozessakten beider Instanzen, die OEG-Akte nebst Ermittlungsakte und die die Klägerin betreffende Schwerbehindertenakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach [§ 154 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen.

Das Begehren der Klägerin richtet sich nach [§ 1 OEG](#) in Verbindung mit den §§ 1, 30, 31 und 60 BVG. 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 wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des BVG ([§ 1 Abs. 1 Satz 1 OEG](#)). Nach §§ 9 Abs. 1 Nr. 3, 31 Abs. 1 erhalten Beschädigte eine monatliche Grundrente ab einem Grad der Schädigung (GdS) von 30.

Zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung genügt die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs (§ 1 Abs. 3 Satz 1 BVG). Wenn die zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht, kann mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales die Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung anerkannt werden; die Zustimmung kann allgemein erteilt werden (§ 1 Abs. 3 Satz 2 BVG).

Der GdS ist nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, die durch die als Schädigungsfolge anerkannten körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen zu beurteilen (§ 30 Abs. 1 Satz 1 BVG).

Der GdS ist nach Zehnergraden von 10 bis 100 zu bemessen; ein bis zu 5 Grad geringerer GdS wird vom höheren Zehnergrad mit umfasst (§ 30 Abs. 1 Satz 2 BVG). Vorübergehende Gesundheitsstörungen sind nicht zu berücksichtigen; als vorübergehend gilt ein Zeitraum bis zu sechs Monaten (§ 30 Abs. 1 Satz 3 BVG).

Der Senat orientiert sich bei der Prüfung, welche gesundheitlichen Schäden Folge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs sind, an der seit 01.01.2009 an die Stelle der bis zum 31.12.2008 im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewandten (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - [9/9a RVs 1/91](#) - [BSGE 72, 285](#); BSG, Urteil vom 09.04.1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 18.09.2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - [BSGE 190, 205](#); BSG, Urteil vom 29.08.1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - [BSG SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#)) Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter Tätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)" (AHP) 2008 getretenen Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (VersMedV).

Danach wird als Schädigungsfolge im sozialen Entschädigungsrecht jede Gesundheitsstörung bezeichnet, die in ursächlichem Zusammenhang mit einer Schädigung steht, die nach dem entsprechenden Gesetz zu berücksichtigen ist (VG Teil A Nr. 1 a) und ist Ursache im Sinne der Versorgungsgesetze die Bedingung im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt hat (VG Teil C Nr. 1 b Satz 1).

Zu den Fakten, die vor der Beurteilung eines ursächlichen Zusammenhangs geklärt ("voll bewiesen") sein müssen, gehören der schädigende Vorgang, die gesundheitliche Schädigung und die zu beurteilende Gesundheitsstörung (VG Teil C Nr. 2 a). Der schädigende Vorgang ist das Ereignis, das zu einer Gesundheitsschädigung führt (VG Teil C Nr. 2 b Satz 1 Halbsatz 1). Die gesundheitliche Schädigung ist die primäre Beeinträchtigung der Gesundheit durch den schädigenden Vorgang (VG Teil C Nr. 2 c Halbsatz 1). Zwischen dem schädigenden Vorgang und der Gesundheitsstörung muss eine nicht unterbrochene Kausalkette bestehen, die mit den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und den ärztlichen Erfahrungen im Einklang steht. Dabei sind Brückensymptome oft notwendige Bindeglieder. Fehlen Brückensymptome, so ist die Zusammenhangsfrage besonders sorgfältig zu prüfen und die Stellungnahme anhand eindeutiger objektiver Befunde überzeugend wissenschaftlich zu begründen (VG Teil C Nr. 2 d Sätze 1 bis 3).

Für die Annahme, dass eine Gesundheitsstörung Folge einer Schädigung ist, genügt versorgungsrechtlich die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs. Sie ist gegeben, wenn nach der geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht (VG Teil C Nr. 3 a Sätze 1 und 2). Grundlage für die medizinische Beurteilung sind die von der herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung vertretenen Erkenntnisse über Ätiologie und Pathogenese (VG Teil C Nr. 3 b Satz 1). Aus dem Umstand, dass der Zusammenhang der Gesundheitsstörung mit einem schädigenden Vorgang nach wissenschaftlicher Erkenntnis nicht ausgeschlossen werden kann, lässt sich nicht folgern, dass er darum wahrscheinlich sei. Ebenso wenig kann das Vorliegen einer Schädigungsfolge bejaht werden, wenn ein ursächlicher Zusammenhang nur möglich ist (VG Teil C Nr. 3 d Sätze 1 und 2).

Der Senat lässt dahingestellt, ob die Reizerscheinungen im Bereich des Nervengeflechts des linken Armes überhaupt einen Primärschaden begründen, der für die Anerkennung eines tätlichen Angriffs im Sinne von [§ 1 OEG](#) erforderlich ist (vgl. BSG, Urteil vom 16.12.2014 - [B 9 V 1/13 R](#) = SozR 4-3800 § 1 Nr. 21), weil der Beklagte dies mit dem durch die teilweise Anfechtung des Bescheides durch die Klägerin insoweit bestandskräftig gewordenen Bescheid vom 02.10.2012 bestandskräftig anerkannt hat.

Bei der Klägerin sind Schädigungsfolgen aus dem vom Beklagten anerkannten tätlichen Angriff über sechs Monate hinaus nicht verblieben und es sind auch keine neuen Gesundheitsstörungen aufgetreten, die als durch das schädigende Ereignis verursacht anzusehen sind. Die ziehenden Schmerzen von der linken Schulter in die Hals-Nacken-Region ausstrahlend, die zur Anerkennung des Primärschadens in Form von Reizerscheinungen im Nervengeflecht des linken Armes führten, waren bereits bei der Untersuchung durch die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. am 10.10.2011 nicht mehr vorhanden. Eine Nervenschädigung im Bereich C 6/7, die zur Beschwerdeschilderung der Taubheit des linken Armes passte, konnte Dr. B. ausschließen, ebenso zum damaligen Zeitpunkt ein sulcus-ulnaris-Syndrom.

Ein HWS- und LWS-Syndrom kann nicht als Schädigungsfolge angesehen werden, weil Schmerzen in diesen beiden Wirbelsäulenabschnitten bereits vor dem Angriff bestanden, nach Auskunft der Klägerin gegenüber Prof. Dr. R. seit einigen Jahren, was durch das Computertomogramm (CT) des Thorax vom 04.03.2014 (Bl. 89 SG-Akte) ebenso wie bereits durch die Voraufnahme vom 02.04.2013 bestätigt wird, die jeweils degenerative ossäre Veränderungen aufwies, worauf Prof. Dr. R. in seinem Gutachten hingewiesen hat. Für das Auftreten von Wirbelsäulensyndromen ist somit - wie vom Sachverständigen überzeugend ausgeführt - der tätliche Angriff nur als Gelegenheitsursache anzusehen, weil jedes andere alltägliche Ereignis, wie Ausrutschen auf glattem Untergrund oder Anstoßen des Kopfes angesichts der degenerativen Schäden zum selben Zeitpunkt zu demselben Ergebnis geführt hätte. Daher ist ohne Belang, ob die degenerativen Veränderungen altersentsprechend sind. Gegen die Rückenschmerzen als Folge des Angriffs spricht auch, dass diese sowohl in HWS als auch in LWS auftreten, eine Einwirkung auf die LWS durch den Angriff aber nicht erfolgt ist. Dagegen spricht auch der nicht nur linksseitige, sondern beidseitige Muskelhartspann. Zu berücksichtigen ist auch, dass die von der UMM am Abend des Tattages aufgeführte Diagnose HWS-Distorsion (Schleudertrauma) nach dem Tathergang nicht vorliegen kann. Diese ist nämlich definiert als Auslenkung der HWS über das physiologische Maß hinaus durch plötzliche, unkontrollierte Beschleunigung des Kopfes gegenüber dem Rumpf nach Einwirkung von axialen oder von Scherkräften und tritt fast ausschließlich bei Verkehrsunfällen mit Heckaufprall auf (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Aufl., S. 230). Der Senat folgt daher nicht den insoweit spekulativen Anmerkungen des Sachverständigen, ob die Klägerin - im polizeilichen Protokoll nicht erwähnt - geschüttelt worden sei. Der Senat geht vielmehr davon aus, dass die Angaben der Klägerin, die kein Schütteln berichtet hat, unmittelbar nach der Tat richtig und vollständig sind, was auch die - unauffälligen - Befunde der UMM erklärt.

Das am 19.11.2012 von Dr. B. erstmals elektrophysiologisch nachgewiesene sulcus-ulnaris-Syndrom ist keine Schädigungsfolge. Ein solches wird durch eine Einklemmung des Nervus ulnaris im Ellenbogenbereich verursacht, worauf bereits das SG zutreffend abgestellt hat. Da eine Einwirkung in diesem Bereich durch den Angriff nicht erfolgte, kann es nicht Schädigungsfolge sein. Dagegen spricht zusätzlich die lange Latenz, denn drei Monate nach dem Angriff bestand es noch nicht, sondern wurde von Dr. B. diagnostisch aufgrund eines Elektrogramms ausgeschlossen.

Die bei der Klägerin bestehende leichte somatoforme Schmerzstörung ist ebenfalls nicht Schädigungsfolge, weil sie auf die

schädigungsunabhängigen Wirbelsynndrome bzw. das sulcus-ulnaris-Syndrom als belastende körperliche Situation zurückgeht, worauf Prof. Dr. R. zutreffend hingewiesen hat. Dessen ungeachtet hat die Erkrankung kein nennenswertes Ausmaß, weil die Klägerin weder eine richtungsweisende Schmerztherapie durchführt noch regelmäßig Schmerzmittel einnehmen muss, was der Senat ihren Angaben bei Prof. Dr. R. entnimmt.

Bei der Klägerin liegen keine psychischen Gesundheitsstörungen vor, die als Schädigungsfolgen anzuerkennen sind. Bei der Klägerin besteht zur Überzeugung des Senats ein psychischer Normalbefund, wie vom Sachverständigen Prof. Dr. R. erhoben. Dort hat die Klägerin keine Alpträume, keine Intrusionen, kein Vermeidungsverhalten und keine Hypervigilanz angegeben.

Bei der Klägerin liegt auch zur Überzeugung des Senats keine PTBS vor.

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

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

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

Auch das zwischenzeitlich seit Mai 2013 als Nachfolger des DSM-IV-TR nunmehr in deutscher Sprache vorliegende diagnostische und statistische Manual 5. Auflage (DSM-5) steht dem nicht entgegen (vgl. hierzu Urteil des Senats vom 27.08.2015 - [L 6 VS 4569/14](#)). Zwar wird unter das A-Kriterium nunmehr auch die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren derartigen traumatischen Ereignissen (z. B. Ersthelfer, die menschliche Leichenteile aufsammeln, oder Polizisten, die wiederholt mit schockierenden Details von Kindesmissbrauch konfrontiert werden) gefasst. Damit löst sich, ohne dies deutlich zu machen, die DSM-5 deutlich von der historischen Entwicklung der PTBS, die auf den singular auffälligen Krankheitserscheinungen der Kriegsveteranen aus dem Vietnam-Krieg beruht, denen ganz unzweifelhaft permanente lebensbedrohliche Erlebnisse und der Anblick von Gräueltaten zugrunde liegen. Hiervon unterscheidet sich gerade der Fall der Klägerin gravierend, der nur kurz mit einer Hand der Hals zugeedrückt und die Kette abgerissen wurde.

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

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

Davon ausgehend sieht der Senat angesichts des stattgehabten Angriffs, kurzes Zudrücken des Halses im Stehen und Abreißen der Kette durch eine Frau, bereits das A-Kriterium der PTBS nicht erfüllt, so dass diese Diagnose auch nach DSM V nicht gestellt werden kann. Der

Befundbericht des ZI über die Erstvorstellung am 09.10.2014 und der Zwischenbericht über die laufende Psychotherapie vom 06.11.2015 führen zu keinem anderen Ergebnis, da diese das A-Kriterium nicht berücksichtigen, sondern die Diagnose allein aus der Beschwerdeschilderung der Klägerin folgern. Insoweit muss auch der therapeutische Ansatz der behandelnden Ärzte bei der Beweiswürdigung berücksichtigt werden. Denn der behandelnde Arzt muss anders als der forensisch tätige Sachverständige zu seinem Patienten ein Vertrauensverhältnis aufbauen und stellt demzufolge dessen Angaben nicht kritisch in Frage (so auch A. St., DSM-V: Bedeutung für die Begutachtung, Der Medizinische Sachverständige 2015, S. 162 ff.). Deswegen kommt auch nach der Rechtsprechung der Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen grundsätzlich ein höherer Beweiswert zu (vgl. auch Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 17.01.2012 - [L 11 R 4953/10](#)).

Aus den Befunden des ZI folgt zur Überzeugung des Senat auch keine andere psychische Gesundheitsstörung, etwa im Sinne einer psychoreaktiven Störung, als Schädigungsfolge. Dort hat die Klägerin angegeben, seit dem Überfall unter Alpträumen zu leiden, Konzentrationsschwierigkeiten zu haben, ständig auf der Hut zu sein. Sie könne sich nicht mehr genau an die Tat erinnern. Wenn sie daran denke, spüre sie aber einen Druck am Hals. Am Anfang habe sie den Supermarkt gemieden, inzwischen gehe sie wieder dorthin, sei aber sehr vorsichtig und misstrauisch, wenn jemand verdächtig aussehe. Sie sei froh, dass die Anzeige nicht zu einem Prozess geführt habe, denn sie wolle die Frau nie wiedersehen.

Die dort geschilderten Beschwerden stehen im Widerspruch zu den übrigen aktenkundigen Befunden. Drei Monate nach dem Angriff war die Klägerin bei Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. in Behandlung, die in ihren Befundberichten und Arztbriefen aber keine Angaben über psychopathologische Auffälligkeiten oder geklagte psychische Beschwerden gemacht hat. Der Senat geht daher davon aus, dass solche zu diesem Zeitpunkt nicht vorlagen. Auch hat die Klägerin im Verlauf des Verfahrens keine Probleme gehabt, allen Ärzten gegenüber über den Vorfall zu sprechen und hat hierbei auch keine Auffälligkeiten gezeigt, so dass der Zwischenbericht des ZI über den Therapieverlauf, es falle ihr immer leichter, über den "Überfall" zu sprechen, auch insoweit nicht nachvollziehbar ist. Der Begriff Überfall und die Schilderung als völlig überraschend ist im Übrigen unzutreffend, da nach den Angaben der Klägerin gegenüber der Polizei ein von ihr begonnener Wortwechsel vorangegangen war, von dem die Klägerin sich nicht habe einschüchtern lassen. Dass sie sich nach dem Zwischenbericht des ZI gut darauf habe einlassen können, jegliche Schuldgedanken zu dem "Überfall" abzulegen, steht im Widerspruch dazu, dass solche nirgends dokumentiert sind, sie selbst im Beck'schen Depressionsinventar Schuldgefühle ebenso wie das Gefühl, gestraft zu sein, ausdrücklich verneint hat. Der Senat hat keine Zweifel an der Validität der von der Klägerin ausgefüllten Selbstbeurteilungsbögen. In welchem Raum diese ausgefüllt worden sind, ist ohne erkennbaren Belang. Dass die Klägerin, wie von ihr vorgetragen, diese schnell hat ausfüllen sollen und nicht lange Zeit gehabt habe, über einzelne Fragen nachzudenken, war im Sinne der Spontaneität und Authentizität der Antworten sachgerecht. Der Proband soll gerade nicht darüber nachdenken, worauf eine Frage abzielt und welche Antwort im Sinne seines angestrebten Ziels dienlich ist. Auf Befragen hat die Klägerin bei der Begutachtung Schlafstörungen aufgrund von Schmerzen angegeben, aber keine anders verursachten Schlafprobleme und keine Alpträume. Gründe für ihr nächtliches Erwachen hat sie nicht angeben können. Im ZI hat die Klägerin angegeben, froh zu sein, dass ihre Anzeige nicht zu einem Prozess geführt habe, weil sie die Frau nie wieder sehen wolle. Im Verwaltungsverfahren konnte sie demgegenüber unbeeinträchtigt den bevorstehenden Hauptverhandlungstermin, in dem sie als Zeugin hätte aussagen sollen, mitteilen, und der Sachbearbeiterin noch einen angenehmen Tag wünschen. Ein Vermeidungsverhalten kann der Senat entgegen der Bewertung durch das ZI angesichts dessen nicht erkennen. Im ZI wurde sie im Oktober 2014 als durch die Symptomatik stark belastet und im Funktionsniveaus eingeschränkt angesehen, was die Indikation für die Therapie darstellte. Bei Prof. Dr. R. hat sie einen unauffälligen Befund geboten und in den Fragebögen ausdrücklich angegeben, nicht traurig oder mutlos zu sein, nicht leichter verärgert oder gereizt, sie hat sich als ruhig und gelassen und lebenszufrieden beschrieben, Sie hat angegeben, sich behaglich zu fühlen und das Leben genießen zu können. Sie sei nicht überreizt, fühle sich nicht rastlos, habe keine ängstlichen Vorahnungen, dass etwas Schreckliches passieren könne. Sie werde nicht von panikartigen Zuständen überkommen. Auf einer Skala von -100 bis +100 sieht sie ihr Wohlbefinden bei +70.

Nur ergänzend weist der Senat darauf hin, dass durch die - aufgrund einer Fehldiagnose durchgeführten - Therapie und der dort abgeleiteten Notwendigkeit des imaginativen Nacherlebens nach dem Vorbringen der Klägerin im Erörterungstermin nunmehr die Erinnerung besteht, ganz heftig gewürgt worden zu sein, gegenüber dem Stand bei Aufnahme der Therapie im Oktober 2014, als sie sich nicht genau erinnern konnte und gegenüber dem polizeilichen Protokoll vom Tattag also nunmehr akzentuierte Erinnerungen generiert werden. Erinnerungen, die im Zusammenhang mit einer Traumatherapie hervorgerufen werden, sind mit Vorsicht zu betrachten, weil nicht auszuschließen ist, dass im Zusammenhang mit therapeutischen Bemühungen Gedächtnisinhalte erzeugt oder verändert werden (Vgl. Urteile des Senats vom 26.02.2015 - [L 6 VG 1832/12](#); und vom 21.04.2015 - [L 6 VG 2096/13](#) -, in juris). Dies gilt auch für die vorliegend angewandte Technik des imaginativen Nacherlebens.

Die geschilderte psychische Beschwerdesymptomatik ist nicht erst nach dem negativen Gutachten und der negativen ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen, der Ankündigung eines klagabweisenden Gerichtsbescheides und Androhung von Missbrauchsgebühr durch das SG aufgetreten, denn die Klägerin hat sowohl beim ZI als auch im Erörterungstermin angegebenen, sie leide seit dem Überfall an diesen Beschwerden, dieser habe ihr Leben verändert.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor, [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-02-26