

L 6 VG 3508/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Mannheim (BWB)

Aktenzeichen

S 7 VG 4059/10

Datum

09.07.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 VG 3508/12

Datum

25.08.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Gutachten aus vorangegangenen Klageverfahren können als Sachverständigenbeweis verwertet werden.

2. Bei der psychiatrischen Begutachtung muss der Sachverständige die Untersuchung im wesentlichen Umfang selbst durchführen; dies ist nicht der Fall, wenn es schlechterdings unmöglich ist, sich in der vorgegebenen Zeit einen Eindruck von dem Probanden zu verschaffen.

3. Sachverständige müssen für die Feststellung der Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung die Angaben des Probanden auf Vollständigkeit, Richtigkeit und mögliche Inkonsistenzen überprüfen.

L 6 VG 3508/12

S 7 VG 4059/10

Im Namen des Volkes Urteil

Der 6. Senat des Landessozialgerichts Baden-Württemberg in Stuttgart hat auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 25.08.2016 für Recht erkannt:

Auf die Berufung des Beklagten werden der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 9. Juli 2012 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Beklagte wendet sich gegen die Verurteilung zur Feststellung eines depressiven Syndroms mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als weiterer Schädigungsfolge und zur Gewährung einer Beschädigtenrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen (GdS) aufgrund eines von ihm anerkannten tätlichen Angriffs am 30. August 1993 im Wege des Zugunstenverfahrens.

Der 1958 geborene Kläger ist gelernter Elektroinstallateur und arbeitete bis zum Jahr 1988 in diesem Beruf, danach bis zum Jahr 2004 als technischer Hausmeister in einem Altenheim und zuletzt als Hausmeister für eine Großwohnanlage in einem sozialen Brennpunkt. Er bezieht seit dem Jahr 2009 Rente wegen voller Erwerbsminderung. Aktuell übt er eine Nebentätigkeit als Fahrdienst für behinderte Kinder zweimal täglich aus.

Der Kläger erlitt im Laufe seines Lebens zahlreiche Unfälle und war verschiedenen Angriffshandlungen ausgesetzt. Als Kind wurde ihm durch einen Sturz in eine Glasscheibe beinahe sein rechter Arm abgetrennt. Er vergiftete sich mit einer unbekannten Flüssigkeit. Er litt unter Zwölffingerdarmgeschwüren. Zwischen 1978 und 1987 hatte er drei Arbeitsunfälle, zwei davon Wegeunfälle in Form von Auffahrunfällen, beim ersten noch ohne Kopfstütze. Folgen waren wochenlange Kopfschmerzen (Gutachten Dr. Sch., Bl. 42 SG-Akte S 10 VG 2715/06). Im Rahmen seiner Tätigkeit im Altenheim fand er einen toten Bewohner auf, der aus dem 7. Stock gesprungen war (vgl. Lebenslauf, Bl. 42 ff. SG-Akte). Nach dem den Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildenden tätlichen Angriff hatte er im Jahr 1996 einen weiteren Arbeitsunfall. Im Jahr 1997 wurde sein Vater vom Auto angefahren und pflegebedürftig. Der Kläger übernahm den Großteil der Pflege. Jahre später wurde an derselben Stelle seine Katze von einem Auto überfahren (Attest Dr. H., Bl. 238 OEG-Akte). In den Jahren 1999/2000 hatte er einen Motorradunfall, als ihm ein Hund vor das Fahrzeug lief. Mit dem Hundehalter einigte er sich außergerichtlich auf eine

Schmerzensgeldzahlung (Gutachten Dr. Sch., Bl. 47 SG-Akte S 10 VG 2715/06). Nachdem der Träger des Altenheims im Jahr 2001 gewechselt hatte, fühlte er sich am Arbeitsplatz zunehmend gemobbt und war von Mitte 2003 bis Ende 2004 insgesamt 17 Monate wegen der dadurch verursachten psychosomatischen Beschwerden arbeitsunfähig erkrankt. Bereits im Februar 2002 hatte er einen Autounfall, als ihn zwei Betrunkene von der Fahrbahn drängten. Im März 2002 verdrehte er sich bei einem Arbeitsunfall im Altenheim das rechte Knie. Im Mai 2002 wurde er im Anschluss an einen Streit im Straßenverkehr zusammengeschlagen (vgl. Lebenslauf a.a.O.). Bei seiner letzten Tätigkeit als Hausmeister in einer Großwohnanlage sah er sich regelmäßige Tätlichkeiten und Bedrohungen ausgesetzt. Ab dem Jahr 2003 pflegte er zusätzlich seine Mutter nach einem Schlaganfall. Beide Eltern starben im Jahr 2005. Nachfolgend gab es einen Erbschaftsstreit mit den Geschwistern (vgl. Gutachten E., Bl. 212 der LSG-Akte).

Am 30. August 1993 wurde der Kläger Opfer eines tätlichen Angriffs, als der Täter ihm - wohl im Zusammenhang mit einem Parkplatzstreit - auf einem Supermarktparkplatz mit einer Gaspistole ins Gesicht schoss. Er erlitt ein Knalltrauma am linken Ohr mit Tinnitus und Hörverlust, Parästhesien am linken Unterlid, aber keinen Schwindel. An der linken Gesichtshälfte waren Schmauchspuren (Befundbericht Klinikum der Universität Heidelberg, Hals-, Nasen-, Ohren- (HNO-)Klinik, vom 31. August 1993, Bl. 5 OEG-Akte). Bereits am Tag, dem 30. August 1993, ergab die HNO-ärztliche Untersuchung "inzwischen kein Tinnitus mehr, kaum noch Hörminderung" (Bl. 62 OEG-Akte). Am 3. September 1993 wurde "Ohrgeräusch besser" befundet (Bl. 63 OEG-Akte). Das Hörvermögen war am 3. September 1993 links gebessert, rechts wieder normal (Bl. 63 OEG-Akte). Der behandelnde HNO-Arzt (Name unleserlich) befundete am 17. September 1993 eine geringgradige beidseitige Schallempfindungsschwerhörigkeit (Bl. 6 OEG-Akte). In der Folgezeit ergab die Tonaudiometrie unauffällige Werte (Bl. 64 f OEG-Akte), erst ab Ende 2002 fanden sich pathologische Werte (vgl. Auflistung im Gutachten Dr. Sch., Bl. 73 SG-Akte S 10 VG 2715/06). Das vor dem Amtsgericht Wiesloch unter dem Aktenzeichen 3 Ds 93/93 durchgeführte Strafverfahren endete im Juli 1994 mit einer Verfahrenseinstellung, nachdem der Täter ein Schmerzensgeld von DM 3.000,00 an den Kläger bezahlt hatte. Ein im August 1996 von diesem gegen den Täter angestrebtes Mahnverfahren mit anschließender Zivilklage vor dem Amtsgericht Wiesloch blieb im Hinblick auf höheres Schmerzensgeld erfolglos, da nach Auffassung des Amtsgerichts das bislang bezahlte in Höhe von 3.000 DM in Anbetracht der attestierten Folgen von Ohrgeräuschen, Lärmempfindlichkeit und eine dadurch bestehende psychovegetative Beeinträchtigung mit Schlafstörungen und Konzentrationsschwäche ausreichend sei (vgl. Amtsgericht Wiesloch, Urteil vom 13. Mai 1997 - 3 C 354/96, Bl. 58 ff. LSG-Akte).

Im Oktober 1996 - während des zivilgerichtlichen Verfahrens gegen den Täter - begab sich der Kläger in ambulante Psychotherapie, hatte 10 Sitzungen bei Dr. E.-K. und brach diese dann vorzeitig ab (Gutachten E., Bl. 203 LSG-Akte). Im für ihn ausgestellten Attest vom 19. Februar 1997 wurde eine Belastungsreaktion bei Tinnitus nach Knalltrauma durch Gaspistole diagnostiziert. Der Kläger leide an Ein- und Durchschlafstörungen und sekundären depressiven Verstimmungszuständen (Bl. 10 OEG-Akte). Der HNO-Arzt Dr. Sch. berichtete in einem Schreiben ans Versorgungsamt vom 24. Juli 1997 von einer persistierenden Tinnitussymptomatik, die den Kläger psychovegetativ stark belaste. Daraus resultierten Schlafstörungen und Konzentrationsschwächen.

Zuvor, im April 1996, hatte der Kläger erstmals beim Versorgungsamt die Feststellungen von Behinderungen nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwbG) beantragt. Er gab damals an, an Bandscheiben-, Schultergelenk- und Kniebeschwerden, weiter an Tinnitus (Knalltrauma) linkes Ohr, Darmgeschwüren, Heuschnupfen und einer Nierenfunktionsschwäche zu leiden. Ihm wurde zunächst ein Grad der Behinderung (GdB) von 30, im Jahr 2003 von 50 und zuletzt im Jahr 2004 von 70 zuerkannt.

Beim bereits erwähnten späteren Vorfall im Mai 2002 kam es zwischen dem Kläger und einem anderen Autofahrer zu einer Auseinandersetzung. Der Kläger erlitt dabei eine Schädelprellung, multiple Prellungen und Schürfungen am Schädel, eine Handgelenksdorsion beidseitig, multiple Hämatome am Körper sowie eine Stauchung des Kiefergelenks und eine Absplitterung einer Zahnkeramikverblendung. Nach Angaben des Klägers habe der andere Autofahrer ihm nach dem Aussteigen sofort mit der Faust in das Gesicht geschlagen, dann mit Holzbrettern auf ihn eingeschlagen und ihn beim Flüchten mit Schlägen verfolgt. Der andere Autofahrer wurde - nach Abschluss des Strafverfahrens - in einem vom Kläger angestrebten Zivilverfahren zu einer Schmerzensgeldzahlung in Höhe von EUR 1.200,00 und zum Ersatz des künftigen materiellen und immateriellen Schadens verurteilt (vgl. Amtsgericht Wiesloch, Urteil vom 4. Februar 2003 - 1 C 290/02, Bl. 51 ff. LSG-Akte).

Ab September 2002 wurde der Kläger von der Nervenärztin Dr. H. behandelt. Im Arztbrief vom 30. September 2002 (Bl. 115 OEG-Akte) wurden als Beschwerden Stress bei der Arbeit und eine hohe Arbeitsbelastung angegeben, alles bleibe an ihm hängen, er sei laufend krank, leide an Colitis ulcerosa. Bei ihm sei in den letzten zehn Jahren sehr viel zusammengekommen, "Schlag auf Schlag". Er sei bei einem Überfall auf ihn mit einer Gaspistole angeschossen worden, vor ein paar Monaten dann eine Auseinandersetzung mit einem anderen Autofahrer, der ihn ohne erkennbaren Grund geschlagen habe, weiter ein zu spät gemeldeter Arbeitsunfall aus dem Jahr 1996 und schließlich sein pflegebedürftiger Vater, um den er sich hauptsächlich kümmere. Dr. H. diagnostizierte eine depressive Belastungsreaktion.

In der Zeit vom 6. April bis 18. Mai 2004 befand sich der Kläger zur medizinischen Rehabilitation in der Psychosomatischen Abteilung der Röhn-Rehabilitationsklinik. Im Entlassungsbericht (Bl. 43 ff. OEG-Akte) wurden u.a. Dysthymie, Somatisierungsstörung, Proktitis ulcerosa und Tinnitus diagnostiziert. Beim Kläger hätten sich seit dem frühen Erwachsenenalter Unfälle gehäuft, so dass der Eindruck einer fatalistischen Lebenseinstellung entstanden sei, in welcher er ständig benachteiligt werde. Er habe u.a. über ein Burn-Out-Syndrom, depressive Verstimmung sowie Zukunfts- und Versagensängste geklagt. Gegenwärtig leide er unter Mobbing erleben im Berufsleben. Das Eigenleben sei disponiert durch wenig einfühlsame Erziehungsmaßnahmen beider Elternteile.

Im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme absolvierte der Kläger von Juli 2004 bis 2007 eine Psychotherapie bei Dipl.-Psych. B. (50 Sitzungen). In einem Arztbrief des Orthopäden Dr. R. vom 25. Oktober 2004 wurde von einer erheblichen psychosozialen Belastungssituation aufgrund der Pflege des schwerkranken Vaters berichtet.

Am 25. November 2004 beantragte der Kläger beim Beklagten Beschädigtenversorgung wegen des tätlichen Angriffs am 30. August 1993. Der Beklagte holte ein HNO-ärztliches Gutachten vom 12. Juli 2005 ein, in dem Dr. M. nach Untersuchung eine beidseitig geringgradige Schwerhörigkeit mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 15 vom Hundert (v.H.) und einen Tinnitus schweren Ausmaßes mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen mit einer MdE von 20 v.H. feststellte, ohne die Zusammenhangsfrage zu thematisieren. Im weiter veranlassten fachpsychiatrischen Gutachten nach Aktenlage vom 23. Dezember 2005 fand der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. L. über die im HNO-Gutachten bezeichneten Schädigungsfolgen hinaus keine länger andauernden oder bleibenden psychischen Folgeschäden. Aus den aktenkundigen Befunden ergäben sich keine Hinweise auf anhaltendes Erinnern oder

wiederholtes Erleben des Traumas oder für zeitweise aufgetretenes bzw. fortbestehendes Vermeidungsverhalten im Sinne einer PTBS. Eine wiederholt beschriebene depressive Störung werde in den letzten Jahren plausibel auf zahlreiche Faktoren, spezifische Entwicklungsbedingungen in der Kindheit, Belastungen am Arbeitsplatz durch Mobbing und Kündigung, körperliche Krankheit und hohe persönliche Belastung durch häusliche Pflege der Eltern zurückgeführt. Diagnostisch sei von einer Dysthymia und einer Somatisierungsstörung auszugehen. Diese seien nicht auf das schädigende Ereignis zurückzuführen. Es fänden sich keine ausreichend konkreten Hinweise für eine PTBS. Der Tinnitus mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen, u.a. Ein- und Durchschlafstörungen, werde mit einer MdE von 20 v.H. bewertet.

Mit Erstanerkennungsbescheid vom 20. Februar 2006 stellte der Beklagte fest, dass der Kläger am 30. August 1993 Opfer einer Gewalttat im Sinne des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) geworden sei und erkannte als Folgen der Schädigung eine Hörstörung und einen Tinnitus mit psychovegetativen Begleiterscheinungen an. Durch diese werde eine MdE im rentenberechtigenden Grad um wenigstens 25 v.H. nicht erreicht. Eine Rente stehe ihm daher nicht zu. Die daneben geltend gemachten Beschwerden in Form von Depressionen seien nicht Folge einer Schädigung im Sinne des OEG.

Der Kläger erhob Widerspruch mit der Begründung, dass seine psychischen Störungen auf ein posttraumatisches Syndrom zurückzuführen seien, deren Ursache im Ereignis vom 30. August 1993 zu suchen sei. In einem Befundbericht der Nervenärztin Dr. H. vom 4. Mai 2006 (Bl. 114 OEG-Akte) wurden nun die Diagnosen Dysthymie, PTBS, Somatisierungsstörung, Tinnitus bds. und Hypakusis gestellt. Die Dysthymie sei bedingt durch ungünstige Konstellationen im Elternhaus. Seit Kindheit bestehe ein ängstlich-depressives Verhalten mit deutlicher Beeinträchtigung der Lebensqualität. Der Kläger schildere sich als asthenisch, kränkelnd, auf Hilfe und Zuwendung angewiesen. Hinsichtlich des Überfalls leide er bis heute an wiederholten, sich aufdrängenden Erinnerungen, sehe immer wieder die Bilder vor sich, höre das Knallgeräusch der Pistole. Bei der Exploration dieses Ereignisses beginne er jedes Mal heftig zu weinen, wirke äußerst verzweifelt und versuche, Gedanken, Gefühle und Gespräche hierüber zu vermeiden. Jahre später habe er den Täter an der Pforte des Altenheimes getroffen. Ihm sei es sofort extrem schlecht gegangen, er habe panische Angst gehabt, habe noch wochenlang unter sehr akuten, heftigsten Ängsten und Erinnerungsbildern gelitten. Seit dieser Zeit leide er an übertriebenen Schreckreaktionen sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Während seiner derzeitigen Tätigkeit als Hausmeister in einem großen Wohnblock fange er bei Meinungsverschiedenheiten mit den Mietern an zu zittern, bekomme weiche Knie und werde panisch vor Angst.

Mit Widerspruchsbescheid vom 7. August 2006 wurde der Widerspruch nach Einholung einer negativen versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. St. zurückgewiesen.

Der Kläger erhob hiergegen Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG; Az. S 10 VG 2715/06) und legte zwei weitere ärztliche Atteste von Dr. H. vor, wonach er bereits vor dem Ereignis im Jahr 1993 an Dysthymie gelitten habe. Er habe bis heute Flashbacks, Wiedererleben und beginne heftig zu weinen, wenn in der Sprechstunde das Ereignis thematisiert werde. Dipl.-Psych. B. stimmte in seinem psychotherapeutischen Attest dieser Einschätzung zu. Der Kläger sei sehr wahrscheinlich schon lange durch das traumatisierende Ereignis belastet gewesen, ohne die Symptome dem Ereignis zuzuordnen. Bei den Behandlungen seit Juli 2004 sei ein therapeutischer Zugang erst Ende 2005 möglich gewesen (Bl. 23 SG-Akte S 10 VG 2715/06).

Das SG beauftragte den Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie (heute: Prof.) Dr. Sch. mit einer fachpsychiatrischen Begutachtung. Dieser erstattete sein Gutachten vom 27. Juni 2007 aufgrund von zwei ausführlichen Explorationen und Untersuchungen am 5. und 8. Juni 2007. Der Kläger berichte, in seiner beruflichen Tätigkeit erfahre er permanent Bedrohungen von Mietern, es sei auch schon zu körperlichen Auseinandersetzungen gekommen. Nach dem Angriff im Jahr 1993 habe er häufig von dem Ereignis geträumt. Fünf Wochen danach habe er im Fernsehen eine Reportage gesehen, in der ein Kohlkopf mit einer Gasdruckpistole beschossen und vollständig zerstört worden sei. Seitdem träume er nachts davon, wie das Hirn hinten platze. Er meide Filme mit Gangstern. Andere Krimis oder Western seien kein Problem, weil kein Blut spritze. Er habe praktisch jede Nacht traumabezogene Alpträume. Fast täglich habe er Wiedererinnerungen an den Überfall. Im Jahr 2002 sei er erneut angegriffen worden. Mit einer Gartenzaunlatte sei mehrfach in sein Gesicht geschlagen worden. Von diesem Überfall träume er überhaupt nicht, habe auch keine unwillkürlichen Wiedererinnerungen, nur, wenn er am Tatort vorbeifahre. Zu einem Leistungsknick sei es 2003 gekommen, als er nach dem Trägerwechsel im Altenheim Mobbing ausgesetzt gewesen sei. Unter dem Stress hätten sich die Darmprobleme verstärkt, die Ohrgeräusche seien stärker geworden, er sei in gedrückter Stimmung und auf der Arbeit gereizt gewesen. Vor dem Einsetzen des Mobblings sei er im Geschäft in reizbarer Stimmung gewesen. Seit dem Jahr 1993 esse er kein Fleisch mehr, denn dieses stamme von Lebewesen, die zu Tode gekommen seien, genauso wie es ihm hätte passieren können. Vielleicht habe er auch erst ein Jahr später den Fleischkonsum aufgegeben.

Er bewohne mit seiner Ehefrau eine Etage im eigenen Haus von 130 m² mit einem Gartengrundstück, das die Tochter bearbeite. Er stehe morgens um 6 Uhr auf und füttere die Katzen. Von 7.00 Uhr/7.30 Uhr bis ca. 16.30 Uhr gehe er seiner Arbeit nach. Danach schlafe er zu Hause eine halbe bis dreiviertel Stunde und esse mit seiner Ehefrau zu Abend. Er gehe zwischen 1.00 Uhr und 1.30 Uhr zu Bett. Er besuche dreimal wöchentlich einen Fitness-Park. Einkäufe erledige er mit seiner Ehefrau. Im Haushalt helfe er beim Staubsaugen. Er lese gern Comics und zeichne auch solche. Gelegentlich gehe er mit seiner Ehefrau aus, Besuch bekomme er seit 1993 seltener. Es gehe ihm in den letzten zwei Jahren wesentlich schlechter als vor 2002, aber besser als 2003/2004. Die Konzentration falle wegen des Pfeifens schwer, der Tinnitus bestehe ausschließlich linksseitig. Nach dem Tod der Eltern 2005 habe er Schmerzen verspürt, wie wenn ihn jemand mit einer Nadel in den Penis steche. Dies sei nach Konsultation eines Urologen als psychosomatische Störung diagnostiziert worden. Er nehme Antidepressiva.

Dr. Sch. stellte bei orientierender klinischer Untersuchung keine Hördefizite fest, Fingerreiben werde beidseitig gehört. In den beiden mehrstündigen Untersuchungen seien Konzentration und Auffassungsleistung altersentsprechend ohne pathologische kognitive Ermüdungszeichen gut gewesen. Bei der Exploration hätten sich eine ganze Reihe von Hinweisen auf somatoforme Symptombildungen ergeben. Auf Nachfrage habe der Kläger das ganze Spektrum gastrointestinaler Beschwerden beschrieben, Oberbauchbeschwerden (Nüchternschmerz), Bauchschmerzen vor der Stuhlentleerung, Gefühl von Überblähung, schlechtem Geschmack im Mund, belegter Zunge, "Kloß im Hals", insbesondere bei Stress, Sodbrennen, Durchfälle, teils ganztägig, Gliederschmerzen und verstärkte Schwitzneigung. Nur wenige dieser Symptombildungen überlappten sich mit der bestehenden Colitis ulcerosa bzw. objektivierbaren Schleimhautentzündungen. Es sei die Diagnose einer Somatisierungsstörung zu stellen. Teile davon ließen sich bis ins frühe Erwachsenenalter zurückverfolgen. Eine richtunggebende Veränderung in Verbindung mit dem Ereignis von 1993 sei nicht festzustellen. Weiterhin ergäben sich Hinweise auf eine

depressive Störung, zum gegenwärtigen Zeitpunkt einer leichtgradigen depressiven Verstimmung mit im Vordergrund stehender Dysphorie. Die Diagnose sei Dysthymie. Diese sei in der Reha 2004 und von der behandelnden Nervenärztin Dr. H. sowie von Dr. E.-K. 1997 gestellt worden. Spätere Depressionsdiagnosen hätten jeweils mit aktuellen psychosozialen Belastungen im Zusammenhang gestanden. Dipl.-Psych. B. beschreibe eine längere depressive Reaktion aufgrund eines Arbeitsplatzkonflikts und daraus folgender Kündigung. Die Einschätzung von Dr. H. einer das Erwachsenenalter durchziehenden Dysthymie passe zu der im Rahmen der Exploration deutlich gewordenen asthenisch-aggressionsgehemmten Persönlichkeit des Klägers, wobei es sich nicht um eine krankheitswertige Persönlichkeitsstörung handle, sondern nach Art und Ausprägung lediglich um eine Persönlichkeitsakzentuierung als Normvariante. Der Kläger beschreibe ein ganzes Spektrum von psychopathologischen und verhaltensbezogenen Symptombildungen als Reaktion auf das Schädigungsereignis von August 1993. Dr. H. und Dipl.-Psych. B. hätten ab 2006 die Diagnose PTBS gestellt. Das subjektive Erleben von Todesangst sei gut nachvollziehbar, auch wenn objektiv keine Lebensbedrohung bestanden und er sich keine vital bedrohlichen Verletzungen zugezogen habe. Eine psychovegetative Hypersensitivität sei gegeben, durchgängige Ein- und Durchschlafstörungen, subjektiv Konzentrationsschwierigkeiten und dysphorische Reizbarkeit. Diese seien aber auch typische Sekundärsymptome bei längerfristig bestehendem Tinnitus bzw. Teilmenge der Dysthymie. Die Aussagen zum Vermeidungsverhalten stünden nicht mit dokumentiertem Verhalten im Einklang. Es sei nicht nachvollziehbar, dass er als Motorradfahrer den Anblick toter Tiere vermeiden könne, nach dem Reha-Bericht von 2004 habe er sich dort nicht vegetarisch ernährt. Auch das von Dr. H. und Dipl.-Psych. B. berichtete intensive psychische Leid, wenn die Sprache auf den Überfall von 1993 komme, sei in der Untersuchung durch den Sachverständigen nicht erkennbar gewesen. Er meide das Thematisieren des Schädigungsereignisses nicht. Der Kläger berichte, er habe das Thema sowohl in der Reha als auch gegenüber Dipl.-Psych. B. angeführt, es sei aber hintangestellt worden.

Ein Einbruch des psychosozialen Funktionsniveaus sei von 2001 bis 2004 im Zusammenhang mit Mobbing am Arbeitsplatz zu verzeichnen und habe dann erstmals zu konsequenter und längerfristiger Nachfrage nervenärztlicher und psychotherapeutischer Hilfe geführt. Zusammenfassend stünden die in der hiesigen Untersuchung festgestellten psychischen Beeinträchtigungen gut mit den vor der Schädigung bestehenden Gesundheitsstörungen der Somatisierungsstörung, der Dysthymie sowie dem psychovegetativen Sekundärsymptom bei chronischem Tinnitus in Einklang. Die Angaben des Klägers zu unmittelbar nach dem Schädigungsereignis aufgetretenen und seitdem anhaltenden Symptomen einer PTBS würden wegen Inkonsistenz und Inkompatibilität zu Vorbefunden und früheren Angaben nicht als ausreichend valide angesehen. Die Argumentation von Dr. H., der Kläger habe zu sehr gelitten, um darüber sprechen zu können, sei nicht plausibel. Schlüssiger erscheine eine möglicherweise unbewusste Instrumentalisierung des Schädigungsereignisses zum Zwecke der Selbstversicherung der persönlichen Opferidentität im Kontext progredient unsicher werdender Lebenssituationen. Die dokumentierten typischen Begleitsymptome des Tinnitus hielten bis in die Gegenwart an und seien dieser mit Erstanerkennungsbescheid anerkannten Gesundheitsstörung mit psychovegetativen Begleiterscheinungen zuzuordnen. Die intrapsychische Verarbeitung des Schädigungsereignisses werde durch drei Faktoren bestimmt: die schädigungsunabhängig vorbestehende asthenisch-selbstunsicher geprägte Persönlichkeitsakzentuierung, eine Vielzahl von körperlichen und psychischen Belastungen seit dem Schädigungsereignis mit teils hoher subjektiver Wirkintensität sowie die zunehmende Verunsicherung des Klägers in seiner beruflichen Rollenfunktion mit langjährig erlebtem Mobbing und aktuell intermittierend intensiven Belastungen durch problematische Interaktionen mit Kunden. Die schädigungsbedingte Gesamt-MdE betrage 20 v.H. für den chronischen Tinnitus mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen. Die anerkannte Hörminderung erhöhe die MdE nicht. Die Somatisierungsstörung (Nomenklatur der International Classification of Diseases: ICD-10: F45.0) und die Dysthymie (ICD-10: F34.1) seien schädigungsunabhängig.

Während des Klageverfahrens befand sich der Kläger vom 13. November bis 25. Dezember 2007 in medizinischer Rehabilitation in der psychosomatischen Abteilung der Klinik am Homberg. Im Entlassungsbericht (Bl. 145 ff. SG-Akte 2006) wurde angeführt, dass er nach seinen Angaben bisher keinen GdB beantragt und aktuell auch keine Sozialleistungsanträge gestellt oder soziale Rechtsstreitigkeiten habe. Als Beschwerden habe er jahrelanges Mobbing sowie Schwerhörigkeit, Tinnitus und PTBS nach dem Vorfall im Jahr 1993 angeführt. Die Reha-Einrichtung diagnostizierte vor allem eine mittelgradige depressive Episode, PTBS und Colitis ulcerosa.

Zu demselben Ergebnis wie Dr. Sch. kam der auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beauftragte Prof. Dr. G. in seinem Gutachten vom 25. Januar 2008. Eine PTBS habe zu keinem Zeitpunkt vorgelegen. Es sei nicht plausibel und widerspreche jeder klinischen Erfahrung, dass die nach Angaben des Klägers durchgehend vorhandenen Symptome erstmals 12 Jahre später Ärzten und Therapeuten gegenüber erwähnt worden seien. Auffällig sei sein Bemühen gewesen, das Beschwerdebild weitestgehend therapieresistent darzustellen. Alle ambulanten und stationären Behandlungsmaßnahmen hätten nach seinen Angaben zu keinem nachhaltigen Erfolg geführt. Auch bei schweren Störungsverläufen sei es aber sehr unwahrscheinlich, dass Beschwerden vollkommen unbeeinflussbar durch intensive Behandlungsmaßnahmen seien. Es hätten zahlreiche Inkonsistenzen bestanden. Während der Kläger sich ausgeprägt depressiv erlebt habe, habe eine mehr dysphorisch-gereizte Grundstimmung mit zahlreichen Klagen über eine ungerechte Behandlung imponiert. Der Kläger habe berichtet, dass die Symptome einer pathologischen Wiedererinnerung, eines phobischen Vermeidungsverhaltens und einer ausgeprägten Symptomatik im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Ereignis von 1993 aufgetreten seien. Tatsächlich seien psychiatrische Diagnosen erstmals 1996 und die Diagnose der PTBS erstmals im April 2004 genannt worden. Am ehesten werde vom Vorliegen einer Dysthymia sowie einer Somatisierungsstörung ausgegangen. Es würden aber im Gegensatz zu Dr. Sch. in Anbetracht der Anhäufung angeblich unverschuldeter Verkehrs- und Arbeitsunfälle wie der wiederholten Verwicklung in massiv eskalierende Gewaltexzesse weniger aggressionsgehemmte als vielmehr passiv-aggressive Persönlichkeitszüge erkannt. Auf nervenärztlichem Fachgebiet ergebe sich keine weitere MdE.

Der Kläger fand gemeinsam mit seiner neuen Prozessbevollmächtigten im Gutachten von Prof. Dr. G. 80 Fehler. In der mündlichen Verhandlung beim SG am 10. Dezember 2008 nahm der Kläger die Klage zurück.

Nachdem der Beklagte einen Antrag des Klägers auf Badekur bestandskräftig mit der Begründung ablehnt hatte, dass derzeit keine durch anerkannte Schädigungsfolgen verursachten Gesundheitsstörungen vorliegen würden, stellte die Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Schreiben vom 28. September 2009 einen Überprüfungsantrag gemäß § 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X - Bl. 177 OEG-Akte). Hörstörung und Tinnitus hätten sich verschlimmert. Er leide zudem unter Panik- und Angstzuständen, Schlafstörungen und Magen-Darmbeschwerden. Der Beklagte behandle das Schreiben als Verschlimmerungsantrag (Bl. 177, 180 OEG-Akte) hinsichtlich der anerkannten Schädigungsfolgen und als Überprüfungsantrag hinsichtlich des Erstanerkennungsbescheides vom 20. Februar 2006.

HNO-Arzt Dr. R. stellte in versorgungsärztlichen Stellungnahmen fest, dass eine schädigungsbedingte Minderung des Hörvermögens nicht belegt sei. Eine psychiatrische Begutachtung für die Rentenversicherung im Februar 2009 durch Dr. Kull wurde wegen des Eingreifens der

den Kläger begleitenden Prozessbevollmächtigten in die Untersuchungssituation abgebrochen. Nach versorgungsärztlicher Stellungnahme von M. L. unter Auswertung der Gutachten von Dr. Sch. und Prof. Dr. G. aus dem vorangegangenen Klageverfahren lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 11. August 2010 "den Antrag () auf Neufeststellung des Versorgungsanspruchs gem. § 48 SGB X im Wege einer Zugunstenentscheidung nach § 44 SGB X" ab. Mit seinem Widerspruch hiergegen trug der Kläger vor, die PTBS sei als Schädigungsfolge anzuerkennen, es liege ein GdS von mindestens 25 vor. Wegen der Gewalttat beziehe er Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 12. Oktober 2010 zurückgewiesen. Der Erstanerkennungsbescheid vom 20. Februar 2006 sei nicht unrichtig im Sinne von § 44 SGB X.

Am 12. November 2010 hat der Kläger erneut Klage beim SG erhoben (Az. S 7 VG 4059/10). Das SG hat die Behandlungsunterlagen von Dipl.-Psych. M. von 2009 beigezogen, in denen dieser die Sitzungen mit dem Kläger dokumentiert hat, seine Berichte zum Antrag auf Kurzzeittherapie, Umwandlung der Kurz- in Langzeittherapie ebenso wie umfangreiche Berichte und Dokumentationen über mehrere andere Patienten. Dipl.-Psych. M. hat dargelegt, das Festhalten an Krankheiten und Unglücken sei im Grunde eine Vermeidung, sich mit dem Verlust der Eltern auseinanderzusetzen. Der Überfall aus dem Jahr 1993 könne aufgrund einer Ich-Schwäche nicht verarbeitet werden. Die nachfolgenden Traumatisierungen aktualisierten ihn. Die Symptomatik diene als Rückzugsmöglichkeit, als erträglichere Alternative dazu, sich den Anforderungen der Realität (Arbeitsplatz-, Ehekonflikte) zu stellen (Bl. 55 SG-Akte). Der Kläger vermeide diese und ziehe sich in die Welt der Krankheiten und Unglücksfälle zurück. Der Tod der Eltern sei ein größeres Trauma als der Überfall 1993. Er habe sie sehr gebraucht und suche heute noch nach Ersatzeltern bei seinen Ärzten und Therapeuten. Er wolle aber nicht einmal darüber nachdenken, sondern verweile lieber in seiner Klagewelt, denn die sei weniger bedrohlich als die Realität (Vermerk vom 9. April 2009, Bl. 78 SG-Akte). Das Problem sei sein Rentenbegehren, kein Arzt könne ihm helfen, wenn er nicht gesund werden dürfe. Er müsse sich entscheiden, was wichtiger sei, die Rente oder die Psychotherapie (Vermerk vom 7. Mai 2010, Bl. 81 SG-Akte). Außerdem sind weitere Befundunterlagen, vor allem von Dr. H., Dipl.-Psych. B. und der Ambulanz des Zentrums für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg beigezogen worden.

Das SG hat den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Sch. mit der Erstattung eines neurologisch-psychiatrischen und den Arzt für HNO-Heilkunde Dr. H. mit einem HNO-ärztlichen Gutachten beauftragt.

Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 21. März 2011 ausgeführt, dass der Tinnitus ursächlich auf das Ereignis am 30. August 1993 zurückzuführen und zunächst mit einem GdS von 20 zu bewerten sei. Eine weitergehende Einschränkung unterliege neurologisch-psychiatrischer Fachkompetenz. Die Hörminderung links sei nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit mit dem schädigenden Ereignis in Zusammenhang zu bringen, sondern mit Wahrscheinlichkeit anlagebedingten Faktoren (retrocochleäre Schädigung) zuzuschreiben.

Dr. Sch. hat sein Gutachten vom 25. November 2011 mit ergänzender Stellungnahme vom 2. April 2012 nach Anamneseerhebung im Beisein der klägerischen Prozessbevollmächtigten und in Unkenntnis der Akten des vorangegangenen Klageverfahrens S 10 VG 2715/06, also insbesondere der Gutachten von Dr. Sch. und Prof. Dr. G., erstattet. Zuvor hat er das SG darauf hingewiesen, dass er eine Anwesenheit der Prozessbevollmächtigten bei der Anamneseerhebung und Untersuchung für nicht indiziert halte. Im Gutachten hat er ausgeführt, der Kläger berichte über Panikzustände, nasse Hände, die Brust ziehe sich zusammen, er müsse dann zittern und weinen. Es gehe ihm seit dem Jahr 1993 so wie jetzt. Durch das Ereignis 1993 habe er psychische Probleme bekommen. Wenn der Tinnitus stärker werde, könne er damit nicht leben. Dieser sei nicht schwächer geworden. Ab dem Jahr 1993 habe er Probleme mit dem Arbeitgeber bekommen. Die erneute Gewalttat im Jahr 2002 habe er selbst gar nicht richtig mitbekommen und sich dabei nur an die Ereignisse im Jahr 1993 erinnert. Er habe immer an den Tathergang im Jahr 1993 gedacht. Im Jahr 2003 sei es zu Mobbing gekommen. Am letzten Arbeitsplatz habe ihm jemand Gasdruckpatronen in den Briefkasten getan. In einem Café habe ihn jemand absichtlich geschubst und seinen Kaffee verschüttet. Er habe sich nicht gewehrt. Sonstige Schicksalsschläge oder Belastungen würden verneint. Der Nachtschlaf sei nicht erholsam. Auch tagsüber schieße ihm das Ereignis von 1993 in den Kopf. Er beschreibe Intrusionen, habe Ängste, dass etwas passieren könne. Er könne sich nicht richtig freuen. Die Tat 1993 laufe wie in einem Film ab, immer und immer wieder. Früher sei er lebenslustig gewesen.

Dr. Sch. hat die Diagnosen eines mittelgradigen depressiven Syndroms mit Symptomen einer PTBS und einer generalisierten Angststörung mit somatoformen Beschwerden gestellt. Für die psychische Störung sei das Ereignis von 1993 eine wesentliche Teilursache. Eine weitere Verschlechterung sei durch die zahlreichen anderweitigen Geschehnisse bzw. Belastungen – auch bei Berücksichtigung der Aktenlage – gegeben, insbesondere die Belastungen am Arbeitsplatz 2005 bis 2008 und die Gewalttat 2002. Diese seien weitere Teilursachen im Sinne außerordentlicher Einwirkungen. Anlagebedingt liege eine leicht erhöhte psychische Vulnerabilität aufgrund der Ereignisse in der Kindheit wie der schweren Verletzung und der Intoxikation vor. Die Tat 2002 habe zu einer Retraumatisierung geführt. Die anlagebedingte psychische Vulnerabilität habe ihn nicht gehindert, bis 1993 sozial integriert zu sein, vollschichtig einer Berufstätigkeit nachzugehen und ein unbeschwertes Leben zu führen. Das psychische Leiden sei mit einem GdS von 30, entsprechend einer stärker behindernden Störung, zu bewerten. Dabei seien die anlagebedingten Faktoren und die außerordentlichen Einwirkungen unabhängig von der Tat 1993, Arbeitsplatzkonflikte, Pflege der Eltern sowie weitere Exazerbation durch die Belastungen am letzten Arbeitsplatz 2005 bis 2008 berücksichtigt worden. Es bestehe ein Crescendo-Charakter, in Summation der Einflüsse auch nichttraumatischer Art bestehe ein Gesamt-GdB von 40 seit 1. November 2004. Die Abweichung zum Gutachten von Dr. L. beruhe auf dem persönlich erhobenen psychopathologischen Befund und dem Umstand, dass in einer persönlichen Untersuchung weitere Aspekte hätten eruiert werden können. Auf Einwendungen des Beklagten hat Dr. Sch. eine ergänzende Stellungnahme vom 2. April 2012 erstattet. Das schädigende Ereignis von 1993 sei eine Teilursache wesentlichen Ausmaßes für die Entstehung der weiteren psychischen Symptomatik.

Mit Gerichtsbescheid vom 9. Juli 2012 hat das SG den angegriffenen Bescheid abgeändert und den Beklagten verurteilt, den Bescheid vom 20. Februar 2006 abzuändern, als zusätzliche Schädigungsfolge ein depressives Syndrom mit Symptomen einer PTBS festzustellen und dem Kläger für die Zeit ab 28. September 2005 eine Beschädigtenversorgung nach einem GdS von 40 zu gewähren. Der Kläger habe einen Anspruch auf Abänderung des bestandskräftigen Erstanerkennungsbescheides. Dem Gutachten von Dr. Sch. nach persönlicher Untersuchung komme gegenüber dem Gutachten von Dr. L. nach Aktenlage höherer diagnostischer Wert zu. Der Anspruch bestehe rückwirkend für vier Jahre, ausgehend von der Antragstellung.

Gegen den ihm am 31. Juli 2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Beklagte unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. am 15. August 2012 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Er hat auf die beiden

psychiatrischen Gerichtsgutachten aufgrund persönlicher Untersuchung im Verfahren S 10 VG 2715/06 hingewiesen. Weder Dr. Sch. noch Prof. Dr. G. hätten über die anerkannten Ohrgeräusche hinaus Schädigungsfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet festgestellt.

Der Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 9. Juli 2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er führt an, dass für den Sachverständigenbeweis nach [§ 118 SGG](#) die [§§ 404 ff. Zivilprozessordnung \(ZPO\)](#) entsprechend gälten. Nach [§ 411 Abs. 4 ZPO](#) müssten die Parteien Einwände gegen ein Gutachten in angemessener Frist mitteilen. Der Beklagte habe zwar Beanstandungen angeführt und Dr. Sch. habe eine ergänzende Stellungnahme abgegeben. Auf die Gutachten von 2007 und 2008 habe der Beklagte bisher allerdings nicht Bezug genommen und dürfe diesen Einwand, den er in der Vorinstanz hätte geltend machen können, nunmehr nicht mehr vorbringen. Das Gericht dürfe nur Gutachten verwerten, wenn es den Gutachter selbst ernannt habe. Die Expertisen aus dem vorangegangenen Verfahren dürften in diesem nicht verwertet werden, denn sie seien auch nach den Feststellungen von Dr. Sch. durch die Weiterentwicklung des Krankheitsbildes eindeutig überholt. Die Sachverständige E. sei zum gleichen Ergebnis wie Dr. Sch. gelangt. Somit vertrete allein Prof. Dr. F. eine abweichende Einschätzung, habe diese aber einem Neurologen überlassen. Er verlange, Prof. Dr. F. und Frau E. persönlich zu vernehmen.

Der Senat hat den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. F. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. In seiner Expertise vom 27. Mai 2015 hat er im psychischen Befund den sich in gutem Allgemein- und Ernährungszustand befindlichen Kläger in insgesamt ausgeglichener Stimmungslage und affektiv schwingungsfähig beschrieben, aber verbittert wirkend, mitunter an gedrückter Stimmung leidend, gezeichnet. Hinweise auf eine krankhafte Unfallfehlerarbeitung (wie eine PTBS) hätten sich nach den üblichen diagnostischen Standards (ICD-10 und DSM [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]-V) nicht ergeben. Zwar erscheine das Ereignis grundsätzlich geeignet, eine PTBS zu verursachen (A-Kriterium), allerdings sei ein Primärschaden nicht aktenkundig und werde nicht geltend gemacht. Vielmehr berichte der Kläger, erst 4 Wochen später nach einer Fernsehsendung über Gasdruckpistolen wenig konkrete psychische Beschwerden entwickelt zu haben. Weder aus den geklagten Beschwerden noch aus den erhobenen Befunden lasse sich eine PTBS ableiten, geschweige denn im Vollbeweis sichern. Die geklagten und in den Akten dokumentierten Beschwerden seien diffus und keiner bekannten Gesundheitsstörung zuzuordnen. Intrusionen seien nicht auszumachen (B1-Kriterium). Er habe zwar mitgeteilt, durch den Tinnitus immer an das Ereignis erinnert zu werden. Dies sei aber eine physiologische Gedächtnisfunktion ohne krankhaftes Wiedererinnern. Wiederkehrende belastende Träume würden verneint, vielmehr gebe der Kläger an, sich seit 1993 nicht mehr an seine Träume zu erinnern. Dissoziative Reaktionen (B3-Kriterium) würden nicht berichtet, seien auch nicht auf Befundebene aktenkundig und lägen auch heute nicht vor. Eine intensive und anhaltende psychische Belastung oder körperliche Reaktion bei Konfrontation mit Inhalten des Ereignisses (B4- und B5-Kriterium) seien nicht auszumachen, der Kläger wirke vielmehr verbittert und verstimmt. Es bestünde auf Befundebene und nach eigenen Angaben kein Vermeidungsverhalten (C1- und C2-Kriterium). Der Kläger wirke im Gegenteil gedanklich auf das Ereignis fixiert. Nach eigenen Angaben habe er immer wieder versucht, mit Bekannten darüber zu sprechen, sei aber nicht verstanden worden. Auch sei ihm das Aufsuchen von Supermärkten zwar unangenehm, er gehe aber durchaus einkaufen. Negative Veränderungen von Kognition und Stimmung im Zusammenhang mit dem Ereignis würden berichtet (D-Kriterien), seien aber auf Befundebene nicht zu sichern. Die E-Kriterien seien nicht erfüllt. Es werde zwar gestörter Nachtschlaf berichtet, aber weder Reizbarkeit noch Wutausbrüche, riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten, übermäßige Wachsamkeit oder Schreckreaktionen, ferner auch keine Konzentrationsstörungen. Auch sei der Aktenlage nicht zu entnehmen, dass zu irgendeiner Zeit die diagnostischen Kriterien einer PTBS erfüllt gewesen seien. Aus den Schilderungen des Alltags und der Beschwerden lasse sich rückblickend keine depressive Störung ableiten. Auch auf Befundebene sei eine solche nicht auszumachen. Nachvollziehbar könne in der Vergangenheit eine Dysthymie - allerdings ohne zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit dem Ereignis von 1993 - vorgelegen haben. Eine somatoforme Störung bestehe nicht, da die geklagten Beschwerden zwanglos auf die gesicherten körperlichen Ursachen zurückzuführen seien. Für eine differentialdiagnostisch zu erwägende wahnhaftige Störung ergäben sich heute weder aus Befunden noch aus der Aktenlage Hinweise. Es bestünden Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit teilweise querulatorischen Zügen und Versorgungswünschen, eine Persönlichkeitsstörung sei hingegen nicht zu sichern. Auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe keine Gesundheitsstörung. Möglicherweise habe in der Vergangenheit eine schädigungsunabhängige Dysthymie vorgelegen. Der Bescheid vom 20. Februar 2006 sei daher richtig und seitdem sei auch keine wesentliche Änderung eingetreten. Die zahlreichen aktenkundigen Berichte von Dr. H. enthielten verschiedene Diagnosen, meist aber keine Befunde und insbesondere keine Hinweise für einen inhaltlichen oder zeitlichen Zusammenhang der geklagten Beschwerden zum Ereignis 1993. In vollem Umfang gefolgt werden könne dem schlüssigen Gutachten von Dr. Sch., der einen Schädigungszusammenhang der diagnostizierten Dysthymie und Somatisierungsstörung verneine und das Nichtvorliegen einer PTBS ausführlich begründet habe.

Das Gutachten ist vom Neurologen Dr. L. und Prof. Dr. F., letzterer mit dem Vermerk "Aufgrund eigener Untersuchung und Urteilsbildung einverstanden", unterschrieben worden.

Der Kläger hat gegen das nervenärztliche Hauptgutachten u.a. eingewandt, dass die Untersuchung nicht von Prof. Dr. F. selbst, sondern von dem Neurologen Dr. L. durchgeführt worden sei. Prof. Dr. F. habe sich lediglich mit seiner Unterschrift mit der Begutachtung durch Dr. L. einverstanden erklärt. Dass er möglicherweise auch von Prof. Dr. F. untersucht worden sei, ändere daran nichts. Prof. Dr. F. habe mit ihm nur 9 Minuten und 26 Sekunden gesprochen und ihm fünf Fragen gestellt. Daraufhin ist die am 27. August 2015 anberaumte mündliche Verhandlung, nachdem zuvor die Verlegungsanträge vom 31. Juli und 18. August 2015 abgelehnt worden sind, vertagt worden.

Die zugleich gestellten Befangenheitsanträge gegen die Senatsvorsitzende sowie Prof. Dr. F. und Dr. L. hat der Senat mit Beschlüssen vom 27. August und 1. September 2015 abgelehnt.

Prof. Dr. F. hat auf Nachfrage des Senats angegeben, dass er die Akten bereits im Vorfeld der Begutachtung genau zur Kenntnis genommen habe. Bei der Untersuchung habe zunächst Dr. L. den Kläger exploriert. Nachdem jener ihn über seine Befunde und seine Einschätzung informiert habe, habe er selbst dem Kläger ergänzende Explorationsfragen gestellt und einen psychischen Befund erhoben. Das Gespräch

mit dem Kläger habe mindestens 30 Minuten gedauert.

Der Senat hat weiter eine ergänzende Stellungnahme des Gutachters Dr. Sch. eingeholt. Er hat am 8. Oktober 2015 ausgeführt, ihm seien bei Gutachtenserstattung nicht alle Akten zu Verfügung gestellt worden, so dass ihm wichtige Vorinformationen gefehlt hätten. Er revidiere seine im Gutachten vom 22. August 2011 vorgenommene Beurteilung hinsichtlich der Schädigungsfolgen. Die von ihm angeregte testpsychologische Untersuchung sei nicht durchgeführt worden. Auch sei problematisch gewesen, dass die Prozessbevollmächtigte des Klägers bei der Anamneseerhebung anwesend gewesen sei. Er teile nun die Einschätzung von Dr. Sch., dass das vom Kläger berichtete Beschwerdemuster nicht plausibel in einem zeitlichen Zusammenhang mit dem Schädigungsereignis vom August 1993 aufgetreten sei. Nach Kenntnis der weiteren Aktenlage und der beiden Vorgutachten von Dr. Sch. und Prof. Dr. G. sei die Auffassung, dass das Ereignis vom August 1993 eine Teilursache wesentlichen Ausmaßes für das seelische Befinden darstelle, nicht mehr haltbar. Eine PTBS sei nach einem längeren Zeitraum nicht mehr abgrenzbar von Depressionen und Angsterkrankungen. Es erscheine so, als würde der Kläger alle weiteren psychischen Beschwerden und lebensgeschichtlichen Belastungen im Wesentlichen auf das Ereignis von 1993 projizieren. Auch könne eine Lernerfahrung beim Kläger durch die vorangegangenen Begutachtungen vorliegen. Zusammengefasst teile er die gutachterliche Einschätzung von Prof. Dr. F. ...

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) hat der Senat schließlich noch ein Gutachten bei der Psychiaterin und Psychotherapeutin E. eingeholt. Sie hat in ihrer Expertise vom 1. Juni 2016 das Vollbild einer PTBS mit im Vordergrund stehenden überdauernden Gefühlen, veränderten Einstellungen der Welt gegenüber und ständig negativen Erwartungen sowie intrusiver Symptomatik festgestellt. Außerdem bestünde eine leichte bis mittelgradige depressive Störung. Eine Somatisierungsstörung habe sie nicht feststellen können. Bei den negativen Vorfällen außer dem Überfall im Jahr 1993 habe es sich von der Schwere und den berichteten Folgen her nicht um eigentlich traumatische Ereignisse, sondern um zusätzliche Lebensbelastungen gehandelt. Der Überfall im Jahr 1993 erfülle die DSM IV-Eingangsvoraussetzungen von A1 und A2 der PTBS-Diagnose. Das Wiedererinnerungserleben, B-Kriterium, mit Bildern von Blut und am Boden liegen, würde seit dem Ereignis bis heute mehrfach monatlich, teilweise wöchentlich auftreten. Bei Triggerreizen wie dem Anblick von Blut und Gewaltszenen, sei es beim Kläger immer wieder schnell zu dem Gefühl gekommen, in das Ereignis aus dem Jahr 1993 zurückversetzt zu werden. Er zeige auch körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit den Reizen. Auch das C-Kriterium - die anhaltende Vermeidung von Reizen, die in Verbindung mit dem Trauma liegen - sei erfüllt, da er es u.a. vermeide, daran zu denken, Gefühle von Angst und Unsicherheit zuzulassen, er sich von Aktivitäten vermehrt zurückgezogen habe, sich ungern in Supermärkten aufhalte und das Ansehen von Gewaltszenen meide. Vom D-Kriterium, dem erhöhten Erregungsniveau, lägen deutliche Ein- und Durchschlafstörungen, erhöhte Reizbarkeit, übersteigerte Vigilanz und übersteigerte Schreckreaktionen vor. Die Störung dauere auch länger als einen Monat (E-Kriterium) und bewirke ein klinisch bedeutsames Leiden (F-Kriterium). Die PTBS sei als mittelschwer einzustufen. Vor dem schädigenden Ereignis aus dem Jahr 1993 habe sich lediglich der Verdacht auf eine Disposition für eine psychische Erkrankung im Sinne einer passiven, depressiven Persönlichkeitsakzentuierung feststellen lassen. Die PTBS sei mit ausreichender Wahrscheinlichkeit im Sinne der Entstehung durch das schädigende Ereignis von 1993 verursacht worden und habe sich durch reaktivierende Situationen und Nachlassen der Kompensationsfähigkeit durch zusätzliche Belastungen ab ca. 2001 klinisch manifestiert. Aufgrund der nicht schädigungsbedingten Belastungen, wie Mobbing am Arbeitsplatz oder die Pflege des Vaters sei zusätzlich eine reaktive depressive Störung entstanden. Die Symptome der PTBS wären aber durch die schädigungsunabhängigen Faktoren nicht verursacht worden, lediglich durch die zusätzliche Kompensationsüberforderung sei ein indirekter Einfluss vorhanden. Die Gutachterin wendet gegen das Vorgutachten von Dr. Sch. ein, dass er durch genaueres Nachfragen einen möglichen Zusammenhang von psychischen Symptomen wie mangelnde Reagibilität oder Schlafstörungen zum traumatischen Ereignis hätte klären können. Die Opferhaltung des Klägers sei Traumafolge. Eine somatoforme Störung liege nicht vor, da es nachvollziehbare körperliche Erklärungen für die Beschwerden gebe. In den Angaben des Klägers sehe sie keine Widersprüche oder Inkonsistenzen. Dr. Sch. habe den protrahierten Verlauf der PTBS mit späterer Dekompensation in den Jahren 2001/2002 nicht ausreichend gewürdigt. Prof. Dr. G. verkenne u.a., dass eine berufliche Einschränkung nicht zwingend bei der PTBS vorliegen müsse. Der Widerruf seiner gutachterlichen Einschätzung durch Dr. Sch. sei nicht nachvollziehbar. Dass eine PTBS nach längerem Zeitraum nicht mehr von Depressionen und Angsterkrankungen abgrenzbar sei, sei möglich, im Einzelfall aber zu prüfen. Beim Kläger könne die PTBS-Symptomatik von allgemeinen, unspezifischen Symptomen abgegrenzt werden. Bei der Begutachtung durch Prof. Dr. F. und Dr. L. sei keine ausführliche Schilderung zur Vorgeschichte erfolgt. Die Beschwerdeschilderung falle kurz aus. Der GdS werde insgesamt bis zum Jahr 2001 mit unter 20, eher maximal 10 angesehen, da bis zu diesem Zeitpunkt noch keine manifesten psychischen Störungen mit Einschränkungen der Funktionsfähigkeit bestanden hätten. Ab dem Jahr 2001 bis heute betrage der GdS für die PTBS 30.

Der Beklagte ist dem Gutachten der Sachverständigen E. unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. entgegengetreten, der auf die aus seiner Sicht fehlende Auseinandersetzung mit den Diskrepanzen zwischen berichteter und tatsächlicher posttraumatischer Symptomatik hingewiesen hat.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Senatsakten, die SG-Akte (2 Bände), die OEG-Akte, die Schwerbehindertenakte (2 Bände) und die weiteren SG-Akten (S 10 VG 2715/06, S 7 VK 3827/10, S 9 SB 1094/09, S 11 SB 3497/97, S 7 KR 3721/10, S 7 KR 3151/08 ER, S 8 U 3740/08, S 2 U 3300/03, S 9 U 699/98) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Beklagten ist form- und nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) fristgerecht eingelegt worden und im Übrigen statthaft ([§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Sie ist auch begründet. Das SG hat den Beklagten zu Unrecht verurteilt, unter Abänderung der angefochtenen Bescheide den Erstanerkennungsbescheid von 2006 abzuändern, als weitere Schädigungsfolge ein depressives Syndrom mit Symptomen einer PTBS festzustellen und dem Kläger rückwirkend für vier Jahre vor dem Überprüfungsantrag Beschädigtenversorgung nach einem GdS von 40 zu gewähren.

Der Rechtsstreit ist nach Einholung von zwei Verwaltungs- und sechs Gerichtsgutachten entscheidungsreif; der Gutachter Prof. Dr. F. und die Sachverständige E. waren nicht zur Erläuterung ihrer Gutachten mündlich anzuhören. Das Gericht hat sich im Rahmen der Beweiswürdigung mit den einander entgegenstehenden Ergebnissen auseinanderzusetzen (Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 128 Rz. 7d, 7e m. w. N.). Hält das Gericht eines von mehreren Gutachten für überzeugend, darf es sich diesem anschließen, ohne ein weiteres Gutachten einzuholen. Bei einer derartigen Fallgestaltung ist für eine weitere Beweiserhebung regelmäßig kein Raum (BSG, Beschluss vom 1. April 2014 - [B 9 V 54/13 B](#), juris). Welche Erkenntnisse eine mündliche Vernehmung der

Sachverständigen Prof. Dr. F. und E. über die bereits vorliegenden schriftlichen Äußerungen hinaus hätte erbringen sollen, hat der Kläger ebenso wenig dargelegt wie welche Fragen noch offen geblieben sind. Der Senat lehnt daher den Beweisantrag ab, weil [Art. 103 Abs. 1 GG](#) keinen Anspruch darauf gewährt, das Fragerecht gegenüber Sachverständigen in jedem Fall mündlich auszuüben (vgl. BVerfG vom 29. Mai 2013 - [1 BvR 1522/12](#), juris; vgl. auch BVerfG vom 17. Januar 2012 - [1 BvR 2728/10](#) - [NJW 2012, 1346](#), juris m. w. N.). Es ist auch nicht erkennbar, dass eine mündliche Befragung einen über die Wiederholung schriftlicher Äußerungen hinausreichenden Mehrwert hätte (so zuletzt BSG, Beschluss vom 10. Dezember 2013 - [B 13 R 198/13 B](#), juris). Auch wenn vom Kläger nicht verlangt werden kann, die Fragen im Einzelnen vorzuformulieren, so muss er doch deutlich machen, inwieweit noch Aufklärungsbedarf besteht. Dieser ist nicht ansatzweise zu erkennen. Allein der Umstand, dass verschiedene Sachverständige zu einer anderen Einschätzung gelangt sind oder Prof. Dr. F. sich der Hilfsperson des Dr. L. bedient hat, begründet einen solchen jedenfalls nicht, zumal Letzterer bereits dazu ausführlich schriftlich befragt worden ist, Dr. Sch. von seinem positiven Gutachten abgerückt ist und somit das klägerische Begehren allein durch die nach [§ 109 SGG](#) gehörte Sachverständige E. gestützt wird, also eine geradezu klassische Situation im sozialgerichtlichen Verfahren. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass der Antrag auf persönliche Anhörung vom rechtskundig vertretenen Kläger nicht bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung aufrechterhalten wurde und damit als erledigt angesehen werden kann (vgl. hierzu: BSG, Beschluss vom 10. März 2016 - [B 13 R 93/15 B](#), Rz. 8, juris). Er hatte sich auf den Berufungszurückweisungsantrag beschränkt.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist allein die Feststellung der weiteren Gesundheitsstörung eines depressiven Syndroms mit Symptomen einer PTBS und die Gewährung von Beschädigtenversorgung ab 28. September 2005 nach einem GdS von 40 im Rahmen des Überprüfungsverfahrens nach [§ 44 SGB X](#), weil das SG der Klage insoweit stattgegeben hat. Streitbefangen im Berufungsverfahren ist hingegen nicht die Feststellung anderer Schädigungsfolgen und die Frage der Verschlimmerung schädigungsbedingter Gesundheitsstörungen nach Erlass des Erstanerkennungsbescheides 2006.

Rechtsgrundlage hierfür ist [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Nach dieser Vorschrift ist ein Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, - hier der Ausgangsbescheid vom 20. Februar 2006 - zurückzunehmen, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei seinem Erlass das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist und deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind.

Die Feststellung weiterer Gesundheitsstörungen und die Gewährung von Beschädigtenversorgung richtet sich nach [§ 1 Abs. 1 Satz 1 OEG](#). Danach erhält, wer im Geltungsbereich des OEG in Folge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen seine oder eine andere Person oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG).

Grundsätzlich müssen die tatbestandlichen Voraussetzungen des [§ 1 OEG](#) voll bewiesen sein. Zu den Fakten, die vor der Beurteilung eines ursächlichen Zusammenhangs geklärt sein müssen, gehören der schädigende Vorgang, die gesundheitliche Schädigung und die zu beurteilende Gesundheitsstörung. Die gesundheitliche Schädigung ist die primäre Beeinträchtigung der Gesundheit durch den schädigenden Vorgang.

Der Beklagte hat mit dem Bescheid vom 20. Februar 2006 anerkannt, dass beim Kläger eine Hörstörung und ein Tinnitus mit psychovegetativen Begleiterscheinungen aufgrund der Gewalttat vom 30. August 1993 bestehen. Nach dem Ergebnis der medizinischen Ermittlungen steht zur Überzeugung des Senats fest, dass das vom SG als weitere Schädigungsfolge berücksichtigte depressive Syndrom mit Symptomen einer PTBS beim Kläger zum Zeitpunkt des Erlasses des Bescheides vom 20. Februar 2006 jedoch nicht vorlag. Dr. Sch., dessen Beurteilung wesentlich für die Feststellung des SG war, hat nach Verschaffung der erforderlichen Aktenkenntnis durch den Senat sein Gutachten revidiert und sich Dr. Sch., Prof. Dr. G. und Prof. Dr. F. angeschlossen, so dass dem Urteil bereits insoweit die Entscheidungsgrundlage entzogen ist. Die vom SG tenorierte Schädigungsfolge entspricht im Übrigen nicht den gängigen Diagnosesystemen, weder ICD-10 noch DSM IV-TR bzw. dem neuen DSM 5. Ein Gesundheitsschaden muss durch Einordnung in eines der gängigen Diagnosesysteme unter Verwendung der dortigen Schlüssel exakt bezeichnet werden können (vgl. BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 31/11 R](#), juris, Rz. 18 zum Recht der gesetzlichen Unfallversicherung; Urteil des Senats vom 17. Dezember 2015 - [L 6 VS 2234/15](#), juris, Rz. 33).

Unabhängig davon war beim Kläger in Auswertung der durchgeführten medizinischen Ermittlungen ein depressives Syndrom mit Symptomen einer PTBS als Schädigungsfolge bei Erlass des Bescheides vom 20. Februar 2006 nicht festzustellen.

Der Senat hat sich bei der Beurteilung der Frage, ob eine PTBS vorliegt, in seiner ständigen Rechtsprechung (vgl. zuletzt Urteil vom 23. Juni 2016 - [L 6 VH 4633/14](#) - juris, Rz. 34 ff.) an den gängigen Diagnosesystemen entsprechend der Nomenklatur der ICD-10 und der DSM orientiert. Denn die konkret zu bezeichnenden Krankheiten bilden die Tatsachengrundlage, von der ausgehend die Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Leistungsvermögens zu beurteilen ist (so auch BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#); BSG SozR 4-2700 § 200 Nr. 3). Das DSM lag bis 2013 in seiner vierten Ausgabe (DSM-IV-TR) vor. Insoweit konnte es neben der ICD-10 herangezogen werden. Dagegen bestehen gegen die zwischenzeitlich seit Mai 2013 als Nachfolgerin des DSM-IV-TR nunmehr in deutscher Sprache vorliegende 5. Auflage (DSM-5) Bedenken hinsichtlich ihrer Validität (vgl. im Einzelnen Urteil des Senats vom 27. August 2015 - [L 6 VS 4569/14](#), juris, Rz. 40, 41 ff.), was jedoch letztlich dahingestellt bleiben kann, weil jedenfalls das auch danach erforderliche Vermeidungsverhalten bei dem Kläger fehlt (dazu unten).

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) depressiven Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über die eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, der Betroffene reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust begleitet werden. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

Die PTBS (ICD-10: F43.1) entsteht als 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. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über. Ähnlich beschreibt DSM-IV-TR 309.81 das Traumaerleben.

Die nach den beiden Klassifikationssystemen notwendigen Kriterien bzw. die dafür erforderlichen Unterkriterien müssen im Vollbeweis feststehen, um die Diagnose einer PTBS stellen zu können. Hinsichtlich der medizinischen Voraussetzungen bezieht sich diese Anforderung auf den aktuellen Gesundheitszustand des Geschädigten. Nicht zwingend notwendig ist, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits unmittelbar nach dem Ende der Traumatisierung vorgelegen haben oder seitdem ununterbrochen bestanden. Der Senat hat bereits entschieden (Urteil vom 12. August 2014 - [L 6 VH 5821/10 ZVW](#), juris, Rz. 145; vgl. auch zuletzt Urteil vom 23. Juni 2016 - [L 6 VH 4633/14](#), juris, Rz. 60), dass solche "Brückensymptome" weder nach der ICD-10 noch nach dem DSM-IV zu fordern sind. Zwar ist dann, wenn solche Symptome nicht alsbald nach der Schädigung entstanden und nachweisbar sind, die Zusammenhangfrage besonders sorgfältig zu prüfen und nur anhand eindeutiger objektiver Befunde zu bejahen, was sich auch aus Anforderungen der früheren Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter Tätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) ergibt (Senat, Urteil vom 12. August 2014 [a.a.O.](#)). Aber diese Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang ist erst zu stellen, wenn die Diagnose positiv feststeht. Diese Ansicht entspricht der Rechtsprechung des BSG (Beschluss vom 2. Dezember 2010 - [B 9 VH 3/09 B](#) -, Rz. 14, juris; Beschluss vom 16. Februar 2012 - [B 9 V 17/11 B](#) -, Rz. 16, juris).

Vor diesem Hintergrund kann sich der Senat nach beiden Klassifikationssystemen - und damit nach den Anforderungen der Beschlüsse des Ärztlichen Sachverständigenbeirats vom 12./13. November 1997 und vom 6./7. November 2008 - nicht von einer PTBS überzeugen.

Diese Einschätzung stützt der Senat auf den Inhalt der Akten und vor allem auf die Feststellungen und Schlussfolgerungen aus dem Gutachten von Dr. Sch. und Prof. Dr. G. wie auch die von Dr. Sch. (mit seinen ergänzenden Stellungnahmen vom 2. April 2012 und 8. Oktober 2015) und Prof. Dr. F., wohingegen das allein abweichende Gutachten der Sachverständigen E. an erheblichen inhaltlichen Mängeln leidet und den Senat daher nicht zu überzeugen vermochte.

Entgegen dem Vorbringen des Klägers gibt es zunächst kein Verwertungsverbot für Gutachten aus anderen Klage- oder Verwaltungsverfahren. Für gerichtlich bestellte Gutachten folgt dies aus [§ 411a ZPO](#), der gemäß [§ 118 SGG](#) anwendbar ist. Gerichtsgutachten können danach im Wege des Sachverständigen- oder Urkundsbeweises verwertet werden (Meyer-Ladewig, a.a.O., Rn. 6 zu [§ 117](#), Rz. 8 b zu [§ 128](#)). Das Verwaltungsgutachten von Dr. L. konnte ebenfalls verwertet werden. Derartige Gutachten, die vom Versicherungsträger im Rahmen der Amtsermittlungspflicht eingeholt werden, sind keine Parteigutachten und können im Wege des Urkundsbeweises der Entscheidungsfindung zugrunde gelegt werden (vgl. BSG, Urteil vom 8. Dezember 1988 - 2/9b RU 66/87-, Rz. 17, juris).

Der Senat erachtet weiter ebenso wie der 7. Senat des LSG Baden-Württemberg (Urteil vom 12. Mai 2016 - [L 7 R 318/12](#), unveröffentlicht) das Gutachten von Prof. Dr. F. für verwertbar.

Die Frage, ob ein vom Gericht bestellter Sachverständiger bei der Erstellung des Gutachtens auf die Mitarbeit eines anderen Arztes in den nach den [§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 407a Abs. 2 ZPO](#) erlaubten Grenzen zurückgegriffen hat, ist für die Beteiligten von erheblicher Bedeutung. Gemäß [§ 407a Abs. 2 Satz 1 ZPO](#) ist der Sachverständige nämlich nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu übertragen. Soweit er sich der Mitarbeit einer anderen Person bedient, hat er diese namhaft zu machen und den Umfang ihrer Tätigkeit anzugeben, falls es sich nicht um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung handelt. Nach der zu [§ 407a Abs. 2 ZPO](#) ergangenen Rechtsprechung des BSG muss der Sachverständige die zentralen Aufgaben der Begutachtung selbst erbringen. Inwieweit die Durchführung der persönlichen Untersuchung des Probanden zum sogenannten unverzichtbaren Kern der vom Sachverständigen selbst zu erfüllenden Zentralaufgaben zählt, hängt von der Art der Untersuchung ab. Je stärker die Untersuchung auf objektivierbare und dokumentierbare organmedizinische Befunde bezogen ist, umso eher ist die Einbeziehung von Mitarbeitern möglich. Bei psychologischen und psychiatrischen Gutachten muss der Sachverständige die persönliche Begegnung mit dem Probanden und das explorierende Gespräch im wesentlichen Umfang selbst durchführen (BSG, Beschluss vom 17. April 2013 - [B 9 V 36/12 B](#), Rz. 7, juris).

Ausgehend hiervon hat sich der Sachverständige Prof. Dr. F. ausführlich mit den Vorakten sowie den Fragestellungen des Senats und den vorgetragenen Argumenten des Klägers befasst, dann die erste Exploration und Untersuchung zunächst an den Neurologen Dr. L. delegiert, der wiederum das Ergebnis seiner Exploration dem Sachverständigen referierte, woran sich dann die anschließende persönliche Besprechung von Prof. Dr. F., die lediglich im Beisein von Dr. L. stattfand, von 30 Minuten anschloss. Das entnimmt der Senat dem Schreiben des Sachverständigen vom 9. September 2015 und den Angaben des Klägers in der mündlichen Verhandlung. Damit hat der Sachverständige aufgrund seiner persönlichen Begegnung und des explorierenden Gesprächs mit dem Kläger die zentrale Aufgabe der Erstattung des Gutachtens selbst wahrgenommen. Das Vorbringen des Klägers, der Sachverständige habe ihn nicht (Schriftsatz vom 26. August 2015) oder nur annähernd 10 Minuten untersucht (Schriftsatz vom 27. August 2015) ist damit zur Überzeugung des Senats widerlegt. Das Zeitfenster von 30 Minuten reicht auch bei einem so außerordentlich mit dem Krankheitsbild erfahrenen Sachverständigen aus, um zu einer abschließenden Einschätzung zu gelangen. Dies wird im Übrigen eindrucksvoll dadurch bestätigt, dass sich Dr. Sch. nunmehr dem aus seiner Sicht überzeugenden Begutachtungsergebnis von Prof. Dr. F. angeschlossen und seine ursprüngliche Auffassung aufgegeben hat. Dass ein Teil der Untersuchungen von einem Neurologen durchgeführt wurde, steht der Verwertbarkeit des Gutachtens

ebenfalls nicht entgegen, zumal auch neurologische Befunde (S. 14 ff. des Gutachtens) erhoben wurden. Denn die an den Neurologen Dr. L. delegierten Aufgaben haben sich ersichtlich nur auf die Erhebung der Anamnese beschränkt, während die eigentliche Bewertung dem psychiatrischen Sachverständigen Prof. Dr. F. oblag. Dr. L. arbeitete nach dessen Vorgaben das schriftliche Gutachten zwar aus, welches dann aber von dem psychiatrischen Sachverständigen Prof. Dr. F. korrigiert wurde, was der Senat ebenfalls dem Schreiben vom 9. September 2015 entnimmt. Das hat Prof. Dr. F. nach außen hin dadurch dokumentiert, dass er, wie dies in allen Begutachtungsfällen mit der Einschaltung von Hilfspersonen üblich ist, sein Einverständnis aufgrund eigener Untersuchung und Urteilsbildung unterschriftlich erklärt hat (Bl. 40 des Gutachtens). Es hat also keinesfalls - wie der Kläger behauptet - eine neurologische Begutachtung stattgefunden. In diesem Zusammenhang verweist der Senat auf die Einschätzung von dem - ebenfalls erfahrenen Gerichtsgutachter - Dr. Sch., der in Revision seines Gutachtenergebnisses darauf hingewiesen hat, dass Prof. Dr. F. bessere Bedingungen bei der Untersuchung des Klägers hatte und ihm eine testpsychologische Untersuchung möglich war, er ebenso über mehr Vorinformationen verfügte. Somit kann sogar nach Einschätzung von ärztlichen Kollegen dem Gutachten weder die Sachkunde noch die Verwertbarkeit abgesprochen werden, zumal es stets im Einzelfall der Einschätzung des medizinischen Sachverständigen unterliegt, welchen Zeitrahmen er für die Begutachtung für erforderlich hält. Die Grenze ist nur dann überschritten, wenn schlechterdings nicht möglich ist, sich in der vorgegebenen Zeit einen Eindruck von dem zu Untersuchenden zu machen. Dies ist bei einem Zeitrahmen von 30 Minuten allerdings nicht der Fall. Der Senat erachtet daher das Gutachten von Prof. Dr. F. insgesamt für verwertbar.

Nach dem Gesamtergebnis der Beweisaufnahme ergibt sich somit für den Senat das folgende Bild. Der Kläger litt bei Erlass des Bescheides aus dem Jahr 2006 nicht unter Symptomen einer PTBS. Psychopathologisch bestand weder ein anhaltendes Wiedererleben der Belastung durch unwillkürliche Nachhallerinnerungen oder wiederkehrende Alpträume (sog. Intrusionen, B1-Kriterium), noch ein Vermeidungsverhalten in Bezug auf traumarelevante Reize (C1- und C2-Kriterien). Sein Vorbringen zu Alpträumen ist inkonsistent. Dies entnimmt der Senat vor allem der Befunderhebung von Dr. Sch. im Klageverfahren S 10 VG 2715/06. Diesem gegenüber hat der Kläger angegeben, nachts zu träumen, wie sein Hirn platzt. Berichte über Wiedererinnerungen tauchen jedoch erstmals während des Antragsverfahrens auf (Bericht Dr. H. vom 4. Mai 2006). Der Kläger will sich im Jahr 2005 einem Therapeuten insoweit geöffnet haben. Vorher, d.h. vor Antragstellung, liegen keine derartigen Berichte vor, obwohl der Kläger bereits unmittelbar nach dem in Rede stehenden Ereignis durchgehend unter pathologischen Wiedererinnerungen gelitten haben will. Prof. Dr. G. verweist nachvollziehbar darauf, dass es unplausibel ist und nicht der klinischen Erfahrung entspricht, trotz jahrelangem Leiden unter pathologischer Wiedererinnerungen sich erst 12 Jahre später einem Therapeuten anzuvertrauen, zumal der Kläger ab dem Jahr 1996 selbst geringe Beschwerden wie Heuschnupfenbeschwerden und Hautausschläge detailliert vor dem Versorgungsamt im Antrags-, Widerspruchs- und später auch Klageverfahren geltend gemacht hat.

Ein Vermeidungsverhalten lag nicht vor, denn der Kläger war durchgehend in der Lage, in Supermärkten einzukaufen. Er gab lediglich an, sich dort nicht lange aufhalten zu können. Anhaltende Zeichen psychovegetativer Hypersensitivität lagen zwar vor, sind aber diagnostisch unspezifische und typische Begleitsymptome bei längerfristig bestehendem Tinnitus. In dieser Bewertung stimmt der Senat mit den plausiblen Ausführungen von Dr. Sch. in seinem Gutachten von 2007 überein. Hinsichtlich eines spezifischen Vermeidungsverhaltens durch die behauptete vegetarische Ernährung seit dem Ereignis und das Vermeiden von blutigen Gewaltszenen in Filmen kann der Senat bereits kein spezifisches Vermeidungsverhalten erkennen. Eine blutige primäre Verletzung des Klägers ist nicht belegt, die Vermeidung von Gangsterfilmen bei Toleranz gegenüber ebenfalls gewaltaffinen Western liefert kein konsistentes Bild. Auch ist Vegetarismus des Klägers weder ab 1993 noch ein Jahr später irgendwo belegt, im Gegenteil wurde im Reha-Bericht von 2004 aufgeführt, der Kläger esse (nur) kein Schweine- und Hühnerfleisch. Ein inkonsistentes Vermeidungsverhaltens zeigt sich auch darin, dass der Kläger einerseits zwar von einem einschneidenden und emotionalen Erlebnis des Wiedersehens des damaligen Parkplatzangreifers berichtet, während er andererseits zwei Jahre nach Abschluss des Strafverfahrens den Täter noch direkt verklagen und sich mit ihm bis zu einem Urteil vor dem Amtsgericht auseinandersetzen konnte.

Schließlich bestanden keine Intrusionen, wobei Prof. Dr. F. überzeugend dargelegt hat, dass das Erinnertwerden aufgrund des Tinnitus keine sich unwillkürlich aufdrängende Erinnerung darstellt, sondern eine physiologische Gedächtnisfunktion ohne Krankheitswert. Dissoziative Reaktionen (B3-Kriterium) sind zu keinem Zeitpunkt aktenkundig. Vielmehr ist der Kläger auch heute noch psychisch unauffällig ohne Krankheitswert, was der Senat den Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. Forster entnimmt. Danach ist selbst eine möglicherweise früher vorliegende Dysthymie mittlerweile abgeklungen, was der Sachverständige auch für den Senat nachvollziehbar nicht nur mit der ausgeglichenen Stimmungslage und der erhaltenen Schwingungsfähigkeit, sondern auch mit dem guten Allgemeinzustand des Klägers begründet hat. Das wäre bei einer über zwanzigjährigen Leidenszeit nach einem 1993 erlittenen, angeblich das Leben dramatisch veränderten Traumaereignis schlechterdings nicht möglich. Dies bestätigt aus Sicht des Senats eindrucksvoll die Richtigkeit der Einschätzung der Sachverständigen Dr. Sch., Prof. Dr. G. und Dr. L ...

Es ist vielmehr davon auszugehen, dass sich das Beschwerdebild des Klägers erst deutlich später im Zusammenhang mit Problemen im beruflichen Umfeld (Mobbing, 2003/2004) und vielen weiteren kumulativen Traumatisierungen, insbesondere dem Angriff durch einen anderen Autofahrer im Jahr 2002 und dem Tod des lange von ihm gepflegten und geliebten Vaters 2005 ausbildete.

Die hiervon abweichenden Berichte von Dr. H. und Dipl.-Psych. B. überzeugen den Senat nicht. Danach soll das vorbekannte Ereignis bei Behandlungsbeginn Ende September 2002 (Dr. H.) bzw. Juli 2004 (Dipl.-Psych. B.) erst ab 2005 thematisiert worden sein, weil mit dem Sprechen über die Symptome Ängste des Klägers, tiefgreifende seelische Erschütterungen und anhaltendes Weinen verbunden gewesen sein sollen. Dies wird vom Kläger so auch gegenüber Dr. Sch. angegeben (Bl. 55 Akte S 10 VG 2715/06). Dem widerspricht jedoch der Arztbrief von Dr. H. vom 30. September 2002, der schon von einem Überfall im Supermarkt mit Gaspistolenschüssen berichtet. Noch deutlicher wurde das Ereignis im Reha-Bericht von 2004 thematisiert, aber gegenüber der Mobbing-Problematik am Arbeitsplatz im Hintergrund gesehen. Die traumatische Belastung fand in den Entlassdiagnosen keinen erkennbaren Niederschlag. Zudem war der Kläger bei der Begutachtung durch Dr. Sch. 2007 uneinträchtigt in der Lage, über das Ereignis zu sprechen, ebenso wie 2008 bei Prof. Dr. G. und 2015 bei Prof. Dr. F. ... Insoweit muss auch der therapeutische Ansatz der behandelnden Ärzte bei der Beweismwürdigung berücksichtigt werden, welche ganz anders als der Forensiker ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufbauen müssen, demzufolge die Angaben des Patienten in der Regel nicht kritisch in Frage gestellt werden (so auch A. Stevens, 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. Januar 2012 - [L 11 R 4953/10](#)).

Der Kläger litt bei Bescheiderlass im Jahr 2006 unter einer leichten depressiven Störung im Sinne einer Dysthymie. Diese haben Dr. H. und

Dipl.-Psych. B. zunächst diagnostiziert, ebenso wie der Entlassungsbericht der psychosomatischen Reha-Klinik 2004. Sie war aber nicht schädigungsbedingt. Das folgt zum einen aus der großen Zahl erheblich belastender Ereignisse vor und nach dem anerkannten schädigenden Ereignis, insbesondere ab 2001. Nach dem Arbeitgeberwechsel 2001 beG. das Mobbing am Arbeitsplatz, das zu längerer Arbeitsunfähigkeit, schließlich Kündigung und dem neuen, für den Kläger nicht geeigneten Arbeitsplatz führte, da dieser mit konflikthaften Begegnungen mit Mietern einherging. Außerdem ereignete sich 2002 ein weiterer Autounfall - ein Arbeitsunfall - und er wurde Opfer eines weiteren nicht unerheblichen tätlichen Angriffs, bei dem er mit einer Holzlatte geschlagen wurde. Schließlich litt der Kläger erheblich unter dem Tod seiner Eltern in kurzem Abstand im Jahr 2005. Der Senat folgt in dieser Bewertung den überzeugenden Darlegungen von Dr. Sch., Prof. Dr. F. und des behandelnden Psychoanalytikers Dip.-Psych. M. ... Für die Richtigkeit spricht nicht zuletzt auch der Umstand, dass der Kläger wegen der Arbeitsplatzproblematik erhebliche psychische Probleme mit nachfolgender Behandlungsbedürftigkeit bei Dr. H. und 17monatiger Arbeitsunfähigkeit hatte, während er das Ereignis von 1993 noch ohne ärztliche Inanspruchnahme bewältigen konnte, die Ursache für den vom Kläger selbst so beschriebenen "Leistungsknick" (Gutachten Dr. Sch.) daher im beruflichen Umfeld liegt.

Dem zuletzt eingeholten Gutachten von Frau E. schloss sich der Senat nicht an. Sie übernimmt letztlich die Angaben des Klägers vollständig und hinterfragt die Richtigkeit nicht ausreichend bzw. prüft nicht hinreichend Inkonsistenzen. Insbesondere wäre zu erwarten gewesen, dass sie sich mit dem erkennbaren Rentenbegehren des Klägers auseinandersetzt, das nach Einschätzung seines Therapeuten Dipl.-Psych. M. eine erfolgreiche Behandlung verhindert (Bl. 81 der SG-Akte). Dies hat etwa Prof. Dr. G. getan, welcher nachvollziehbar zu dem Ergebnis gekommen ist, dass es nicht konsistent ist, dass der Kläger die positiven Folgen der begehrten und eingeklagten finanziellen Leistungen vom Beklagten als geringfügig darstellt und eigentlich nur ein geringes Interesse am Verfahren vorgibt (vgl. Gutachten Prof. Dr. G., Bl. 123 SG-Akte S 10 VG 2715/06), auf der anderen Seite indes mit erheblicher Energie und Zeitaufwand den Rechtsstreit sogar im Überprüfungsverfahren vorantreibt.

Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch, dass der Kläger sich jeweils erst in psychiatrische/psychologische Behandlung begibt, sobald aus psychischen Beschwerden geldwerte Ansprüche abgeleitet werden können. Nach dem Vorfall im Jahr 1993 hat er sich erstmals im Jahr 1996 während des von ihm angestrebten zivilgerichtlichen Schmerzensgeldverfahrens gegen den Täter von 1993 in Psychotherapie bei Dr. E.-K. begeben, der dann auch psychische Folgen der Tat attestierte. Das Klageverfahren endete im Frühjahr 1997. Zu dieser Zeit brach der Kläger die Psychotherapie vorzeitig ab. In der Folge nahm er dann zwar schon vor seinem Antrag auf Opferentschädigung wieder eine nervenärztliche Behandlung im Jahr 2002 auf, diese jedoch vorrangig wegen seiner beruflichen Belastung (vgl. Dr. H. vom 30. September 2002, Reha-Bericht 2004). Psychische Beschwerden aufgrund des lange zurückliegenden Vorfalles im Jahr 1993 wurden dann erstmals während des Verwaltungsverfahrens auf Opferentschädigung im Jahr 2005 konkret geäußert. Die Argumentation von Dr. Sch. ist insoweit schlüssig, als er beim Kläger eine - möglicherweise nicht bewusste - Instrumentalisierung des Schädigungsereignisses vom August 1993 zum Zwecke der Selbstversicherung der persönlichen (Opfer-)Identität im Kontext progredient unsicher werdender Lebenssituationen gesehen hat.

Der Kläger zeigt überdies durchaus ein zielgerichtetes Verhalten, wenn er etwa gegenüber der Reha-Klinik 2007 ausdrücklich das damals bereits seit längerem anhängige Sozialrechtsverfahren vor dem SG und das Vorliegen eines festgestellten GdB bestreitet, und der Reha-Klinik so nicht ermöglicht, sich bei der Stellung ihrer PTBS-Diagnose neben den Angaben des Klägers auch mit dem vorliegenden Gutachten von Dr. Sch. und seiner ausführlichen Beurteilung auseinanderzusetzen. In diesem Zusammenhang hätte sich Frau E. überdies mit dem von Dr. Sch. erwogenen "Lerneffekt" des Klägers, der durch die vier vorangegangenen Gutachten, welche ihr Fachgebiet betreffen, durchaus eintreten kann, auseinandersetzen müssen. Etwa wenn der Kläger bei den Gutachtern Dr. Sch. und Prof. Dr. G. den Einwurf einer Patrone in den Briefkasten während seiner Arbeit als Hausmeister nicht erwähnt, dies bei Dr. Sch. erstmals anführt - jedoch noch ohne emotionale Komponente (Bl. 260 SG-Akte) - und bei Frau E. dies sofort mit der Schusswaffenbedrohung aus 1993 in Zusammenhang bringt (Bl. 206 LSG-Akte), ist dies kritisch zu würdigen. Insgesamt stimmt der Senat mit Dr. Sch. überein, wenn dieser anführt, dass Angaben des Klägers nicht ausreichend valide sind, um darauf eine schlüssige PTBS-Diagnose zu stützen.

Nicht konsistent ist auch das von Frau E. entworfene Bild des seit dem Überfall 1993 passiven Klägers, der sich nicht selbst wehren, sich nicht schützen könne und hilflos sei (Bl. 231 LSG-Akte). Sie übersieht dabei, dass der Kläger durchaus aktiv wird und seine Ansprüche gewahrt wissen will. Er hat beispielsweise jeweils die Angreifer aus den Vorfällen 1993 und 2002 nach dem strafrechtlichen Verfahren noch zivilrechtlich auf Schmerzensgeld verklagt. Auch bei seinem Motorradunfall, bei dem ihn der Hund zu Fall gebracht hatte, hat er Schmerzensgeld vom Halter verlangt und erhalten.

Selbst wenn die Gutachterin E. davon ausgeht, dass sich die PTBS im Vollbild erst mit einer fast zehnjährigen Latenzzeit bei Versagen der Kompensationsmechanismen durch zusätzliche Belastungen ab ca. 2002 herausgebildet haben soll, überzeugt dies letztlich nicht. Dr. Sch. weist nachvollziehbar darauf hin, dass bei einer PTBS nach einem längeren Zeitraum keine genau abgrenzbare Krankheitsidentität mehr vorliegt, deren Symptome von denjenigen einer Depression oder Angsterkrankung klar unterschieden werden können. Dem entspricht, dass nach ICD-10 F43.1 der Beginn der PTBS typischerweise dem Trauma mit einer Latenz von wenigen Wochen bis allenfalls Monaten nachfolgt. Nach dem DSM-IV-TR folgt sie normalerweise innerhalb der ersten drei Monate dem Trauma nach.

Insgesamt folgt der Senat den Gutachten von Prof. Dr. F., Dr. Sch., Prof. Dr. G. und Dr. Sch. (in seiner letzten ergänzenden Stellungnahme) und berücksichtigt dabei auch, dass gerade Dr. Sch. noch am zeitnächsten zu dem Vorfall im Jahr 1993 sein Gutachten erstellten und als erster mit persönlicher Befunderhebung noch am besten ein von der späteren Vielzahl von weiteren Gutachten und dem daraus folgenden möglichen Lerneffekt des Klägers unbelastete Schlussfolgerungen ziehen konnte. Im Nachhinein wurde das Ereignis von August 1993 vom Kläger gegenüber den Gutachtern immer mehr betont.

Da somit keine psychischen Folgen des tätlichen Angriffs vorliegen, welche der Beklagte bei seiner Ausgangsentscheidung hätte berücksichtigen müssen, erweist sich der Bescheid als rechtmäßig.

Die mit Erstanerkennungsbescheid festgestellten Schädigungsfolgen Tinnitus und Hörstörung begründen keinen GdS im rentenberechtigenden Umfang Nach § 30 Abs. 1 Satz 1 BVG ist der GdS - bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung des BVG und anderer Vorschriften des Sozialen Entschädigungsrechts vom 13. Dezember 2007 ([BGBl. I S. 2904](#)) am 21. Dezember 2007 als MdE bezeichnet - nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, welche durch die als Schädigungsfolge anerkannten körperlichen, geistigen, seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen zu beurteilen. Nachdem für die Beurteilung

der MdE und des GdS dieselben Grundsätze gelten, wird im Folgenden allein auf die Beurteilung des GdS Bezug genommen. Der GdS ist nach Zehnergraden von 10 bis 100 zu bemessen; ein bis zu fünf Grad geringerer GdS wird vom höheren Zehnergrad mit umfasst (§ 30 Abs. 1 Satz 2 BVG). Beschädigte erhalten gemäß § 31 Abs. 1 BVG eine monatliche Grundrente ab einem GdS von 30. Liegt der GdS unter 25 besteht kein Anspruch auf eine Rentenentschädigung (vgl. Urteil des Senats vom 18. Dezember 2014 - [L 6 VS 413/13](#) -, juris, Rz. 42).

Der Senat orientiert sich bei der Beurteilung von MdE und GdS für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 an den im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewandten (BSG, Urteile vom 29. August 1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) -, BSG [SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#), vom 23. Juni 1993 - [9/9a RVs 1/91](#) -, [BSGE 72, 285](#), vom 9. April 1997 - [9 RVs 4/95](#) -, [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#) und vom 18. September 2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) -, BSGE 190, 205) AHP in der jeweils geltenden Fassung, danach an den VG (vgl. Urteil des Senats vom 18. Dezember 2014 - [L 6 VS 413/13](#) -, juris, Rz. 43).

Eine Hörstörung bestand schädigungsbedingt nicht, so dass diese zwar bestandskräftig festgestellt bleibt, aus ihr aber kein GdS bzw. keine MdE resultieren kann. Dies entnimmt der Senat dem überzeugenden Gutachten von Dr. H. im SG-Verfahren, fachfremd der Expertise von Dr. Sch. im vorangegangenen Klageverfahren in Würdigung der nach der Tat erhobenen Tonaudiometrie und der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. R ... Der hochfrequente Tinnitus links (ICD-10 H93.1) führt zu starken Schlafstörungen, belegt durch den Tinnitusfragebogen, dessen Auswertung eine dekompenzierte Gesundheitsstörung ergibt. Durch das Ohrgeräusch bestehen zwar erhebliche psychovegetative Beeinträchtigungen. Hinsichtlich des Tinnitus beträgt der GdS bzw. die MdE indes nach dem geschilderten Ausmaß der Alltagsbeeinträchtigungen nicht mehr als 20 (VG Teil B, Nr. 5.3).

Die Feststellung des GdB durch das Versorgungsamt in Höhe von 70 rechtfertigt auch keine andere Beurteilung. Hier wird lediglich der Grad der Beeinträchtigung durch eine Behinderung in allen Lebensbereichen festgestellt. Die Ursache der Erkrankung spielt dabei keine Rolle.

Der Erstanerkennungsbescheid von 2006 erweist sich damit insgesamt als rechtmäßig, ebenso der streitgegenständliche, dessen Rücknahme ablehnende Bescheid.

Die Berufung des Beklagten war daher erfolgreich, der angegriffene Gerichtsbescheid des SG war aufzuheben und die Klage abzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-09-23