

L 6 VG 381/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 11 VG 3047/13

Datum

18.12.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 VG 381/15

Datum

22.09.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Wenn psychische Störungen bereits umfassend als Schädigungsfolge anerkannt sind, so besteht kein berechtigtes Interesse für die Feststellung einer Depression.

2. Auch eine schwere PTBS mit einem GdS von anfangs 50 ist regelmäßig einer erfolgreichen Behandlung zugänglich.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 18. Dezember 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des Grades der Schädigung (GdS) als Folge eines als Zeugin miterlebten Amoklaufs vom 19. September 2010 streitig.

Die 1966 geborene Klägerin ist verheiratet und Mutter zweier noch die Schule besuchender Kinder, die beide zu Hause leben. Ihr V. war im Juli 2010 aufgrund akuten Herzversagens per Notarzt in die Klinik gekommen, verstarb dann zeitgleich wie ihre beste Freundin, letztere durch einen Pferdeunfall. Die Klägerin war bis Ende 2015 als Sonderschullehrerin in Vollzeit berufstätig und wurde aufgrund von Dienstunfähigkeit vorzeitig zur Ruhe gesetzt (Urkunde des Regierungspräsidiums Freiburg vom 17. Dezember 2015).

Am Abend des 19. September 2010 fand im St. E.-Krankenhaus in L. ein Amoklauf einer Rechtsanwältin statt, die einen Krankenpfleger tötete und auf die geschlossenen Türen diverser Krankenzimmer sowie auf die eintreffenden Polizisten schoss. Im darauffolgenden Schusswechsel wurde ein Beamter schwer verletzt und die Täterin durch einen Kopfschuss getötet. Die Klägerin war zu dieser Zeit Patientin nach Komplikationen aufgrund Gebärmutterentfernung. In ihrer noch am gleichen Tag erfolgten polizeilichen Vernehmung gab sie an, sie habe laute Geräusche wahrgenommen und diese als Schüsse eingeordnet, daraufhin sich ins Badezimmer begeben und die Tür verschlossen. Schließlich seien drei Polizisten in ihr Zimmer gekommen und hätten es durchsucht, insbesondere geprüft, ob sich im Zimmer noch eine weitere Person aufhalte. Sie habe dann im Gang vor ihrem Zimmer eine männliche Person leblos in ihrem Blut auf dem Boden liegen sehen.

Nach der Entlassung erlebte die Klägerin einen totalen Zusammenbruch, wurde dann zunächst ambulant von verschiedenen Therapeuten behandelt. Vom 15. April bis 27. August 2011 wurde sie stationär im S.-Zentrum, Fachkrankenhaus für Psychiatrie B. S., behandelt, wo die Diagnosen "posttraumatische Belastungsstörung, mittelgradige depressive Episode" gestellt wurden. Ihre Vulnerabilität sei durch den Unfalltod der Freundin, den Tod des V.s, die lebensgefährliche Komplikation ihrer Unterleibsoperation, aber auch die seit Jahren angespannte partnerschaftliche Situation mit ihrem Ehemann erhöht gewesen. Die Entlassung sei im affektiv gebesserten Zustand und in verbesserter Alltagsfähigkeit in die tagesklinische Weiterbehandlung erfolgt, die Prognose sei mittelfristig gut. Daran anschließend wurde die Klägerin bis 31. Januar 2012 in der Tagesklinik des S.-Zentrums weiter behandelt. Nach dem Abschlussbericht vom 9. Februar 2012 konnte sie in einem über die letzten drei Wochen der Behandlung recht stabilen Zustand mit deutlich verbesserter Alltagsfähigkeit und teilweise bestehender Arbeitsfähigkeit entlassen werden.

Am 24. Mai 2011 beantragte die Klägerin ausschließlich wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, ICD-10-F 43.1) die Gewährung von Beschädigtenversorgung.

Der Beklagte zog die Akten der Staatsanwaltschaft Freiburg bei, befragte die behandelnde Diplom-Psychologin Dr. R. (Behandlung seit

Januar 2011, insgesamt vier Sitzungen) und ließ die Klägerin durch den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. V. begutachten. Dieser kam in seinem Gutachten vom 31. Mai 2012 zu dem Ergebnis, dass die Klägerin an einer gegenwärtig rückläufigen PTBS, einer initial mittelschweren depressiven Episode, aktuell leichtgradiger Ausprägung, sowie einer andauernden Persönlichkeitsveränderung durch psychische Erkrankung und Dekonditionierung bzw. psychische Minderbelastbarkeit leide. Die depressive Störung habe sich infolge der PTBS entwickelt, hierdurch sei sie an der Teilhabe am sozialen Leben beeinträchtigt. Die Klägerin sei aktuell wieder berufstätig, kümmere sich um die beiden minderjährigen Kinder, das Haus (Wohnfläche 190 qm) und den Garten mit 800 qm, schwimme regelmäßig dreimal pro Woche, sie kaufe ein und bereite das Essen, habe sich einen jungen Hund angeschafft, den sie allein versorge. Der GdS sei direkt nach dem Amoklauf mit 50, seit Februar 2012 mit 30 zu bewerten. Nach Einholung einer versorgungsärztliche Stellungnahme stellte der Beklagte mit Erstanerkennungsbescheid vom 18. Juli 2012 fest, dass die Klägerin am 19. September 2010 Opfer einer Gewalttat im Sinne des OEG geworden sei und als Schädigungsfolge psychoreaktive Störungen entstanden seien. Der GdS betrage für die Zeit vom 19. September 2010 bis 31. Januar 2012 50 und seither 30. Auf dieser Grundlage gewährte der Beklagte der Klägerin eine Beschädigtengrundrente.

Zur Begründung ihres dagegen eingelegten Widerspruchs verwies die Klägerin auf die Einschätzung ihres aktuellen Therapeuten, des Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Sch., machte darüber hinaus geltend, sie wolle weiter privatärztlich behandelt werden, nicht bei der AOK. Der Beklagte holte von Dr. Sch. einen Befundbericht vom 9. Februar 2013 ein, worin dieser darlegte, bei der Klägerin bestehe eine Traumafolgeerkrankung mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten, seit Dezember/Januar mittelgradig, so dass die Bewertung des GdS als zu niedrig empfunden werde. Nachdem Dr. V. in einer ergänzenden Stellungnahme zu seinem Gutachten vom 8. April 2013 an der Auffassung festhielt, der GdS sei zutreffend bewertet, wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 19. Juni 2013 als unbegründet zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 5. Juli 2013 unter Vertiefung ihres Vorbringens Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts hat auch das SG die Klägerin nervenärztlich begutachten lassen. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. E. ist in seinem Gutachten aufgrund der Untersuchung vom 19. November 2013 zu dem Ergebnis gelangt, dass nur die PTBS Folge des Ereignisses vom 19. September 2010 sei und keinen höheren GdS als 30 begründe. Für die depressive Episode, die durch die im Vordergrund stehende Antriebsminderung, vermehrte Schmerzwahrnehmung, Libidominderung, Durchschlaf-, Appetit-, Konzentrationsstörungen und sozialen Rückzug gekennzeichnet sei, und die ihrerseits mit einem weiteren GdS von 30 zu bewerten sei, gelte hingegen, dass sich ein derartiger Zusammenhang durch ein einziges Ereignis nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand zur multifaktoriellen bzw. neurobiologischen Genese von Depressionen nicht sichern lasse. Dr. G. vom versorgungsärztlichen Dienst des Beklagten hat sich dieser Beurteilung angeschlossen.

Die Klägerin hat noch ein Gedächtnisprotokoll über die stattgehabte Untersuchung bei Prof. Dr. E., eine ärztliche Stellungnahme ihres Therapeuten Dr. Sch. sowie verschiedene Veröffentlichungen vorgelegt. Prof. Dr. E. hat sich hierzu ergänzend dahingehend geäußert, dass die von Dr. Sch. vorgelegte Literatur noch nicht einmal dessen Ansichten stütze. Nach übereinstimmenden wissenschaftlichen Standards könnten, wie dies aber der Therapeut Dr. Sch. annehme, nicht einfach alle psychischen Störungen als Traumafolgen gewertet werden, bloße Vermutungen reichten im Übrigen nicht aus, um kausale Zusammenhänge zu begründen.

Mit Urteil vom 18. Dezember 2014 hat das SG die Klage, gestützt auf das Sachverständigengutachten von Prof. Dr. E., mit der Begründung abgewiesen, die Klägerin leide unter zwei abgrenzbaren Diagnosen, von denen nur die PTBS tatbedingt sei und keinen höheren GdS als 30 rechtfertige.

Gegen das am 28. Januar 2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 2. Februar 2015 Berufung mit der Begründung eingelegt, das Gutachten von Prof. Dr. E. berücksichtige nicht seit zehn Jahren bestehende Erkenntnisse. Sie leide nicht an einer vom traumatischen Ereignis unabhängigen depressiven Störung, wobei der GdS bis Februar 2012 mit mindestens 60 und - infolge nachgängiger Behandlungsversuche und leider nur leicht eingetretener Verbesserung - daran anschließend mit einem Mindest-GdS von 50 zu bewerten sei.

Sie hat hierzu eine Veröffentlichung von Dr. H., Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, "Die PTBS im Rahmen von Asylverfahren" vorgelegt, wonach unter anderem der Nachweis des ursächlichen traumatischen Ereignisses bei der Begutachtung nicht gefordert werden könne, vielmehr das Fehlen von Beweisen geradezu charakteristisch sei.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 18. Dezember 2014 aufzuheben sowie den Bescheid vom 18. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Oktober 2013 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, ihr Beschädigtenrente nach einem Grad der Schädigung von mindestens 60 zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hat dargelegt, nach der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. entspreche die Aussage von Dr. E., die Disposition für die Depression könne nicht allein durch den Amoklauf ausgelöst sein, dem derzeitigen medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand zur multifaktoriellen bzw. neurobiologischen Genese von Depressionen. Die PTBS begründe keinen höheren GdS als 30.

In dem anberaumten Erörterungstermin vom 18. Juni 2015 hat die Klägerin über eine Eskalation nach einem Wechsel in eine größere Schule berichtet, deren Schulleiter ihr Trauma nicht ausreichend ernst genommen habe. Ihrer Einschätzung nach wäre ihre Weiterbeschäftigung an der alten Schule uneingeschränkt möglich gewesen. Mit ihrem Ehemann habe sie sich arrangiert, sie kümmere sich überwiegend um die Kinder, für die sie koche und mit denen sie – mit Ausnahme der naturwissenschaftlichen Fächer – für die Schule lerne. Zusätzlich versorge sie noch den Hund und kümmere sich um ihrer Mutter, die langsam dement werde, der sie deswegen im Haushalt helfen und für sie kochen

müsse. Ihre Haushaltshilfe, die sie seit dem Amoklauf vier Stunden wöchentlich beschäftige, bügele und putze auch. Die Behandlung ihrer psychischen Probleme bestehe in einer Medikation mit Antidepressiva, einer Psychotherapie im Rhythmus von zweimal wöchentlich sowie pädagogischem Heilreiten. Sie plane, im Urlaub mit ihrer Tochter in Island zu reiten.

Anschließend ist die Klägerin auf eigenes Kostenrisiko bei der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie E. begutachtet worden. In ihrem Gutachten vom 3. Januar 2016 ist die Sachverständige zu dem Ergebnis gekommen, bei der Klägerin liege keine durchgehende Depremiertheit vor, sondern diese trete nach klägerischen Angaben nur infolge der PTBS auf, was geradezu typisch sei. Sie beschreibt die Klägerin als körperlich fit, mit ungestörter Auffassungs- und Merkfähigkeit sowie formalen Gedankengängen, allerdings mit Ängsten vor großen Menschenansammlungen, Abnahme der Konzentration im Verlauf der Begutachtung, bei der Konfrontation mit dem Amoklauf deutlich sichtbare emotionale Beteiligung. Die Vorgutachten hätten nicht ausreichend berücksichtigt, dass die Arbeitsfähigkeit der Klägerin nur unter erhebliche Energie und Kraft möglich gewesen sei. Die PTBS sei unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis so stark ausgeprägt gewesen, dass ein GdS von 60 zu begründen sei, zumal Klienten meist erst spätfachtherapeutische Behandlung in Anspruch nähmen und mit entsprechenden Wartezeiten zu rechnen sei. Ab der Wiedereingliederung sei es zu einer leichten Besserung gekommen, der GdS sei mindestens mittelgradig ausgeprägt und liege bei 50.

Prof. Dr. E. hat hierzu ergänzend am 3. Juni 2016 Stellung genommen und dargelegt, dass der nur tageweise verminderte Antrieb wie die unauffällige Intentionsbildung, welche die Sachverständige E. beschrieben habe, Zweifel an der Diagnose der depressiven Episode begründe. Des Weiteren erwähne die Sachverständige Wahrnehmungen bei Wahrnehmungsstörungen, die aber zu den inhaltlichen Denkstörungen zählten, da eine richtige Wahrnehmung wahnhaft umgedeutet werde. Die Klägerin selbst habe ihre depressive Episode auf Belastungen am Arbeitsplatz zurückgeführt. Symptome der PTBS seien im Gutachten der Sachverständigen E. nicht mehr erkennbar, es würden nur depressive Symptome beschrieben. Dann wäre sogar der GdS von 30 zu hoch.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten des Beklagten nebst Kopie der Akten der Staatsanwaltschaft Freiburg, Az. 90 UJs 3108/10, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige, insbesondere statthafte Berufung ([§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)) der Klägerin ist unbegründet. Sie hat keinen Anspruch auf höhere Beschädigtenversorgung. Der Beklagte hat daher ihrem darauf gerichteten Antrag zu Recht nur in dem anerkannten Umfang stattgegeben und diesen im Übrigen abgelehnt. Die angefochtene Verwaltungsentscheidung vom 18. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Oktober 2013 erweist sich als rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Das SG hat somit die Klage im Ergebnis richtigerweise abgewiesen.

Streitgegenständlich ist vorliegend eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 1, 4 SGG](#), mit der die Aufhebung der ablehnenden Entscheidung sowie die Verurteilung des Beklagten zur Gewährung einer höheren Beschädigtenrente begehrt wird. Nach [§ 1 Abs. 1 Satz 1 Opferentschädigungsgesetz \(OEG\)](#) erhält, wer – wie die Klägerin – 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). Nach [§ 31 Abs. 1 S 1 BVG](#) erhalten Beschädigte bei einem GdS von 30 eine monatliche Grundrente, deren Höhe nach dem Ausmaß des GdS gesetzlich festgesetzt ist. Schwerbeschädigung liegt vor, wenn ein Grad der Schädigungsfolgen von mindestens 50 festgestellt ist ([§ 30 Abs. 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](#)).

Nach [§ 30 Abs. 16 BVG](#) wird das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Verteidigung und mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung die Grundsätze aufzustellen, die für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des Absatzes 1 maßgebend sind, sowie die für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung nach [§ 1 Abs. 3 BVG](#) maßgebenden Grundsätze und die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage nach [§ 35 Abs. 1](#) aufzustellen und das Verfahren für deren Ermittlung und Fortentwicklung zu regeln. Von dieser Ermächtigung hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Gebrauch gemacht und die Verordnung zur Durchführung des [§ 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG](#) (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV) am 10. Dezember 2008, in Kraft getreten am 1. Januar 2009, erlassen. Alle Einzelheiten werden in der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu [§ 2 VersMedV](#) geregelt. 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).

Mit Erstanerkennungsbescheid vom 18. Juli 2012 hat der Beklagte bestandskräftig ([§ 77 SGG](#)) festgestellt, dass die Klägerin am 19. September 2010 Opfer einer Gewalttat im Sinne des OEG geworden ist, als Schädigungsfolge psychoreaktive Störungen anerkannt und den GdS für die Zeit vom 19. September 2010 bis 31. Januar 2012 mit 50 und seither mit 30 bewertet, was jedenfalls nach dem Ergebnis der Begutachtung mehr als ausreichend ist.

Nach Teil B, Nr. 3.7 VG ist für Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen im Falle leichter psychovegetativer oder psychischer Störungen der GdS 0 bis 20. Bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) 30 bis 40. Bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS 50 bis 70, mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten 80 bis 100.

Dass die psychischen Gesundheitsstörungen im Falle der Klägerin nur in der Zeit vom 19. September 2010 bis 31. Januar 2012 einen GdS von 50, danach allenfalls von 30 begründen, hat das SG unter Berücksichtigung des im Wege des Urkundenbeweises ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 415 ff. Zivilprozessordnung - ZPO](#)) verwerteten Gutachtens von Dr. V., des Sachverständigengutachtens von Prof. Dr. E. sowie der Äußerung des Therapeuten Dr. Sch. im Ergebnis zutreffend dargelegt.

Ob die Funktionseinschränkungen der Klägerin nur durch die PTBS begründet sind oder auch durch die Depression (ICD-10 F 32.1) und ob letztere sich aufgrund des Amoklaufs ausgebildet hat, wie dies Dr. V. und die Sachverständige E. mutmaßen, oder, wie dies der Sachverständige Prof. Dr. E. und sich ihm anschließend Versorgungsarzt Dr. G. meinen, sich vor dem Hintergrund zweier Todesfälle naher Bezugspersonen, dem Arbeitsplatzkonflikt und der schwierigen Ehe entwickelt hat bzw. nicht monokausal auf das eine Ereignis zurückgeführt werden kann, kann letztlich dahingestellt bleiben. Zum einen hat der Beklagte bereits umfassend als Schädigungsfolge "psychoreaktive Störungen" anerkannt, so dass fraglich ist, ob überhaupt ein berechtigtes Interesse an einer der Feststellung der Depression als Schädigungsfolge bestehen würde (Urteil des Senats vom 26. Juni 2014 - [L 6 VU 2236/13 ZVW](#) -, juris, Rz. 76). Zum anderen müsste die durch die Depression begründete Funktionseinschränkung klar von der durch die PTBS verursachten abgrenzbar sein und diese wiederum eindeutig nicht im Sinne des Kausalitätsbegriffes im sozialen Entschädigungsrecht auf das schädigende Ereignis zurückzuführen sein, d. h. also der Amoklauf in seiner Bedeutung und Tragweite für den Eintritt des Erfolges allein mindestens so viel Gewicht haben wie die übrigen Umstände zusammen (so zuletzt BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 - [B 9 V 6/13 R](#) -, juris, Rz. 18). Das kann aus Sicht des Senats so eindeutig wie erforderlich nicht festgestellt werden, zumal die PTBS oft mit einer Depression einhergeht, was der Senat bereits der Diagnosebeschreibung der PTBS entnimmt, wenn auch einiges dafür spricht, dass viele Faktoren für die Entstehung von Depressionen erfüllt sein müssen.

Für das vorliegende Verfahren kann dies dahingestellt bleiben, da die psychoreaktiven Störungen insgesamt - auch unter Einschluss der Depression - funktionell bei der Klägerin keinen höheren als den bereits festgestellten GdS begründen. Zwar hat der Sachverständige Prof. Dr. E. zunächst auch einen Gesamt-GdS von 50 für vertretbar gehalten, wenn die Depression mitberücksichtigt werde. Nach Rückäußerung zum Gutachten der Sachverständigen E. hat er indessen diese Einschätzung nicht mehr aufrechterhalten, die PTBS für zu hoch bewertet erachtet und starke Überschneidungen mit den Symptomen der Depression gesehen, so dass in Übereinstimmung mit Dr. V. insgesamt der GdS mit 30 für beide psychoreaktive Störungen jedenfalls angemessen, aber auch ausreichend ist.

Hierzu ist ergänzend auszuführen, dass das Gutachten der Sachverständigen E. sowie die Gegenäußerung von Prof. Dr. E. vor dem Hintergrund der klägerischen Äußerungen im Erörterungstermin vom 18. Juni 2015 zu ihrem Tagesablauf eher nahelegen, dass der aktuelle GdS mit 30 sogar zu hoch bemessen ist, auch wenn die Klägerin mittlerweile aus der von ihr als belastend empfundenen Berufstätigkeit ausgeschieden ist. Demgegenüber trägt der anfangs anerkannte GdS von 50 dem Ausmaß der Schädigung kurz nach dem Ereignis Rechnung, dies aber auch ausreichend, was sich für den Senat insbesondere aus den Behandlungsberichten des Sigma- Zentrums ergibt, die ein noch stark beeinträchtigtes Bild der Klägerin zeichnen. Damals war die Klägerin zu Alltagsaktivitäten kaum im Stande, sie war nicht arbeitsfähig, bedurfte einer mehrmonatigen Behandlung, auch in stationärer Form. Dies rechtfertigt, die Störung als schwer mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten einzustufen. Ab dem 31. Januar 2012 gilt das indessen nicht mehr, durch die therapeutische Behandlung hat sich der Gesundheitszustand so stabilisieren lassen, dass sie zwar noch stärker behindernd mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit ist, aber nicht mehr vergleichbar mit dem vorhergehenden Ausmaß, was den GdS-Rahmen von 30 bis 40 im unteren Bereich eröffnet.

Der Gutachter Dr. V. und der Sachverständige Prof. Dr. E. haben, letzter nunmehr auch im Berufungsverfahren, dazu im Wesentlichen übereinstimmend in Auswertung der Behandlungsunterlagen dargelegt, dass der GdS nur direkt nach dem Amoklauf mit 50, seit Februar 2012 mit 30 zu bewerten ist. Diese Bewertung war für den Senat in Anbetracht der zahlreichen klägerischen Aktivitäten (Beruf, Hobbys, Alltagsgestaltung) und auch dem Umstand, wie zielgerichtet die Klägerin ihre Ansprüche in den Kliniken (z.B. Behandlerwechsel), gegenüber dem Versorgungsamt (keine Kassenbehandlung) wie auch in ihrer Beschädigtenangelegenheit selbst (mehrere Anrufe, Betreiben in Eigenregie bis zum Klageverfahren) durchzusetzen vermochte bzw. dies versucht hat, schlüssig.

Die abweichende gutachterliche Einschätzung der Sachverständigen E. vermochte den Senat nicht zu überzeugen. Ihr Gutachten leidet aus Sicht des Senats bereits an einer fehlenden Distanz zur Klägerin. So wird beispielsweise unkommentiert wiedergegeben, dass in der Akutklinik "nichts mit der Klägerin gemacht worden sei, es sich nicht um richtige Traumatherapeuten gehandelt habe", was letztendlich den hohen durchgehenden GdS rechtfertigen soll. Dabei berücksichtigt die Sachverständige nicht nur nicht, dass es sich bei dem S.-Zentrum um eine renommierte Klinik handelt, sondern auch der sehr detaillierte Abschlussbericht genau das Gegenteil belegt, insbesondere ein nicht nur behaupteter, sondern tatsächlicher Behandlungserfolg in der Form zu verzeichnen war, dass die Klägerin im Anschluss daran wieder über einen langen Zeitraum arbeitsfähig war. Weiter hat die Sachverständige wesentliche Erkenntnisse aus der nicht überprüften Anamnese der Klägerin geschöpft, obwohl sich die Gutachterin dadurch selbst in wesentlichen Aussagen widersprochen hat. So wird die berichtete angeblich nachlassende Konzentrationsfähigkeit der Klägerin, die dann wesentliches Begründungselement für die Ausprägung der Folgen der PTBS sein soll, von der Sachverständigen damit begründet, dass von ihr zwei Untersuchungstage mit jeweils mehr als zwei Stunden für die Begutachtung für erforderlich erachtet wurden. Das ist nach der forensischen Praxis mit Begutachtungen, die häufig im Klinikalltag stattfinden müssen, auch unter Berücksichtigung dieses Krankheitsbildes ein ungewöhnlicher Zeitrahmen, der für sich allein jedenfalls nicht monokausal - wie von der Sachverständigen - gedeutet werden kann, zumal beide Vorgutachter keine solchen Probleme bei der Begutachtung hatten, demzufolge auch keine Konzentrationsschwächen bemerkten. So hat Dr. V. beschrieben, dass sich die Klägerin sogar im Gespräch zunehmend beruhigen konnte und bei teilweiser übertriebener Gestik und Mimik keine Hinweise auf Konzentrationsstörungen bestanden, die noch anfangs, gerade bei der Behandlung in dem S.-Zentrum, imponierten. Auch Prof. Dr. E. fand sie zu allen Qualitäten orientiert, die Konzentrationsfähigkeit war allein subjektiv explorierbar. Die Anamnese durch die Sachverständige E. belegt sogar das Gegenteil, indem sie eine im Wesentlichen unauffällige Probandin schildert, die lediglich bei der Wiedergabe des Amokerlebnisses eine starke emotionale Beteiligung zeigt, was aber nach der ICD-10 schlicht Diagnosemerkmal der PTBS, nämlich des D-Kriteriums nach DSM-IV-TR 309.81 bzw. der Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung nach ICD-10 F 43.1 ist, keinesfalls aber für die Einordnung des Schweregrades der dadurch begründeten Erkrankung maßgebend ist.

Der von der Sachverständigen behauptete Zustand der Klägerin einer stark durch den Amoklauf behinderten und gezeichneten Person entspricht nicht den anamnestischen Feststellungen im Gutachten. So wird die Klägerin beispielsweise - als nach eigener Einschätzung - körperlich fit, mental ungestört in Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit geschildert, der persönliche Kontakt war sehr schnell herzustellen, also

mit Persönlichkeitsmerkmalen, die zu einer schweren psychischen Erkrankung nicht passen, worauf auch Prof. Dr. E. hingewiesen hat. Dies steht in Übereinstimmung mit den zahlreichen Aktivitäten der Klägerin, die sie gegenüber Dr. V., Prof. Dr. E. und im Erörterungstermin berichtet hat. Auch die Sachverständige E. fand sie nur tageweise im Antrieb gemindert. So war es der Klägerin, bevor es nach Arbeitsplatzkonflikten mit ihrem Vorgesetzten zur Arbeitsunfähigkeit an ihrem neuen Arbeitsplatz kam, möglich, neben ihrer Berufstätigkeit ihre Kernfamilie zu versorgen (Kochen, Wäsche, Einkauf), eine demente Person, nämlich ihre Mutter, zusätzlich zu betreuen, was bekanntermaßen mit erheblichen psychischen und physischen Belastungen einhergeht, ihren - wenn auch reduzierten - Bekanntenkreis zu pflegen (zum Teil tägliche Treffen, gemeinsamer Kinobesuch, Essen gehen), und ihren Hobbys (dem zusätzlich angeschafften Hund, dem großen Garten) und dem Heilreiten nachzugehen, auch in den Urlaub, zuletzt nach Island, zu verreisen. Insgesamt gesehen führt die Klägerin ein ausgefülltes Leben, das nur geringfügig durch die Schädigung limitiert ist. Das ist an sich bereits mit der bei einem GdS von 30 geforderten stärker behindernden Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit auch aus Sicht des Senats schlechterdings nicht vereinbar.

Der angeblich weiter chronifizierte Verlauf mit minimaler Besserung wird von der Sachverständigen - trotz im Falle der Klägerin ununterbrochener, anfangs besonders intensiver mehrmonatiger stationärer Behandlung - damit begründet, dass im allgemeinen keine ausreichende Traumatherapie-Plätze zur Verfügung stehen. Das mag zwar im Allgemeinen richtig sein, trifft aber im Falle der Klägerin gerade nicht zu, die noch in der Klinik, in der der Amoklauf geschah, sofort von Seelsorgern und Psychologen behandelt wurde, was der Senat der zeitnahen Anamnese des Sigma-Zentrums entnimmt. Nach der Entlassung begab sie sich in ambulante psychotherapeutische Behandlung, wechselte allerdings mehrfach die Behandler, weil sie sich von diesen nicht verstanden fühlte. Noch bei Antragstellung wollte sie die Einverständniserklärung über die ärztliche Schweigepflicht nicht unterschreiben und hatte die Suche nach einem aus ihrer Sicht geeigneten Therapeuten auf die Schweiz ausdehnen wollen, was sich aus dem hierüber gefertigten Aktenvermerk ergibt (Bl. 61 V-Akte). Schließlich war sie bei Dr. R. seit Januar 2011 in Behandlung, die sie stationär in das S.-Zentrum einwies, was der Senat deren Befundbericht, den Entlassungsberichten, die schließlich doch beigezogen werden konnten, und nicht zuletzt den Angaben der Klägerin entnimmt. Auch diese Behandlung war von impulsiv-aggressiven Reaktionen der Klägerin mit anschließenden Behandlungsabbrüchen gekennzeichnet, also keinesfalls von dem Bild eines passiven Opfers, wie dies die Sachverständige E. zu zeichnen versucht. Der Behandlungsverlauf mit einem Stufenverhältnis von ambulanter hin zu stationärer Behandlung entspricht im Übrigen auch den gesetzlichen Vorgaben der Subsidiarität von Krankenhausbehandlung, was der Sachverständigen nicht nur bekannt sein musste, sondern auch Zweifel daran weckt, ob die von ihr bemängelte ungenaue Aktenkenntnis anderer Sachverständiger nicht eher ihr selbst zum Vorwurf zu machen ist.

Mit dem von der Klägerin mehrfach berichteten Arbeitsplatzkonflikt, den sie selbst nachvollziehbar als ursächlich für ihre Depression angesehen hat, was angesichts der stützenden Funktion durch eine strukturierte Arbeit und dadurch bedingter strukturierter Tagesgestaltung nachvollziehbar ist, setzt sich die Sachverständige E. nicht ausreichend auseinander, obwohl erst dieser - schädigungsunabhängig - zu einem erneuten Einbruch mit Verschlechterung der Gesundheitssituation geführt hat. Insofern hat die Sachverständige nicht ausreichend die Schädigung abgegrenzt, was aber ihre eigentliche Aufgabe gewesen wäre. Der Senat hat hinsichtlich der letztlich erfolgten Arbeitsplatzaufgabe auch keinen begründeten Zweifel daran, dass nicht die Schädigung selbst zu der Dienstunfähigkeit geführt hat, sondern die Umstände an der neuen Schule. So hat die Klägerin zuletzt im Erörterungstermin selbst bestätigt, dass sie an der alten Schule noch hätte weiterarbeiten können.

Soweit Dr. Sch. - ohne genaue Kenntnis der Akten - den Sachverhalt anders beurteilt haben will, ungeachtet dessen, dass er die Störung selbst nur als mittelgradig, also auch im Bereich von 30 bis 40, bezeichnet hat, so hat bereits Prof. Dr. E. zutreffend auf den Interessenkonflikt hingewiesen. Insoweit muss nach der Rechtsprechung des Senats (Urteil vom 25. August 2016 - [L 6 VG 3508/12](#) -, juris, Rz. 69) 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 dessen Angaben in der Regel nicht kritisch in Frage gestellt werden (so auch Stevens, DSM-V: Bedeutung für die Begutachtung, Der Medizinische Sachverständige 2015, S. 162 ff., Urteil des Senats vom 17. Dezember 2015 - [L 6 VG 4685/14](#) -, juris, Rz. 52). Deswegen kommt der Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen auch grundsätzlich ein höherer Beweiswert zu (vgl. auch Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 17. Januar 2012 - [L 11 R 4953/10](#)).

Aus dem amtsärztlichen Zeugnis der Dr. Z. ergibt sich nichts anderes. Zwar hat die Klägerin danach schädigungsbedingt ihren Arbeitsplatz aufgeben müssen, wovon der Senat nach den klägerischen Angaben gerade nicht ausgeht, jedenfalls war aber für diese Einschätzung nicht erheblich, in welchem Ausmaß sie geschädigt ist bzw. welcher GdS dadurch begründet wird, sondern allein die Prognose der weiteren Arbeitsfähigkeit.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 SGG](#) beruht.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-10-18