

L 6 VG 3769/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 11 VG 3573/13

Datum

30.07.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 VG 3769/15

Datum

01.06.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Beklagten und die Anschlussberufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 30. Juli 2015 werden zurückgewiesen.

Auf die Klage des Klägers wird die Regelung nach Ziffer I 3 des Bescheids des Beklagten vom 24. November 2015 aufgehoben.

Der Beklagte erstattet dem Kläger drei Viertel der außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens.

Tatbestand:

Der Beklagte wendet sich mit seiner Berufung gegen seine Verurteilung zur Gewährung einer höheren Beschädigtenversorgung nach dem Opferentschädigungsrecht. Der Kläger begehrt mit seiner Anschlussberufung eine noch höhere Versorgung. Er wendet sich ferner gegen einen während des Berufungsverfahrens ergangenen Bescheid, mit dem der Beklagte festgestellt hat, die ursprüngliche Anerkennung einer Schädigung des Herzens als Folge der Gewalttat sei rechtswidrig gewesen, und auf Grund dessen die laufende Beschädigtenversorgung von künftigen Erhöhungen ausgenommen worden ist.

Der im Jahre 1952 geborene Kläger war als beamteter Lehrer im Dienst des Beklagten tätig. Er wurde im Jahre 2008 vorzeitig in den Ruhestand versetzt. Dieser Pensionierung lagen Folgen einer Bluthochdruckerkrankung sowie eine depressive Episode zu Grunde.

In der Zeit vor der hier streitigen Gewalttat war der Kläger bei seinem Hausarzt Dr. K. und bei dem Internisten und Kardiologen Dr. Sch. wegen des Bluthochdrucks und einer daraus entstandenen Linksherzhypertrophie in Behandlung. Dr. Sch. hatte bei echokardiografischen Untersuchungen am 20. Januar 2006 und am 29. Januar 2008 jeweils keine Schädigungen oder Insuffizienzen der Mitralklappe festgestellt.

Der Kläger meldete sich am 30. Mai 2010 gegen 23.30 Uhr telefonisch bei der Polizei. Er gab an, er habe in O. einen Brief bei seiner Bank eingeworfen, dabei sei er von einer zufällig vorbeikommenden männlichen Person grölend angegangen und grundlos zusammengeschlagen worden. Der Täter habe sich entfernt. Er - der Kläger - sei zu seinem Fahrzeug gegangen und habe die Polizei angerufen. Die Streife des Polizeivollzugsdienstes, die noch vor Mitternacht am Tatort erschien, führte in ihrem späteren Bericht aus, eine medizinische Behandlung des Klägers sei nicht vonnöten gewesen, im Gesicht hätten keine augenscheinlichen Verletzungen festgestellt werden können, am linken Schienbein sei eine leicht blutende Wunde zu sehen gewesen. Der Kläger wies gegenüber den Polizeibeamten auf einen vorbeikommenden Mann hin, welcher der Täter gewesen sein könne. Dieser wurde kontrolliert ein Tatverdacht ergab sich nicht. Nach den späteren Feststellungen in diesem Verfahren war kurz nach der Polizei auch der Sohn des Klägers, sein späterer Prozessbevollmächtigter, vor Ort anwesend.

Der Kläger stellte sich eine halbe Stunde nach der Tat, am 31. Mai 2010 gegen 00:36 Uhr, im O.-Klinikum vor. In dem Ambulanten Behandlungsschein der dortigen Notfallambulanz wurden eine leichte Schwellung am unteren Orbitarand, ein äußerlich reizloses rechtes Ohr und eine 3 x 5 cm große Hautabschürfung am rechten Schienbein und leichte Belastungszeichen festgestellt. Später wurde auf diesem Schein "Thoraxkompressionsschmerz links, Hemithorax links, keine Fraktur" sowie "inneres Konsil wegen thorakaler Beschwerden" hinzugefügt. In einem weiteren "Arztbericht aus der Ambulanz" wurden zunächst "multiple Prellungen (Gesicht, Kopf, Extremität)" und eine Schürfung am rechten Unterschenkel notiert und eine Vorstellung beim HNO-Arzt vorgeschlagen. Später wurde auf diesem Bericht in der Zeile mit den "multiplen Prellungen" der Zusatz "Thorax" und am Ende zusätzlich der Hinweis "s. internistisches Konsil (Kopie)" hinzugefügt. Der in Bezug genommene Bericht über das internistische Konsil am 31. Mai 2010 verwies auf die beigefügten Ergebnisse einer Laboruntersuchung des Blutes von 01:14 Uhr und auf ein ebenfalls durchgeführtes EKG mit den Ergebnissen "SR 67/min, CT, pos. Sokolow-

Lyon-Index als Zeichen d. Linksherzhypertrophie". Eine weiterhin durchgeführte Röntgenuntersuchung habe eine "allenfalls leichtgradige Stauung" ergeben, ein Pneumothorax und eine Mediastinalveränderung wurden als ausgeschlossen gekennzeichnet. Der Kläger wurde noch am 31. Mai 2010 wieder entlassen.

Der erste Arztkontakt nach seiner Entlassung fand am 8. Juni 2010 bei dem Orthopäden Dr. R. statt. Dieser bemerkte auf der Brust ein oberflächliches Hämatom.

Bei seiner Vernehmung als Zeuge am 11. Juni 2010 in dem gegen unbekannt geführten Ermittlungsverfahren (201 UJs 19964/10) gab der Kläger schriftlich an, der Täter habe ihn mit beiden Fäusten auf den Kopf geschlagen und ihn dabei am rechten Ohr und in der linken Gesichtshälfte getroffen. Er - der Kläger - sei gestürzt, habe sich dann wieder aufgerappelt und sei geflohen. Der Täter habe ihn verfolgt und mit voller Wucht gegen sein rechtes Bein getreten, sodass er wieder gestürzt sei und auf dem Bauch auf der Straße gelegen habe. Der Täter habe sodann mehrere Male von hinten und von der linken Seite gegen seine Rippen getreten, sich über ihn gebeugt und mit beiden Fäusten in den Nacken, auf den Kopf und auf den Rücken geschlagen. Dann habe er unvermittelt abgelassen und sei fortgegangen. Akut, so der Kläger, beständen noch die offene Wunde am Unterschenkel, eine massive Rippenschwellung links und erhebliche Atembeschwerden. Er legte auch medizinische Unterlagen aus dem O.-Klinikum vor.

Am 16. Juni 2010 stellte sich der Kläger bei seinem Hausarzt, Facharzt für Inneres Dr. K., vor. Im Vordergrund der Behandlung standen zunächst die Wunden. Ab Anfang August 2010 trat bei dem Kläger zunehmende Atemnot auf, die zunächst unter der Vermutung eines Asthma bronchiale im Klinikum O. behandelt wurde (vgl. Befundschein von Dr. K. vom 15. Februar 2011). Nachdem diese Behandlung keinen Erfolg zeitigte, diagnostizierte Dr. P. vom Klinikum O. erstmals in dem Arztbrief vom 11. September 2010 eine hypertensive Entgleisung mit Verdacht auf eine beginnende kardiale Dekompensation. Dieser Verdacht wurde bei den Untersuchungen des Kardiologen Dr. Sch. am 23. und 24. September 2010 bestätigt, der eine stationäre Untersuchung mit ggfs. Operation empfahl (vgl. Befundschein von Dr. Sch. vom 25. März 2011). Der Kläger wurde noch am 24. September 2010 stationär in das Klinikum E. aufgenommen. Dort wurden eine dekompensierte Herzinsuffizienz mit Pleuraerguss, rechts mehr als links bei schwerer Mitralinsuffizienz unklarer Genese und entgleistem Hypertonus sowie anamnestisch ein Asthma bronchiale diagnostiziert. Ambulant sei bereits eine schwere Mitralinsuffizienz festgestellt worden, "am ehesten auf dem Boden eines Hinterwandinfarkts". Der Kläger sei über die unter Umständen lebensbedrohlichen Begleiterscheinungen aufgeklärt worden, eine weitere kardiale Abklärung und eine Operation seien empfohlen worden. Er habe jedoch am 25. September 2010 entgegen ärztlichem Rat das Krankenhaus verlassen. Bei weiter persistierenden Beschwerden stellte er sich am 5. November 2010 im Herzzentrum Bad K. vor. Dort diagnostizierte Dr. J. eine dekompensierte Herzinsuffizienz bei schwerer Mitralklappeninsuffizienz wegen eines Chorda-Abrisses am vorderen Segel. Als kardiologische Risikofaktoren wurde eine arterielle Hypertonie genannt. Die Mitralklappe wurde als prinzipiell rekonstruierbar eingestuft. Die entsprechende Operation ("Mitralklappenrekonstruktion mit lateraler Thorakotomie, Implantation eines 32 mm Physiorings und 22 mm loops") führte Prof. Dr. Dr. B. am 25. November 2010 durch. In dem Operationsbericht von diesem Tag führte er unter anderem aus, das gesamte Gewebe sei rötlich verändert im Sinne einer Inflammation. Am A1- und A2-Segment seien die Sehnenfäden abgerissen und der Ring sei dilatiert. Die weitere Operation sei regelgerecht verlaufen. In dem Behandlungsbericht von Prof. Dr. Dr. B. vom 1. Dezember 2010 war unter "weitere Diagnosen" auf "multiple Verletzungen nach Überfall Mai 2010" hingewiesen worden. Der Kläger blieb bis zum 6. Dezember 2010 in stationärer Nachbehandlung. In dem Entlassungsbericht des Herzzentrums, Prof. Dr. N., vom 8. Dezember 2010 war ausgeführt, es bestehe auch eine "paranoide Psychose nach posttraumatischer Belastungsstörung 05/2010". Es stehe zur Diskussion, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Überfall mit Trauma im Bereich des Brustkorbs und dem Klappenfehler im Sinne eines traumatischen Chorda-Abrisses gebe. Eine solche Genese sei am ehesten anzunehmen. Postoperativ sei es zu einer paranoid psychotischen Dekompensation gekommen, die zurückgegangen sei. Der Zustand nach der Operation sei gebessert und zufriedenstellend gewesen. Es sei eine Anschlussheilbehandlung in der vor Ort gelegenen Theresienklinik in die Wege geleitet worden. Diese habe der Kläger jedoch abgelehnt.

Die Staatsanwaltschaft Offenburg stellte das gegen unbekannt geführte Ermittlungsverfahren am 7. Juli 2010 ein. Auf eine - informelle - Beschwerde des Klägers hin nahm sie es wieder auf und führte es nunmehr gegen den Passanten, den die Polizei am Tatabend kontrolliert hatte (211 Js 14651/10). Dieser wurde am 2. Dezember 2010 als Beschuldigter vernommen. Mit Verfügung vom 24. März 2011 wurde das Ermittlungsverfahren erneut eingestellt.

Bereits mit Schreiben vom 12. Oktober 2010 hatte sich das baden-württembergische Landesamt für Besoldung und Versorgung an das zuständige Landratsamt (Versorgungsamt) gewandt und auf die bislang geleistete Beihilfe an den Kläger hingewiesen. Diese Aufwendungen seien "vorfallbedingt". Beigefügt war unter anderem eine Rechnung des O.-Klinikums vom 14. Juni 2010, in welcher auch die Kosten eines "EKG in Ruhe" sowie einer Untersuchung "Thorax durch Internisten" am 31. Mai 2010 aufgeführt waren. Auf Nachfrage des Beklagten stellte dar-aufhin der Kläger am 23. November 2010 förmlich einen Antrag auf Gewährung einer Beschädigtenversorgung. Er machte als Folge der Gewalttat einen Herzklappenabriss geltend.

Der Beklagte zog die medizinischen Unterlagen bei, darunter den Arztbrief von Dr. K. vom 15. Februar 2011 und die Unterlagen des Herzzentrums Bad K ... Hierbei gelangten zwei bzw. drei der Berichte aus der Erstbehandlung im Klinikum O. am 31. Mai 2010 in unterschiedlichen Fassungen zur Akte, wobei einmal die jeweiligen Hinweise auf Thoraxbeschwerden und das internistische Konsil enthalten waren und einmal nicht. Weiter gelangten Rechnungen der privaten Krankenkasse des Klägers zur Akte, aus denen sich ergab, dass Dr. K. den Kläger im August 2010 - auch - wegen "Belastungsreaktion, Hypertonie, chronisch-venöse Insuffizienz, COPD, Verletzung, posttraumatische Belastungsstörung" behandelt hatte. Ferner wurde das Attest des Neurologen Dr. W. vom Herzzentrum Bad K. vom 30. November 2010 beigezogen, in dem ausgeführt war, bei dem Kläger sei es vor dem Hintergrund einer posttraumatischen Belastungsstörung nach einem unmotivierten Überfall und nach der deshalb erforderlich gewordenen Herzoperation zu einer paranoid-psychotischen Dekompensation gekommen. Kardiologe Dr. Sch. teilte dem Beklagten am 25. März 2011 mit, er behandle ihn seit 2006 wegen einer schweren Hypertonie. Während mehrfacher kardiologischer Untersuchungen zwischen 2006 und März 2008 hätten zu keinem Zeitpunkt eine Mitralklappeninsuffizienz oder ein -prolaps vorgelegen. Es müsse daher von dem seltenen Fall einer traumatisch bedingten Mitral-insuffizienz ausgegangen werden. Die - für das spätere Verfahren relevanten - Arztbriefe der Jahre 2006 und 2008 legte Dr. Sch. seinem Schreiben nicht bei.

Der Kläger stellte sich Anfang 2011 bei dem Kardiologen Dr. G. vor. Dieser teilte in dem Arztbrief vom 30. August 2011 mit, er habe in einer Verlaufskontrolle am 24. Februar 2011 eine neuerliche hochgradige Mitralklappeninsuffizienz bei Ausriss des eingebrachten Anuloplastie-

Rings festgestellt. Dieser Befund habe sich im Herzzentrum Bad K. betätigt. Es sei noch nicht absehbar, ob eine weitere Operation nötig werde, bei der dann vermutlich eine Kunstklappe implantiert werden müsse. Der Herzschaden des Klägers sei auf das Thoraxtrauma zurückzuführen, das er bei dem Überfall am 30. Mai 2010 erlitten habe. Daneben beständen Unfallfolgen auf psychiatrischem und zahnärztlichem Gebiet.

Der Beklagte holte das kardiologische Gutachten bei Prof. Dr. v. H., Herzzentrum L., vom 18. August 2011 ein. Darin ist ausgeführt, es erscheine als sehr wahrscheinlich, dass die erstmals am 24. September 2010 diagnostizierte hochgradige Mitralsuffizienz Folge des tödlichen Angriffs sei. Bei den Voruntersuchungen bei Dr. Sch. seien pathologische Veränderungen der Herzklappen nicht beschrieben worden. In der internationalen Literatur gebe es zahlreiche Beispiele für Chorda-Abrisse mit konsekutiver Mitralsuffizienz nach einem Thoraxtrauma auf Grund von Autounfällen oder äußerer menschlicher Gewalteinwirkung. Für den Zustand nach einer erfolgreichen operativen Mitralklappenrekonstruktion wäre eine MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) bzw. ein GdS (Grad der Schädigungsfolgen) von 10 bis 30 anzunehmen. Nachdem die Operation keinen dauerhaften Erfolg gezeitigt habe, sich der Kläger aber für eine Zweitoperation nicht entscheiden könne, müssten die MdE bzw. der GdS zurzeit mit 100 eingeschätzt werden. Prof. Dr. v. H. teilte auch die Ergebnisse einer EKG-Untersuchung sowie den Blutdruck des Klägers mit, wobei der systolische Wert in Ruhe oft bei 150 oder 160 mmHg liege. Auch die Ergebnisse der Laboruntersuchung wurden zur Akte gereicht.

Dr. G. teilte ergänzend mit, der Kläger sei weiterhin nur mäßig belastbar, im August 2011 sei eine Ergometrie bis zu einer Belastung mit 100 W und noch 30 sec. bis zu 125 W geführt und dann wegen Luftnot, aber auch Gelenksbeschwerden, beendet worden. Die Blutdruckwerte gab er als morgens erhöht und abends im akzeptablen Bereich an. Bei den Messungen im März 2011 hätten sich 142/90 mmHg links und 152/92 mmHg rechts und im August 2011 die Werte von 160/100 bzw. 162/110 mmHg ergeben.

Dr. W. teilte am 30. September 2011 mit, der Kläger sei zuletzt im März bei ihm gewesen und habe sich dabei weiterhin sehr ängstlich und misstrauisch gezeigt. Für eine vorbestehende psychische Erkrankung gebe es keine Hinweise.

Die Fachärztin für Allgemeinmedizin L. vom Versorgungsärztlichen Dienst des Beklagten lud den Kläger zu einer weiteren Untersuchung. In ihrem Gutachten vom 15. Februar 2012 führte sie aus, er habe Kompressionsstrümpfe getragen und ausgeführt, die dauerhaften Beschwerden am Bein hätten nach dem Überfall begonnen. Es seien auch Zähne geschädigt worden, die hätten gezogen werden müssen. Der Täter habe ihn massiv in den Brustkorb getreten. Einen hohen Blutdruck habe er schon vor der Tat gehabt, er sei deswegen als Sonderschullehrer vorzeitig pensioniert worden. Nach der Zurruhesetzung habe sich der Blutdruck auf 140/ bzw. 150/90 mmHg normalisiert und er habe alle Medikamente abgesetzt. Er sei jetzt wegen der Herzbeschwerden schlecht belastbar und gerate leicht außer Atem. Das Gehen sei wegen einer Coxarthrose schon vor der Tat schwierig gewesen. Er fahre Fahrrad, müsse bei Steigungen schieben, und gehe schwimmen. Er habe seit dem Überfall "komische Alpträume" und Angst vor der weiteren Entwicklung des Herzens. Er habe Angst vor der Dunkelheit und sei beim Autofahren schreckhaft geworden, drücke immer den Verriegelungsknopf. Nach einer Auswertung der vorhandenen ärztlichen Unterlagen führte Versorgungsärztin L. aus, entsprechend dem Vorschlag von Prof. Dr. v. H. sei die Herzklappeninsuffizienz, nachdem sie durch Vorerkrankungen nicht erklärt werden könne, auch nicht durch den früher bestehenden hohen Blutdruck, als Folge der Schädigung anzuerkennen. Sie bedinge aber nach den vorliegenden Ergebnissen der Laboruntersuchung und des EKG nur einen GdS von 50. Die weiteren Unfallfolgen seien ausgeheilt, die Verdickung des rechten Beins sei nicht unfallbedingt. Es könne aber weiterhin eine psychoreaktive Störung anerkannt werden, die angesichts der geringen Beeinträchtigung der Lebensführung einen GdS von 10 nach sich ziehe. Der Gesamt-GdS betrage 50.

Gestützt hierauf erließ der Beklagte den Erstanerkennungsbescheid vom 20. März 2012. Darin wurden als Folgen der Gewalttat vom 30. Mai 2010 eine Herzleistungsminderung bei Mitralklappenringausschnitt nach traumatischer Mitralklappeninsuffizienz und eine psy-cho-reaktive Störung anerkannt. Der daraus folgende GdS betrage 50. Auf dieser Basis wurde ab dem 1. Mai 2010 eine Beschädigtengrundrente (anfangs EUR 226,00 im Monat) gewährt.

Der Kläger legte Widerspruch ein und begehrte die Anerkennung eines höheren GdS. Prof. Dr. v. H. habe allein für die Herzschädigung einen GdS von 100 für angemessen gehalten.

Auf Nachfrage des Beklagten nahm Prof. Dr. v. H. am 2. Mai 2012 ergänzend Stellung. Nach einer Auswertung aktueller kardiologischer Befunde schlug er vor, für die Schädigung des Herzens einen GdS von 70 und daraus folgend einen Gesamt-GdS von 80 anzuerkennen. Der Kläger legte das Attest von Dr. W. vom 15. Mai 2010 vor, der stärkere Symptome der psychischen Erkrankung beschrieb und einen GdS von 40 bis 50 auf psychiatrischem Gebiet annahm.

Zur Akte gelangte ferner das Gutachten vom 26. September 2012, das Dr. B. vom Universitäts-Herzzentrum F. im Auftrage einer privaten Versicherung des Klägers erstellt hatte. Darin ist ausgeführt, auf Grund der notierten Thoraxschmerzen und des internistischen Konsils in den Berichten des O.-Klinikums vom 31. Mai 2010 sei von Tritten in den Brustbereich auszugehen. Leider sei keine Ultraschall-Untersuchung durchgeführt worden. Die Behandlungen in den Jahren 2006 bis 2008 seien nicht wegen erheblicher koronarer Vorerkrankungen erfolgt, sondern wegen einer schwer einstellbaren Hypertonie und einer daraus folgenden hypertensiven Herzveränderung. Die echokardiographischen Untersuchungen vom 20. Januar 2006 und 29. Juni 2008 (gemeint: 29. Januar 2008) zeigten eine völlig intakte Mitralklappe ohne Mitralsuffizienz und ohne Chorda-Abriss. Die Beurteilung des Zusammenhangs zu dem Überfall könne nur Wahrscheinlichkeiten ergeben. Für einen Zusammenhang sprächen das unauffällige subjektive Befinden des Klägers von kardiovaskulärer Seite und die unauffälligen Voruntersuchungen vor dem Überfall, ferner das hier bei erlittene Thorax-Trauma. Dass unmittelbar danach keine Atemnot bestanden habe, sondern sich diese über mehrere Wochen progredient entwickelt habe, spreche nicht gegen einen Zusammenhang. Es gebe nach der wissenschaftlichen Literatur Ausnahmen von einer sofortigen Symptomatik. So könne es sein, dass durch das Trauma selbst nur einer von mehreren Haltefäden des Mitralklappen-Halteapparats abgerissen sei und dann über die veränderte Zugbelastung der anderen Fäden sekundäre serielle weitere Abrisse entstanden, die aber der Initialverletzung geschuldet seien. Deutlich für eine hohe Wahrscheinlichkeit der Verursachung spreche der Operationsbericht vom 25. November 2010, der eine ungewöhnliche Rötung des linken Vorhofs ausweise, weswegen auch der Operateur Prof. Dr. B. den "extrem seltenen Anuloplastieausschnitt auf die mögliche Gewebeschädigung des Mitralklappenrings" zurückführe. Auch Dr. B. verwies in seinem Gutachten auf medizinische Werke zu traumatisch bedingten Chorda-Abrissen, von denen er eines benannte (S. 5). Die - zivilrechtlich relevante - Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit gab Dr. B. mit 100 % an. Eine Besserung sei nur durch eine erneute Operation zu erwarten.

Der Beklagte versuchte nunmehr, die medizinischen Unterlagen aus dem Verfahren über die vorzeitige Zuruhesetzung des Klägers beizuziehen. Zur Akte gelangte insoweit - nur - das Amtsärztliche Zeugnis von Dr. B. vom 4. Februar 2008. Darin war ausgeführt, diagnostisch beständen eine rezidivierende depressive Episode (schwer bis mittelgradig) mit somatischem Syndrom, eine Somatisierungsstörung, eine Bluthochdruckerkrankung mit hierdurch bedingter Herzerkrankung bei guter systolischer Pumpfunktion des linken Ventrikels, ein Diabetes mellitus, ein Asthma bronchiale, Hüftgelenks- und Kniegelenksarthrosen rechts und verdachtsweise ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom. Auch die körperlichen Symptome hätten sich durch die am Arbeitsplatz erlebten Stress-Situationen verschlechtert. Wegen des Bluthochdrucks sei der Kläger seit Weihnachten 2005 krankgeschrieben. Auch wenn die somatischen Beeinträchtigungen nicht vollständig hätten untersucht werden können, weil er die dafür notwendigen diagnostischen Untersuchungen abgelehnt habe, rechtfertigten doch allein die psychischen Beeinträchtigungen die Zuruhesetzung.

Im Auftrag des Beklagten erstattete Dr. B. das nervenärztliche Gutachten vom 16. Januar 2013. Der Kläger habe zu den Vorbefunden ausgeführt, er sei damals von seinem stellvertretenden Schulleiter gemobbt worden. Weitere Fragen zum psychischen Befinden nach der Zuruhesetzung habe er bei der Untersuchung nicht beantworten wollen. Er habe angegeben, er habe vor Beginn des Lehramtsstudiums nicht zur Bundeswehr gemusst. Aktuell bestehe keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Er habe seit dem Überfall Alpträume und Ängste, insbesondere vor Dunkelheit und beim Autofahren, ferner wegen der Herzerkrankung. Dr. B. führte aus, die vor der Pensionierung beschriebene depressive Erkrankung liege jetzt nicht mehr vor. Der Kläger habe Probleme, die Geschehnisse und die Herzerkrankung zu verarbeiten. Es handle sich um eine mäßiggradig ausgeprägte posttraumatische Symptomatik, die als psychoreaktive Störung zutreffend anerkannt sei und einen GdS von 20 nach sich ziehe. Eine Besserung sei bei einer Behandlung, die der Kläger ablehne, möglich.

Nach einer weiteren Stellungnahme von Versorgungsärztin L. vom 18. Februar 2013, die sich hinsichtlich des GdS auf psychiatrischem Gebiet der Einschätzung von Dr. B. anschloss und einen Gesamt-GdS von 60 vorschlug, erließ der Beklagte den Teil-Abhilfe-Bescheid vom 19. April 2013, in dem bei ansonsten unveränderten Feststellungen der GdS auf 60 und daraus folgend die Beschädigtengrundrente ab 1. Mai 2010 auf nunmehr (anfangs) EUR 286,00 erhöht wurden.

Den weiter aufrecht erhaltenen Widerspruch des Klägers wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 8. Juli 2013 zurück. Die von Prof. Dr. v. H. und Dr. G. vorgeschlagenen höheren GdS-Werte für die Herzerkrankung stimmten nicht mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen überein.

Hiergegen hat der Kläger am 6. August 2013 Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben. Er hat eine Verurteilung des Beklagten zur Gewährung einer Beschädigtenversorgung nach einem GdS von 100 seit dem Überfall beantragt.

Von Amts wegen hat das SG das internistische Gutachten bei Dr. W., dem Chefarzt der H.-Kliniken B., vom 20. Februar 2014 eingeholt. Auch dieser Sachverständige ist nach den Unterlagen aus dem O.-Klinikum und den Angaben des Klägers von Tritten gegen den Oberkörper ausgegangen. Es beständen jetzt ein Zustand nach traumatisch bedingtem Chorda-Abriss am vorderen Mitralsegel, nach semi-invasiver Operation und nach Rezidiv der hochgradigen Mitralklappeninsuffizienz durch Ablösung des eingebrachten Rings. Die Herzinsuffizienz liege im Stadium NYHA IV von September bis November 2010 und - erneut - mindestens im Stadium III seit März 2011 vor. Daneben bestehe eine posttraumatische Belastungsstörung. Wie bereits Dr. B. ausgeführt habe, sei der Chorda-Abriss mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die körperliche Misshandlung zurückzuführen, auch wenn sich die klinischen Zeichen der Mitralklappeninsuffizienz erst Wochen später gezeigt hätten. Für einen Wahrscheinlichkeitszusammenhang sprächen die Beschwerdefreiheit vor dem Überfall und die unauffälligen echokardiographischen Untersuchungen bei Dr. Sch. in den Jahren 2006 und 2008. Es sei anerkannt, dass heftige auf den Thorax einwirkende Traumata wie z.B. Verkehrsunfälle zu Chorda-Abrissen führen könnten. Der klinische Verlauf spreche nicht gegen eine Verursachung. Es sei davon auszugehen, dass der Überfall - nur - eine Schädigung oder eine Teilruptur der Sehnenfäden des anterioren Mitralsegels verursacht habe, der dann längerfristig der mechanischen Belastung, der eine Herzklappe natürlicherweise ausgesetzt sei, nicht mehr Stand gehalten habe. Der Durchriss der Fäden dürfte vier bis sechs Wochen nach dem Überfall aufgetreten sein. Auch die posttraumatische Belastungsstörung hat Dr. W. auf den Überfall zurückgeführt. Zu den Funktionseinschränkungen hat der Sachverständige im Einzelnen Stellung genommen. Hinsichtlich der Lungenfunktion hat er die Vitalkapazität (VC) mit 62 %, die Einsekundenkapazität (FEV1) mit 61 % und die FVC (Tiffeneau-Index) mit 51 % der Norm gemessen. Es bestehe eine restriktive Lungenfunktionseinschränkung. Nach diesen Werten und der mangelnden Leistungsfähigkeit hinsichtlich der Ergometerbelastung sei der GdS für die Herzschildigung mit 70 einzuschätzen. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ohne erneute Operation sei nicht zu erwarten, eher eine Verschlechterung. Die posttraumatische Belastungsstörung bedinge einen GdS von 30. Der Gesamt-GdS sei mit 80 realistisch eingeschätzt.

Der Beklagte ist unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. R. vom 22. April 2014 diesen Feststellungen und Schlussfolgerungen entgegengetreten. Darin hat er zum ersten Mal ausgeführt, Tritte in den Thoraxbereich ergäben sich aus den polizeilichen Ermittlungen und den Unterlagen aus dem O.-Klinikum nicht. Insbesondere seien dort Frakturen und ein Hemithorax ausgeschlossen worden, Prellmarken oder Hämatome im Brustbereich nicht verzeichnet worden. Die insoweit relevanten Laborwerte seien unauffällig gewesen. Vor diesem Hintergrund könne die Situation nicht mit jenen Fällen verglichen werden, in denen nach den Ausführungen von Prof. Dr. v. H. und Dr. W. in der Literatur traumatisch bedingte Chorda-Abrisse beschrieben worden seien. Ferner bestehe bei dem Kläger eine linksventrikuläre Hypertrophie, die womöglich auf die vorbestehende Bluthochdruckerkrankung zurückzuführen sei. Der Kläger habe zwar angegeben, der Blutdruck habe sich nach der Pensionierung normalisiert, aber er habe auch alle Antihypertonika abgesetzt. Es seien daher Befunde über den Blutdruck aus der Zeit nach der Pensionierung vonnöten. Dies gelte auch im Hinblick auf die geltend gemachten psychischen Beschwerden. Es sei der Frage nachzugehen, warum der Kläger nicht bei der Bundeswehr gewesen sei, wobei damals allgemeine Wehrpflicht geherrscht habe. Dr. R. hat hinsichtlich der Herzerkrankung angeführt, es beständen erhebliche Zweifel daran, dass diese zu Recht anerkannt worden sei.

Das SG hat daraufhin aus dem damaligen Pensionierungsverfahren des Klägers noch das Kurzgutachten von Prof. Dr. W. vom 21. Januar 2008 (rezidivierende depressive Störung, schwer bis mittelgradig, mit somatischem Symptom; Somatisierungsstörung) beigezogen.

Der Kläger hat darauf hingewiesen, dass der Kausalzusammenhang zwischen dem Überfall und der anerkannten Herzschildigung nicht streitgegenständlich sei. Ferner hat er das Gutachten von Prof. Dr. H., Chefarzt des P. Bad K., vom 13. März 2014 zur Akte gereicht, welches das Landgericht (LG) Offenburg, in einem Zivilprozess zwischen dem Kläger und seiner privaten Versicherung (2 O 100/13) eingeholt hatte.

In jenem Gutachten hat der Sachverständige ausgeführt, es bestehe mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang zwischen dem Überfall und der Mitralklappenschädigung. Er habe Tritte gegen den Brustkorb erlitten. Die kardiologischen Untersuchungen bei Dr. Sch. in den Jahren 2006 und 2008 seien unauffällig gewesen. Es sei hinreichend bekannt, dass eine äußere Gewalteinwirkung im Bereich des Brustkorbs zu Abrissen der Chordae führen könne; beispielhaft nannte Prof. Dr. H. eine Literaturstelle. Das zeitliche Intervall bis zum Eintreten der hochgradigen Mitralklappeninsuffizienz von zwei Monaten bis zur Symptomatik und vier Monaten bis zur Diagnose spreche keinesfalls gegen einen Ursachenzusammenhang. Eine Verletzung des Halteapparats könne unter den hämodynamischen Belastungen des Herzens zu einem späteren Abreißen der Haltefäden führen; auch dies beschreibe der genannte Artikel hinreichend. Die Invalidität des Klägers sei (zivilrechtlich) mit 100 % zu bewerten.

Weiterhin hat das SG bei dem damals behandelnden Kardiologen Dr. Sch. die Befundberichte aus der Zeit vor dem Überfall beigezogen, darunter - erstmals direkt - die Berichte über die echokardiographischen Untersuchungen am 20. Januar 2006 und vom 29. Januar 2008.

Aus dem O.-Klinikum O. ist noch der radiologische Bericht über die Untersuchung des Thorax am 31. Mai 2010 (01:24 Uhr) zur Akte gelangt, der ein etwas hochstehendes Zwerchfell, aber keine Hinweise für Pleuraergüsse, Hämato- oder Pneumothorax ergeben hatte.

Der Beklagte hat zu diesen Ermittlungsergebnissen die weitere versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. R. vom 17. Dezember 2014 zur Akte gereicht. Darin wird auf die von Dr. Sch. 2006 beschriebene Belastungsdyspnoe im Stadium NYHA II und den hohen Blutdruck von bis zu 180/110 mmHg im November 2006 und nach Absetzen der Blutdruckmedikamente von 170/120 mmHg im Januar 2008 hingewiesen. Es habe eine mittelschwere Kam-mer-hypertrophie links bestanden. Es sei daran festzuhalten, dass ein ausreichend massives Trauma auf den Brustbereich nicht festzustellen sei. Die von mehreren Gutachtern genannten wissenschaftlichen Quellen hätten den Gutachten nicht beigelegen und sollten beigezogen werden. Das Gleiche gelte unter anderem wegen des EKG-Befundes aus dem O.-Klinikum O., da dort ein positiver Sokolow-Lyon-Index beschrieben worden sei, der als Zeichen einer Linksherzhypertrophie und einer Mitralsuffizienz vorkomme. In dem Bericht des Krankenhauses E. vom 4. Oktober 2010 sei als Ursache der Mitralsuffizienz "am ehesten" ein Hinterwandinfarkt angenommen worden.

Auf Anregung von Dr. R. hat das SG unter anderem den Orthopäden Dr. R. befragt, bei dem sich der Kläger am 8. Juni 2010 vorgestellt hatte. Dieser hat mitgeteilt, Unterlagen über die Konsultation damals habe er nicht mehr, da er die Praxis aufgegeben habe. Er könne sich aber daran erinnern, dass der Kläger von dem Überfall und einer Brustkorbprellung erzählt habe und dass sich am Thorax oberflächliche Hämatome gefunden hätten.

Der Kläger hat eine von ihm selbst eingeholte Stellungnahme des Behördengutachters Prof. Dr. v. H. vom 8. April 2015 zur Akte gereicht, in der dieser unmittelbar gegenüber Dr. R. seine Einschätzung, der Chorda-Abriss sei mit hoher Wahrscheinlichkeit traumabedingt, verteidigt hat.

Ferner hat das SG von Amts wegen die ergänzende Stellungnahme des Gerichtssachverständigen Dr. W. vom 22. Mai 2015 eingeholt. Dieser hat ausgeführt, generell könne eine langjährige Hypertonieanamnese mit schwieriger medikamentöser Einstellbarkeit und einer daraus folgenden linksventrikulären Hypertrophie im Echo über die Jahre hinweg zu Degenerationen des Halteapparats der Mitralklappe (Chordae) führen. Im Vergleich zu der dann erfolgten Gewalteinwirkung, die in den Unterlagen des O.-Klinikums indirekt dokumentiert sei, müsse bei der Wahrscheinlichkeitsbeurteilung abgewogen werden. Vor diesem Hintergrund halte er in Übereinstimmung mit Prof. Dr. v. H., Dr. B. und Prof. Dr. H. daran fest, dass "es durch die Gewalteinwirkung zu einer weiteren Schädigung des Halteapparats (...) gekommen (sei) und dies (...) letztlich in der Summe (degenerative Vorschädigung und erfolgte Gewalteinwirkung) zum Chordae-Abriss" geführt habe. Nach den Befunden aus dem O.-Klinikum seien wahrscheinlich die Chordae noch nicht abgerissen, aber geschädigt gewesen.

Auf mündliche Verhandlung hin hat das SG mit Urteil vom 30. Juli 2015 den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 20. März 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. Juli 2013 verurteilt, dem Kläger eine Beschädigtenversorgung nach einem GdS von 80 ab 1. Januar 2014 und von 100 ab 1. Januar 2015 zu gewähren; im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Das SG hat ausgeführt, als Schädigungsfolge liege - auch - ein Zustand nach traumatisch bedingtem Chorda-Abriss mit nachfolgender hochgradiger Mitralklappeninsuffizienz vor. Die Zweifel des Beklagten am Ursachenzusammenhang überzeugten nicht. Der Sachverständige Dr. W. habe plausibel dargelegt, dass unter Berücksichtigung der aktuellen medizinischen Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang spreche. Im Übrigen sei die Herzschädigung festgestellt und der Bescheid insoweit nicht angefochten worden sowie in Bestandskraft erwachsen. Der GdS wegen der Herzleistungsminderung betrage 80 ab Januar 2014. Nach den von Dr. W. erhobenen Befunden seien im Februar 2014 bereits bei geringfügiger Belastung Beeinträchtigungen aufgetreten, insbesondere sei keine aussagekräftige Ergometerbelastung mehr möglich gewesen. Dies sei eine Verschlimmerung gegenüber der Zeit bei Antragstellung. Eine weitere Verschlechterung ergebe sich aus dem Bericht von Dr. G. vom 23. Juli 2015. Nunmehr habe eine erhebliche Atem-not, die sich als Sprechdyspnoe äußere, bereits bei Ruhe bestanden. Auch die erhebliche Schwellung des rechten Unterschenkels als Zeichen einer Überwässerung, die Folge der Mitralklappeninsuffizienz sei, werde berücksichtigt. Bereits dies begründe nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen einen GdS von 90 bis 100. Zusammen mit der psychoreaktiven Störung, die immer noch deutlich ausgeprägt sei, ergebe sich ab Januar 2015 ein Gesamt-GdS von 100.

Dieses Urteil ist dem Kläger bevollmächtigten am 9. August 2015, dem Beklagten am 12. August 2015 zugestellt worden.

Der Beklagte hat am 8. September 2015 bei dem Landessozialgericht Baden-Württemberg Berufung eingelegt. In formeller Hinsicht beanstandet er, dass der Tenor des angegriffenen Urteils des SG den Teil-Abhilfe-Bescheid vom 19. April 2013 nicht erwähne, sodass dieser nicht aufgehoben sei, weswegen ein GdS von 60 bis heute bestandskräftig festgestellt sei. In der Sache trägt er vor, entsprechend den Ausführungen des Versorgungsarztes Dr. R. sei die damalige Anerkennung der Herzschädigung als Folge der Gewalttat mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit falsch gewesen.

Parallel hierzu hörte der Beklagte mit einem nicht bei den Akten vorhandenen Schreiben, auf das der Prozessbevollmächtigte des Klägers - außerhalb des Berufungsverfahrens - am 18. November 2015 reagiert hat, diesen zu einer beabsichtigten Feststellung der Rechtswidrigkeit der Anerkennung an. Sodann hat er den Bescheid vom 24. November 2015 erlassen. Darin hat er festgestellt, dass "die Bescheide vom 20. März 2012 und 29. April 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. Juli 2013 und die Folgebescheide insoweit rechtswidrig"

gewesen seien, als darin eine "Herzleistungsminde­rung bei Mitralklappenringausschiss nach traumatischer Mitralklappeninsuffizienz" als Schädigungsfolge anerkannt worden und der GdS mit 50 bzw. 60 bewertet worden sei. Der tatsächliche GdS liege unter 25. Die genannte Bescheide könnten infolge Zeitablaufs nicht mehr zurückgenommen werden. Die Beschädigtengrundrente in Höhe von derzeit EUR 307,00 im Monat werde als Bestandsschutzbetrag weiter ausbezahlt. Statt einer Rechtsbehelfsbelehrung enthielt dieser Bescheid den Hinweis, er werde Gegenstand des laufenden Berufungsverfahrens.

Mit Schriftsatz vom 29. Februar 2016 hat der Kläger beantragt, die Berufung des Beklagten zurückzuweisen und den Bescheid vom 24. November 2015 aufzuheben. Er hält daran fest, bei dem Überfall Tritte in den Brustbereich erlitten zu haben, die auch im O.-Klinikum festgehalten worden seien. Er trägt ergänzend vor, sein Sohn, der nunmehrige Prozessbevollmächtigte, habe ihn 20 Minuten nach dem Überfall angetroffen und blutige Wunden und Schürfwunden festgestellt.

Der Kläger hat ferner ein ergänzendes Schreiben von Prof. Dr. v. H. vom 15. Februar 2016 vorgelegt, in dem dieser die von ihm verwendeten (fünf) medizinischen Veröffentlichungen benannt hat. Ferner hat im Auftrage des Klägers Dr. G. die fachärztliche Stellungnahme vom 17. Februar 2016 erstellt. Darin hat er ausgeführt, die ihm vorgelegten versorgungsärztlichen Stellungnahmen enthielten keine ausgewogene sachliche Diskussion, sondern sollten allein das Entschädigungsbegehren diskreditieren. Der Thoraxschmerz als Indiz für eine Verletzung in diesem Bereich sei nicht nur im O.-Klinikum festgehalten worden, auch Dr. R. habe noch Anfang Juni 2010 Hämatome auf der Brust gesehen. Dass in der Klinik ein internistisches Konsil und eine spezieller Röntgenaufnahme veranlasst worden seien, deute auf durchaus erhebliche Schmerzen in diesem Bereich hin. Dass keine Rippenfrakturen und kein Pneumothorax vorgelegen hätten, schließe ein Trauma nicht aus. Dr. G. hat ferner ausgeführt, bei der Untersuchung bei ihm im Oktober 2010 habe er auch deshalb zur Operation geraten, weil die anderen Herzklappen keine Insuffizienz aufgewiesen hätten, die Segel der Mitralklappe rein, also nicht verkalkt gewesen seien und nur das eine Segel durch das fragliche Trauma abgerissen gewesen sei. Leider sei dann Monate nach der Operation der eingesetzte Halteapparat ausgerissen und wieder eine hochgradige Mitralsuffizienz aufgetreten. Auch die Wunden am Bein seien trotz intensiver Behandlung nicht völlig verheilt. Inzwischen - Ende 2015 - habe der Angiologe Dr. I. postthrombotische Symptome im rechten Unterschenkel festgestellt.

Letztlich hat der Kläger das Attest von Dr. K. vom 22. Februar 2016 vorgelegt, in dem dieser von seinen Konsultationen im Juni 2010 berichtet und ferner ebenfalls mitgeteilt hat, dass am rechten Bein eine "komplette Thrombosierung möglicherweise im Rahmen der Immobilisation durch das Trauma" bestehe. Wegen des Herzschadens sei aktuell eine Zunahme der Atemnot zu verzeichnen, mittlerweile sei schon längeres Sprechen im Sinne einer Ruhe-Dyspnoe beschwerlich.

Der Berichterstatter des Senats hat den Kläger persönlich angehört und die Sach- und Rechtslage mit den Beteiligten erörtert. Dabei sind auch zwei im Internet gefundene Belegstellen für die von den Gutachtern zitierte medizinische Literatur bekanntgegeben worden. Der Kläger hat dort ergänzend vorgetragen, er sei damals vom Wehrdienst befreit worden, weil er bereits Vater gewesen sei. Der Bluthochdruck habe sich nach der Zuruhesetzung gebessert. Bei dem Überfall sei er mehrfach, am Boden liegend, in den Brustkorb getreten worden. Wegen der Angaben im Einzelnen wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung vom 10. März 2016 Bezug genommen.

Im Nachgang hierzu hat der Kläger unter anderem das Attest des Kardiologen und Angiologen Dr. I. vom 20. April 2016 zur Akte gereicht. Darin ist ausgeführt, bei ihm bestehe an dem "postthrombotischen, traumatisch geschädigten rechten Bein eine chronisch venöse Insuffizienz (...)." Hierdurch beständen erhebliche Ödeme, die mehrfach im Jahr zu ulzerierenden Entzündungen führten und einen GdS von 30 bis 50 bedingten. Daneben beständen Lymphödeme mit deutlicher Umfangsvermehrung als Folge dieser Entzündungen, die einen GdS von 20 bis 40 rechtfertigten. Phasenweise sei die Gehfähigkeit beeinträchtigt, was einen weiteren GdS von 50 stütze. Zusammenfassend betrage der GdS auf diesem Fachgebiet 40 bis 50 und sei mit hoher Wahrscheinlichkeit traumatisch bedingt.

Mit Schriftsatz vom 21. Juni 2016 hat der Kläger seinen bisherigen Antrag erweitert. Er beantragt nunmehr zusätzlich eine Verurteilung des Beklagten zur Gewährung einer Beschädigtenversorgung nach einem GdS von 100 ab dem 1. Mai 2010.

Der Beklagte tritt diesen Anträgen des Klägers entgegen. Er trägt ergänzend vor, bei diesem habe bereits vor der Gewalttat ein nicht ausreichend behandelter hoher Blutdruck bestanden, der auch zur vorzeitigen Dienstunfähigkeit geführt habe, der auch als mögliche Ursache des Chordae-Abrisses in Betracht komme. Ferner hält der Beklagte unter Vorlage der weiteren versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. R. vom 24. Juni 2016 daran fest, dass ein Zusammenhang zwischen einem Trauma wie hier und dem Schaden auch unter Berücksichtigung der herrschenden medizinischen Literatur nicht wahrscheinlich sei; die von den Gutachtern genannten wissenschaftlichen Quellen behandelten, soweit sie zugänglich seien, deutlich stärkere Traumata wie Frontalzusammenstöße und Stürze aus großer Höhe auf den Brustkorb. Die bei leichteren Traumata allenfalls auftretenden "Herzerschütterungen" ("commotio cordis") hinterließen keine dauerhaften Folgen, auch "Herzprellungen" ("contusio cordis") führten nur selten zu Einblutungen zwischen Herzmuskel und Herzbeutel. Erst bei einer "Herzquetschung" ("compressio cordis") könne es durch die plötzliche Drucksteigerung im Herzen zum Abriss von Teilen der Herzklappen oder ähnlich gravierenden Verletzungen kommen. Eine solche Kontusion sei nicht hinreichend objektiviert.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 30. Juli 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen, die Anschlussberufung des Klägers zurückzuweisen, die Klage des Klägers gegen den Bescheid vom 24. November 2015 abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung des Beklagten zurückzuweisen, das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 30. Juli 2015 abzuändern, den Bescheid des Beklagten vom 20. März 2012 in Gestalt des Bescheids vom 19. April 2013 und des Widerspruchsbescheids vom 8. Juli 2013 weiter abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, ihm Beschädigtenversorgung nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 ab dem 1. Mai 2010 zu gewähren, und den Bescheid des Beklagten vom 24. November 2015 aufzuheben, soweit darin die bislang gewährten Versorgungsleistungen auf den bisherigen Zahlbetrag beschränkt worden sind.

Er stützt seine Anträge im Wesentlichen auf die Feststellungen und Schlussfolgerungen der gehörten Sachverständigen aus dem Behörden-

und Gerichtsverfahren. Er meint, der Beklagte sei nicht berechtigt gewesen, die Rechtswidrigkeit des Erstanerkennungsbescheids festzustellen.

Von Amts wegen hat der Senat den Chefarzt der H.-Klinik für Herzchirurgie K., Prof. Dr. M., mit einer Begutachtung des Klägers beauftragt. Hierbei hat er dem Sachverständigen vorgegeben, er habe für die Zeit nach dem Überfall von geklagten Thoraxschmerzen, die das O.-Klinikum als gesichert beschrieben habe, auszugehen.

Prof. Dr. M. hat in seinem schriftlichen Gutachten vom 17. Oktober 2016 bekundet, bei dem Kläger handle es sich um eine Herzinsuffizienz der Klasse NYHA III bis IV, hervorgerufen durch eine hochgradige (drittgradige) Mitralklappeninsuffizienz. Ferner beständen deutliche Unterschenkelödeme beidseits, also Wassereinlagerungen, bedingt durch die Herzinsuffizienz. Bei der echokardiografischen Untersuchung hätten sich ein Vorhofflimmern mit absoluter Arrhythmie, eine visuell normale systolische linksventrikuläre Pumpfunktion mit einer Ejektionsfraktion um 65 %, eine reduzierte rechtsventrikuläre Pumpfunktion, Dilatationen des linken und rechten Vorhofs, die genannte Mitralklappeninsuffizienz bei zwei stark exzentrischen Insuffizienzjets bis zum linken Vorhofdach, eine leichte Sklerosierung der Aortenklappe mit erstgradiger Insuffizienz und weitere leichtgradige Insuffizienzen der Trikuspidalklappe und der Pulmonalklappe gezeigt. Bei der Laboruntersuchung hätten sich mehrere - einzeln benannte - irreguläre Werte ergeben, darunter die Thrombozyten mit 143.000/nl. Das Pro NT BNP sei als Zeichen der chronischen Herzinsuffizienz massiv erhöht (3.282 pg/ml bei Normwerten kleiner 125 pg/ml). Es bestehe die dringende Indikation zur Rezidiv-Operation mit Ersatz der Mitralklappe, um weitere Folgeschäden zu vermeiden.

Diese Schädigungen des Klägers seien, so Prof. Dr. M., mit großer Wahrscheinlichkeit auf den Überfall vom 30. Mai 2010 als wesentlicher Ursache zurückzuführen. Es sei zu Grunde zu legen, dass der Kläger bei dem Überfall auch Tritte gegen den Oberkörper erlitten habe. Diese seien geeignet gewesen, den Schaden zu verursachen. Die relevante medizinische Literatur, die der Sachverständige im Einzelnen darlegt beschreibe zwar in den meisten Fällen Verkehrsunfälle mit Auto oder Motorrad bzw. Stürze aus großer Höhe, es seien allerdings auch Schlageinwirkungen auf die Brust als Ursache eines Chordae-Abrisses genannt worden (S. 4 ff. Gutachten). Auch der zeitliche Ablauf spreche für einen Zusammenhang. Nach den genannten wissenschaftlichen Veröffentlichungen sei die Zeit zwischen dem Trauma und den ersten Symptomen sehr variabel und könne von zwölf Stunden bis zu mehr als vier Wochen dauern; in Einzelfällen sei ein halbes Jahr beschrieben worden. Ferner sei bei dem Kläger eine Vorerkrankung konkret der Herzklappe auszuschließen, weil er beschwerdefrei gewesen sei und vor allem weil die echokardiografischen Untersuchungen bei Dr. Sch. 2006 und 2008 unauffällige Befunde gezeigt hätten. Sehr unwahrscheinlich sei, dass die Mitralklappeninsuffizienz zwar nach dem Trauma, aber aus anderen Ursachen, z.B. einer Endokarditis, ausgelöst worden sei; in diesem Fall sei mit anderen Symptomen zu rechnen gewesen, die den Kläger früher zum Arzt geführt hätten. Für einen Zusammenhang mit dem Überfall spreche des Weiteren die Beobachtung des Operateurs, Prof. Dr. B., der eine auffällige Rötung im Bereich des linken Vorhofs als mögliche Traumafolge festgestellt habe. Als kardiale Begleitverletzungen beim stumpfen Thoraxtrauma mit Mitralklappendysfunktion würden Ventrikelseptumdefekte, Myokardrupturen, begleitende Trikuspidalklappenschädigungen und Perikardergüsse beschrieben.

Zu den Folgen dieser Schädigung hat der Sachverständige ausgeführt, der GdS betrage 100. Objektivierbar seit September 2010 bestehe eine hochgradige Mitralklappeninsuffizienz mit rezidivierenden schweren Dekompensationen und Ödemen, erneut nach dem Ausriss des operativ implantierten Ringes. Die daneben bestehenden psychischen Folgen blieben von dieser Beurteilung unberührt.

Die von ihm verwendeten wissenschaftlichen Veröffentlichungen hat der Sachverständige seinem Gutachten beigelegt.

Der Beklagte ist diesen Feststellungen und Ausführungen des Sachverständigen entgegengetreten. Er hat dazu die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. R. vom 22. Dezember 2016 vorgelegt. Darin ist ausgeführt, entgegen der Ansicht des Gutachters sei ein Ursachenzusammenhang zwischen dem Überfall und dem Schaden zu keiner Zeit objektiviert worden. Auch die einzelnen Ausführungen seien anzugreifen. Wenn die echokardiografische Untersuchung 2008 unauffällige Befunde ergeben habe, heiße das nicht, dass dies 2010 immer noch so gewesen sei. In dem Operationsbericht seien von einer rötlichen Veränderung des Gewebes im Sinne einer Inflammation, nicht von einer Rötung die Rede gewesen; auch sei nicht bekannt, wie Prof. Dr. B. diesen Befund bewertet habe. Das vom Gutachter angenommene stumpfe Thorax-Trauma sei nicht objektiviert worden und beruhe allein auf anamnestischen Angaben des Klägers. Im Folgenden hat sich Dr. R. im Einzelnen mit den acht von Prof. Dr. M. herangezogenen Studien und sonstigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen auseinandergesetzt und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass kein einziges der dort beschriebenen Traumata demjenigen des Klägers, einer "Bagatellverletzung", entspreche.

Wegen der Ausführungen Dr. R.s, in der O.-Klinik sei seiner Ansicht nach ein stumpfes Thorax-Trauma nicht festgestellt worden, hat der Berichterstatter die komplette Behandlungsakte von dort angefordert und die damals behandelnden Ärzte namhaft machen lassen, wobei nur Dr. V. benannt werden konnte. Bei der Durchsicht der Akten ist festgestellt worden, dass der "Ambulante Behandlungsschein" im Original vorliegt und die Zusätze bezüglich Thorax und internistischem Konsil aufweist, während der "Arztbericht aus der Ambulanz" nur als Durchschlag und ohne diese Zusätze enthalten ist. Ferner ist der Entlassungsbericht vom 31. Mai 2010 an Dr. K. enthalten, der "Thoraxschmerzen linker Rippenbogen nach Trauma" als Verdachtsdiagnose und die genannten Ergebnisse der Röntgenuntersuchung nennt. Ebenso sind die (grafischen) Ergebnisse des Ruhe-EKG vom 31. Mai 2010 vorhanden.

Während dieser Ermittlungen des Senats hat die Klägerseite unmittelbar dem Sachverständigen die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. R. vom 22. Dezember 2016 überlassen. Auf den Aktenvermerk des Berichterstatters vom 24. Januar 2017 wird Bezug genommen.

Unter Beifügung der vollständigen Krankenakte hat der Senat Prof. Dr. M. um eine ergänzende Stellungnahme zu den Einwänden des Beklagten gebeten.

Der Sachverständige hat am 19. März 2017 mitgeteilt, er halte an seinen Einschätzungen fest. In der Literatur seien auch Fälle mit vergleichbaren Traumata, etwa Stürze aus geringer Höhe, und folgenden Chordae-Abrissen beschrieben; hierzu hat Prof. Dr. M. fünf weitere Veröffentlichungen beigelegt. Nach einer Untersuchung seien auch Fälle einer Contusio cordis, die bei 16 bis 76 % der Patienten eines stumpfen Thoraxtraumas aufgetreten sei, von Herzkklappenschädigungen begleitet gewesen. Das Spektrum kardialer Verletzungen könne sehr weit reichen. Dabei habe die Schwere der Thoraxverletzung keinen direkten Zusammenhang mit der Herzkklappenschädigung gehabt, sondern vielmehr der Zeitpunkt des Traumas im Verhältnis zur vulnerablen Phase des Herzzyklus in der späten Diastole oder frühen Systole.

Auch schließe das Fehlen äußerer Verletzungszeichen eine Herzschrädigung nicht aus. Entgegen der Ansicht Dr. R.s spreche der intraoperative Befund einer Rötung für eine traumatisch bedingte Verursachung. Prof. Dr. B. habe in dem Operationsbericht den Befund für außergewöhnlich gehalten und "eventuell" mit dem Thoraxtrauma in Verbindung gebracht. Ferner deute auch die Tatsache, dass später der implantierte Ring gerissen sei, auf eine Schädigung des Mitralklappenrings hin. Solche Ausrisse des Rings nach Rekonstruktion der Mitralklappen seien sehr selten. Zu der bei dem Kläger vorbestehenden Hypertonie hat der Sachverständige ausgeführt, diese habe zu einer damals auch echokardiografisch diagnostizierten Linksherzhypertrophie geführt. Es sei sehr unwahrscheinlich, dass diese Vorerkrankung Ursache eines Chordae-Abrisses sei. Ihm seien keine wissenschaftlichen Publikationen bekannt, die einen ursächlichen Zusammenhang zwischen arterieller Hypertonie und Chordae-Abriss der Mitralklappe berichteten.

Prof. Dr. M. hat seiner ergänzenden Stellungnahme den Operationsbericht sowie ein weiteres Schreiben des Operateurs Prof. Dr. B. an den Kläger vom 24. März 2011 beigelegt, das damit - nach Aktenlage - erstmals bekannt geworden ist. Darin hat dieser ausgeführt, die Rötung habe große Anteile des linken Vorhofs betroffen und sei ungewöhnlich gewesen und sei eventuell doch mit dem Thoraxtrauma in Verbindung zu bringen. Auch weise der Abriss des implantierten Rings auf eine Schädigung des Mitralklappenrings hin; solche Verletzungen seien nach einer Rekonstruktion sehr selten.

Der Beklagte ist auch dieser ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen entgegengetreten. Dr. R. hat in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 27. April 2017 ausgeführt, die Annahme des Berichterstatters und seine entsprechenden Vorgaben gegenüber dem Sachverständigen, der Kläger habe bei seiner Aufnahme im O.-Klinikum über einen Tritt in den Brustkorbbereich geklagt, träfen nicht zu. Er habe Jahre lang unter einem unbehandelten Bluthochdruck gelitten. Ein Chordae-Abriss aus diesem Grunde sei nicht ausgeschlossen. Im Übrigen hat Dr. R. seine bisherigen Ausführungen, auch zu den zur Akte gereichten wissenschaftlichen Abhandlungen, vertieft.

Mit Schriftsatz vom 20. Mai 2017 hat der Kläger mitgeteilt, er habe im Sommer 2016 zusätzlich schwere Herzrhythmusstörungen entwickelt, weswegen er sich der seit langem von den Ärzten angeratenen erneuten Operation unterzogen habe. Im Dezember 2016 sei ihm, weil die Herzklappe nicht mehr rekonstruiert werden könne, eine Kunstklappe eingesetzt werden müssen. Auch nach der Operation sei das Vorhofflimmern nicht behoben worden. Die Lebensdauer der künstlichen Herzklappe betrage nach ärztlicher Einschätzung zehn Jahre.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von dem Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Beklagten, mit der sich dieser gegen seine Verurteilung zur Gewährung einer (höheren) Beschädigtenversorgung (Beschädigtengrundrente) wehrt, ist nach [§ 143 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthaft, insbesondere ist sie nicht nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) zulassungsbedürftig, da laufende Sozialleistungen für mehr als ein Jahr in Streit stehen. Er hat seine Berufung am 8. September 2015 auch innerhalb der einmonatigen Frist des [§ 151 Abs. 1 SGG](#) nach Bekanntgabe der vollständig abgefassten Entscheidung des SG am 9. August 2015 erhoben.

Die mit Schriftsatz vom 21. Juni 2016 erhobene Berufung des Klägers, mit der eine Verurteilung zu einer höheren Beschädigtenversorgung erstrebt hat, ist zwar in gleicher Weise statthaft, sie ist jedoch deutlich nach Ablauf der Berufungsfrist des [§ 151 Abs. 1 SGG](#) erhoben worden. Sie kann daher nur als (unselbstständige) Anschlussberufung eingestuft werden. Eine solche ist nach [§ 202 SGG](#) i.V.m. [§ 524 Zivilprozessordnung \(ZPO\)](#) auch im sozialgerichtlichen Verfahren zulässig. Sie bleibt nur so lange wirksam, wie die Hauptberufung der Gegenseite rechtshängig ist. Sie ist nicht fristgebunden und sie setzt keine Beschwerde voraus (vgl. hierzu Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl. 2017, § 143 Rz. 5 ff.), wobei in diesem Falle auch der Kläger beschwert ist, weil das SG seinen Klageantrag, der von Anfang an auf eine Beschädigtenversorgung nach einem GdS um 100 gerichtet gewesen war, zu einem Teil abgewiesen hat.

Gegenstand des Berufungsverfahrens sind zunächst der Erstanerkennungsbescheid des Beklagten vom 20. März 2012, soweit darin eine Beschädigtenversorgung gewährt worden ist, und der Teil-Abhilfe-Bescheid vom 19. April 2013, mit dem diese Beschädigtenversorgung auf einen GdS von 60 erhöht worden ist, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. Juli 2013. Der Beklagte weist zwar zu Recht darauf hin, dass das SG jedenfalls ausdrücklich über den Teil-Abhilfe-Bescheid nicht entschieden hat. Dies mag darauf beruhen, dass der Antrag des Klägers in erster Instanz diesen Bescheid nicht genannt hatte, also unvollständig war. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass der Kläger auch diesen Bescheid angefochten hat. Das Gericht ist an die wörtliche Fassung von Anträgen nicht gebunden ([§ 123 SGG](#)), sondern soll den wirklichen Willen der Beteiligten ermitteln. In diesem Rahmen hat es nach [§ 106 Abs. 1 SGG](#) auch auf klare und vollständige Anträge hinzuwirken. Vor diesem Hintergrund war bereits der Klageantrag so auszulegen, dass er auch den Teil-Abhilfe-Bescheid umfasste. Dies galt umso mehr, als er die Klage noch selbst, ohne anwaltlichen Verfahrensbevollmächtigten, erhoben hatte. Ferner ist nicht davon auszugehen, dass das SG über diesen Antrag auf Abänderung - auch - des Teil-Abhilfe-Bescheids nicht entschieden hat. Es liegt kein verdecktes Teilurteil vor, das grundsätzlich zu einer Aufhebung der erstinstanzlichen Entscheidung und zur Zurückverweisung des Verfahrens nach [§ 159 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) führen würde, sofern nicht ausnahmsweise die offenen Prozessreste "heraufgeholt" werden können (vgl. dazu Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 3. Dezember 2015 - [B 4 AS 59/13 R](#) -, juris Rz. 10). Aus der Begründung des angegriffenen Urteils, die zur Auslegung des Tenors herangezogen werden kann (vgl. Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, a.a.O., § 136 Rz. 5), ergibt sich hinreichend deutlich, dass das SG auch über den Bescheid vom 19. April 2013 entschieden hat. Diese Verwaltungsentscheidung ist im Tatbestand auf S. 3 des Urteils erwähnt. In den Entscheidungsgründen finden sich keine Ausführungen, die darauf schließen ließen, dass hierüber gleichwohl nicht entschieden werden sollte. In solchen Fällen ist auch aus Gründen der Rechtssicherheit und Prozessökonomie davon auszugehen, dass kein verdecktes Teilurteil vorliegt (so auch für ihre Prozessordnungen Oberlandesgericht [OLG] Frankfurt, Urteil vom 31. Januar 2014 - [10 U 199/12](#) -, juris, Rz. 18 und Landesarbeitsgericht [LAG] Düsseldorf, Urteil vom 17. Dezember 2014 - [12 Sa 741/14](#) -, juris, Rz. 46).

Gegenstand des Verfahrens vor dem Senat ist ferner der Bescheid vom 24. November 2015, dies allerdings nur teilweise und auch außerhalb des Berufungsbegehrens beider Seiten, also "auf Klage" des Klägers.

Nach [§ 96 Abs. 1 SGG](#) wird ein neuer Verwaltungsakt, der nach Klageerhebung ergeht, Gegenstand des Klageverfahrens, wenn er den

angefochtenen Verwaltungsakt abändert oder ersetzt. Dies gilt nach [§ 153 Abs. 1 SGG](#) auch, wenn dieser neue Bescheid erst nach Einlegung der Berufung ergeht, er wird dann Gegenstand des Berufungsverfahrens (Keller, a.a.O., § 153 Rz. 2a). Die Einbeziehung nach [§ 96 Abs. 1 SGG](#) reicht demnach nur soweit, wie der ursprünglich angefochtene Verwaltungsakt aufgehoben oder - durch eine Neuregelung - ersetzt wird. Hierzu sind die Verfügungssätze der Bescheide zu vergleichen (Schmidt, in Meyer-Ladwig/Keller/Leitherer/Schmidt, a.a.O., § 96 Rz. 4, 4a). Sofern der neue Bescheid lediglich eine - deklaratorische - Feststellung über den Ursprungsbescheid trifft, liegt keine Änderung oder Ersetzung vor. Hinzu kommt, dass der neue Verwaltungsakt nur insoweit in das laufende Gerichtsverfahren einbezogen wird, wie der ursprüngliche Bescheid angefochten ist und noch Rechtshängigkeit besteht. Bezieht er sich auf einen nicht streitbefangenen Teil des Ursprungsbescheids, ist für eine Einbeziehung nach [§ 96 Abs. 1 SGG](#) kein Raum (vgl. BSG, Urteil vom 31. Juli 2002 - [B 4 RA 113/00 R](#) -, juris, Rz. 15). In diesen Fällen ist aber, wenn der neue Bescheid mehrere Verfügungssätze enthält und daher teilbar ist, davon auszugehen, dass er teilweise in das laufende Klage- oder Berufungsverfahren eingegangen ist (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 20. November 2013 - [L 9 KR 294/11](#) -, juris, Rz. 110).

Vor diesem Hintergrund ist Ziffer 1 des Bescheids vom 24. November 2015 nicht Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden. Mit dieser Regelung hat der Beklagte festgestellt, dass die Anerkennung des Herzschadens als Schädigungsfolge und die damalige Berücksichtigung eines GdS von 50 bzw. - nach dem Teil-Abhilfe-Bescheid - von 60 rechtswidrig gewesen seien und dass die Voraussetzungen einer Rentengewährung nicht vorlägen. Diese drei Feststellungen betreffen ausschließlich die Rechtmäßigkeit bzw. die Rechtswidrigkeit, nicht aber die Wirksamkeit der Verfügungen aus dem Ursprungsbescheid. Der Beklagte hat ausdrücklich davon abgesehen, die damaligen Verfügungen also die Feststellungen einer Schädigungsfolge und eines bestimmten GdS in Ziffer 1 sowie die Gewährung einer Beschädigtengrundrente in Ziffer 2, des Bescheids vom 20. März 2012 aufzuheben, weil er der Ansicht war, eine Rücknahme auf Grund des [§ 45](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) sei nicht mehr möglich. Entsprechend hat er z.B. nicht festgestellt, es liege keine Herzleistungsminderung als Schädigungsfolge vor - dies wäre eine Aufhebung der gegenteiligen damaligen Feststellung gewesen, sondern nur, dass jene rechtswidrig gewesen sei. Ferner hat der Kläger von den damaligen drei Regelungen auch nur die Rentengewährung mit dem Ziel einer höheren Rente angefochten. Insbesondere gegen die Feststellung der Herzerkrankung als Schädigungsfolge hat er sich mit seiner Klage nicht gewandt, was auch womöglich unzulässig gewesen wäre ([§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)), weil jene Regelung für ihn ein begünstigender Verwaltungsakt war. Ob z.B. die Feststellung der damaligen Schädigungsfolge rechtswidrig war oder nicht, müssen die Beteiligten daher ggfs. außerhalb dieses Berufungsverfahrens in einem Widerspruchsverfahren gegen den Bescheid vom 24. November 2015 klären. Auch die isolierte Feststellung eines bestimmten GdS (von 50 bzw. 60 in den Ausgangsbescheiden) hat der Kläger nicht angefochten, sodass außerdem für dieses Verfahren nicht relevant ist, ob der Beklagte zu einer solchen isolierten Feststellung eines bloßen Elements für einen Leistungsanspruch überhaupt berechtigt oder stattdessen auf Entscheidungen über die im Bundesversorgungsgesetz (BVG) und im Opferentschädigungsgesetz (OEG) vorgesehenen Versorgungsansprüche beschränkt ist (vgl. Urteil des Senats vom 12. Januar 2017 - [L 6 VS 5036/15](#) -, juris, Rz. 48).

Ebenso nicht Gegenstand des Berufungsverfahrens ist Ziffer 2 des Bescheids vom 24. November 2015 geworden. Die dortige Feststellung, die betroffenen Verfügungen aus dem Ursprungsbescheid könnten nicht mehr zurückgenommen werden, hat nur deklaratorische Bedeutung.

Dagegen werden die Regelungen in Ziffer 3 des Bescheids von [§§ 96 Abs. 1, 153 Abs. 1 SGG](#) erfasst. Mit dieser Verfügung hat der Beklagte unmittelbar regelnd in den gewährten Rentenanspruch des Klägers eingegriffen, indem er ihn nach [§ 48 Abs. 3 SGB X](#) auf den gegenwärtigen Zahlbetrag "als Bestandsschutzbetrag" beschränkt ("eingefroren") und von künftigen Erhöhungen nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) BVG ausgenommen, also seine Dynamisierung beschränkt hat ("Abschmelzung"). Die Höhe und Dynamisierung der Rente sind auch streitbefangen, weil der Kläger eine höhere Rente begehrt.

Entsprechend dieser Rechtslage hat der Kläger seine Klage gegen den Bescheid vom 24. November 2015 in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat am 1. Juni 2017 hinsichtlich der dort in Ziffer 3 geregelten Beschränkung der bewilligen Leistungen auf den damaligen Zahlbetrag eingegrenzt. Über diesen Teil des Bescheids vom 24. November 2015 ist auf Klage zu entscheiden (Urteil des Senats vom 26. März 2015 - [L 6 U 3485/13](#) -, juris, Rz. 27), wobei die besonderen Sachurteilsvoraussetzungen für eine Anfechtungs- (oder Verpflichtungs-)klage nicht vorliegen müssen, also insbesondere weder eine Klagefrist einzuhalten noch ein Vorverfahren durchzuführen ist (Schmidt, a.a.O., § 96 Rz. 7).

Auf Grund dieser verfahrensrechtlichen Lage ist in diesem Berufungsverfahren zurzeit bestandskräftig und damit bindend ([§ 77 SGG](#)) festgestellt, dass die Herzleistungsminderung bei Mitralklappenringauriss nach traumatischer Mitralklappeninsuffizienz bei dem Kläger Schädigungsfolge ist. Dies ist allerdings für die allein rechtshängige Klage auf Gewährung einer Beschädigtengrundrente nicht relevant. Im Rahmen des streitigen Anspruchs auf Versorgungsrente ist nur mittelbar über die Schädigungsfolgen zu entscheiden, nämlich nur wegen der aus ihnen folgenden Funktionsbeeinträchtigungen, weil der danach zu bildende GdS Element des Grundrentenanspruchs aus [§ 31 Abs. 1](#) BVG ist (Urteil des Senats vom 12. Januar 2017 - [L 6 VH 2746/15](#) -, juris, Rz. 56). Daher besteht keine Bindung an jene Schädigungsfolgen, die bescheidmäßig anerkannt sind. Zwar folgt der GdS nach dem Wortlaut des [§ 30 Abs. 1 Satz 1](#) BVG nur aus den "als Schädigungsfolge anerkannten (...) Gesundheitsstörungen". Diese Regelung schließt jedoch nicht aus, dass im Rahmen einer Rentenklage auch weitere, bislang nicht anerkannte Gesundheitsstörungen berücksichtigt werden, wenn sie sich als Schädigungsfolge darstellen (vgl. Urteil des Senats vom 25. August 2016 - [L 6 VG 3508/12](#) -, juris, Rz. 53 ff.). Im Gegenzug ist auch eine Klage auf Gewährung einer höheren Rente mangels ausreichend großer schädigungsbedingter Funktionseinbußen abzuweisen, wenn sich ergibt, dass eine bindend anerkannte Gesundheitsstörung keine Schädigungsfolge ist. In diesem Fall verbleibt es bei der gewährten Rente, sofern der Träger der Versorgungsverwaltung nicht den Weg nach [§ 45 Abs. 1, Abs. 2 SGB X](#) oder - wie hier - nach [§ 48 Abs. 3 SGB X](#) geht.

Vor diesem Hintergrund ist zunächst die Berufung des Beklagten zurückzuweisen. Zu Recht hat ihn das SG verurteilt, die Grundrente ab dem 1. Januar 2014 nach einem GdS von 80 - statt zuvor anerkannter 60 - und ab dem 1. Januar 2015 nach einem GdS von 100 zu gewähren. Insoweit ist die Anfechtungs- und Leistungsklage des Klägers ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) begründet.

Der hier streitige Anspruch auf eine Grundrente beruht auf [§ 1 Abs. 1 Satz 1 OEG](#) i.V.m. [§ 31 Abs. 1](#) BVG. Nach dieser Vorschrift ist für diesen Anspruch ein GdS von wenigstens 30 bzw. nach der Sonderregelung in [§ 30 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2](#) BVG ein GdS von 25 notwendig. Die einzelnen Regelungen über die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des GdS sind in der nach [§ 30 Abs. 16](#) BVG vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) erlassenen Rechtsverordnung, der Versorgungsmedizinverordnung (VersMedV)

vom 10. Dezember 2008 ([BGBl I S. 2412](#)), enthalten. Die Anlage zu § 2 VersMedV, die "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" (VG), sind seit dem 1. Januar 2009 an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten (vgl. nur BSG, Urteil vom 18. September 2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - BSGE 190, 205 ff.) angewandten "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht" (AHP) getreten (Urteil des Senats vom 27. August 2015 - [L 6 VG 2141/13](#) -, juris, Rz. 48). Auf das Begehren des Klägers, der eine Versorgung ab dem 1. Mai 2010 geltend macht, sind daher allein die VG anzuwenden.

Für die Bemessung des GdS sind zunächst die Folgen der Herzschädigung des Klägers zu berücksichtigen. Der Senat geht davon aus, dass der Chordae-Abriss an der Mitralklappe Folge der schädigenden Gewalttat ist und dass daher die aus ihr folgenden Funktionseinbußen GdS-relevant sind.

Nach [§ 1 Abs. 1 Satz 1 OEG](#) erhält eine natürliche Person, die im Geltungsbereich des Grundgesetzes durch einen vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriff eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des BVG. Somit besteht der Tatbestand des [§ 1 Abs. 1 Satz 1 OEG](#) aus drei Gliedern (tätlicher Angriff, Schädigung und Schädigungsfolgen), die durch einen Ursachenzusammenhang miteinander verbunden sind. Grundsätzlich bedürfen die drei Glieder der Kausalkette (schädigender Vorgang, Schädigung und Schädigungsfolgen) des Vollbeweises. Für die Kausalität selbst genügt gemäß § 1 Abs. 3 BVG die Wahrscheinlichkeit. Nach Maßgabe des § 15 Satz 1 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung (KOVVfG), der gemäß [§ 6 Abs. 3 OEG](#) anzuwenden ist, sind bei der Entscheidung die Angaben der Antragstellenden, die sich auf die mit der Schädigung, also insbesondere auch mit dem tätlichen Angriff im Zusammenhang stehenden Tatsachen beziehen, zugrunde zu legen, wenn sie nach den Umständen des Falles glaubhaft erscheinen. Für den Vollbeweis muss sich das Gericht die volle Überzeugung vom Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Tatsache verschaffen. Der Beweisgrad der Wahrscheinlichkeit im Sinne des § 1 Abs. 3 Satz 1 BVG ist dann gegeben, wenn nach der geltenden wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht. Es ist ein "deutliches Übergewicht" für eine der Möglichkeiten erforderlich. Die Wahrscheinlichkeit entfällt, wenn eine andere Möglichkeit ebenfalls ernstlich in Betracht kommt (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 - [B 9 V 6/13 R](#) -, juris, Rz. 18 ff.) Das "Glaubhafterscheinen" im Sinne des § 15 Satz 1 KOVVfG bedeutet das Dartun einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit, also der guten Möglichkeit, dass sich der Vorgang so zugetragen hat, wobei durchaus gewisse Zweifel bestehen bleiben können. Wie bei den beiden anderen Beweismaßstäben reicht die bloße Möglichkeit einer Tatsache nicht aus, um die Beweisanforderungen zu erfüllen. Das Tatsachengericht ist allerdings mit Blick auf die Freiheit der richterlichen Beweiswürdigung ([§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) im Einzelfall grundsätzlich darin frei, ob es die Beweisanforderungen als erfüllt ansieht (vgl. zu allem Urteil des Senats vom 23. Juni 2016 - [L 6 VG 5048/15](#) -, juris, Rz. 54).

Die Schädigung selbst durch den Überfall am Abend des 30. Mai 2010 hat der Beklagte anerkannt, an ihr bestehen angesichts der tatnahen polizeilichen Aufnahme und den Angaben des Prozessbevollmächtigten und Sohnes des Klägers, er habe seinen Vater 20 Minuten nach der Tat blutend am Tatort gesehen, letztlich keine Zweifel.

Der Senat geht weiterhin davon aus, dass der Kläger bei diesem Überfall einen Tritt oder mehrere Tritte in den Brustbereich erlitten hat oder dass er bei dem vom Täter verursachten Sturz auf die Brust gefallen ist und dass daraus - als so genannter Primärschaden - Hämatome oder zumindest "Schmerzen im Brustbereich" entstanden sind. An dieser Ansicht hält der Senat entgegen den mehrfachen Einwänden des Versorgungsarztes Dr. R. des Beklagten fest.

Bei dieser Einschätzung kann offen bleiben, ob ein solcher Primärschaden nach einer Würdigung der Angaben des Klägers, der schriftlich festgehaltenen Befunde und Untersuchungen aus dem Klinikum O. und nach der Zeugenaussage von Dr. R. vor dem SG, er habe am 8. Juni 2010 im Brustbereich des Klägers oberflächliche Hämatome gesehen, im Vollbeweis gesichert ist, wie es Dr. R. verneint. Sofern diese Beweismittel nicht ausreichen sollten, so wäre hier zu Gunsten die Beweiserleichterung des § 15 Satz 1 KOVVfG anzuwenden. Wenn zeitnahe ärztliche Feststellungen für einen Primärschaden auf Grund einer Gewalttat fehlen oder nicht zum Vollbeweis ausreichen, dann ist dies ein Umstand, den ein Antragsteller nicht verschuldet hat. Und die Beweiserleichterung des § 15 Satz 1 KOVVfG bezieht sich nicht - nur - auf die Tat im Ganzen, sondern - so der genaue Wortlaut - "auf die mit der Schädigung in Zusammenhang stehenden Tatsachen". Zu diesen gehören auch einzelne Umstände der Tat, die womöglich für die Feststellung des Wahrscheinlichkeitszusammenhangs mit später aufgetretenen Sekundärschäden relevant sind. Dies ergibt sich z.B. aus der Verwaltungsvorschrift zu § 15 KOVVfG (zitiert bei Knörr, in: Knickrehm, Das Gesamte Soziale Entschädigungsrecht, 2012, §§ 12 bis 18 KOVVfG), wonach sich § 15 Satz 1 KOVVfG auf "alle mit Entstehung, Art und Folgen der Schädigung zusammenhängenden Tatsachen" bezieht.

Zumindest die gute Möglichkeit einer gewaltsamen Einwirkung auf den Brustbereich bei der Tat liegt hier vor, wenn nicht sogar von einer vollbeweiskräftigen Feststellung auszugehen ist.

Den Sturz auf die Straße und auch die Tritte an sich hat der Kläger bereits wenige Minuten nach der Tat den eingetroffenen Polizeibeamten mitgeteilt. Es trifft zwar zu, dass er hier noch nicht von Tritten in den Brustbereich gesprochen hat. Aber bereits ein Sturz auf den Brustbereich ist nach den erste Angaben nicht ausgeschlossen. Bei seiner schriftlichen Zeugenvernehmung am 11. Juni 2010 dann hat er detailliert beschrieben, dass er auf den Bauch gestürzt sei und dass ihn der Täter mehrfach in die Rippen getreten habe. Es ist kein Grund ersichtlich anzunehmen, dass diese relativ frühen Angaben bereits zielgerichtet waren. Einen Versorgungsantrag hatte er damals noch nicht gestellt wie auch im Übrigen später erst, nachdem das Landesamt für Besoldung und Versorgung das Verfahren nach dem OEG bereits in Gang gesetzt hatte.

Insbesondere sprechen nach Ansicht des Senats die Befunde aus dem Klinikum O. vom 31. Mai 2010 für eine Primärschädigung des Brustbereichs. Die zwischenzeitlich aufgetretenen Zweifel an diesen Unterlagen, die in verschiedenen Versionen existieren, haben sich nach Beiziehung der Originalkrankenakte durch den Senat aufgeklärt. Danach sind offensichtlich die Eintragungen zu den Thoraxschmerzen und dem internistischen Konsil, das deswegen für notwendig gehalten wurde, nachträglich auf den Originalen der Arztberichte gemacht worden, nachdem die Durchschläge schon abgetrennt waren. Auf Grund des Schriftbilds besteht für den Senat kein Zweifel daran, dass auch die nachträglichen Eintragungen von denselben Ärzten, insbesondere Dr. V., stammen. Das internistische Konsil hat auch stattgefunden, ferner wurde der Brustbereich geröntgt und es wurde ein EKG durchgeführt. Dies ergibt sich nicht nur aus den entsprechenden Eintragungen in den Arztberichten, sondern auch aus der Abrechnung des Klinikums gegenüber dem Kläger. Dass bei diesen Untersuchungen Frakturen, ein

Hemithorax, ein Pneumothorax oder andere gravierende Verletzungen im Brustbereich ausgeschlossen worden sind, worauf Dr. R. mehrfach hingewiesen hat, trifft zu, aber dies schließt den Primärschaden nicht aus. Der Bericht des internistischen Konsils (Dr. W., Arzt Thiel) nennt ausdrücklich Thoraxschmerzen am linken Rippenbogen nach Trauma und hält fest, dass bei der Röntgenuntersuchung eine "allenfalls leichtgradige Stauung des Pneumothorax" festgestellt worden war.

Letztlich berücksichtigt der Senat bei seiner Beurteilung, dass Dr. R. in seiner schriftlichen Zeugenaussage vor dem SG angegeben hat, er habe am 8. Juni 2010 im Brustbereich des Klägers oberflächliche Hämatome gesehen. Es entspricht im Übrigen der Lebenserfahrung, dass Hämatome nicht zwingend sofort nach einem Trauma auftreten müssen, sodass sie bei der Akutbehandlung im O.-Klinikum womöglich noch nicht vorhanden waren.

Als dauernde Schädigung besteht bei dem Kläger die nach wie vor bindend als Schädigungsfolge anerkannte Mitralklappeninsuffizienz nach Chordae-Abriss, die zwischenzeitlich operiert worden, aber erneut aufgetreten ist, nachdem sich der bei der Operation implantierte Ring löste. Eine kardiale Dekompensation wurde erstmals von Dr. P. am 11. September 2010 beschrieben. Diagnostisch genau wurde die Schädigung dann am 23. bzw. 24. September 2010 von Dr. Sch. und dann im Klinikum E. festgestellt, dort wurde eine dekompensierte Herzinsuffizienz mit Pleuraerguss, rechts mehr als links, bei schwerer Mitralinsuffizienz unklarer Genese und entgleistem Hypertonus diagnostiziert. Es ist aber davon auszugehen, dass bereits die Atemprobleme, über die der Kläger ab Anfang August 2010 bei Dr. K. klagte, auf die Herzschädigung zurückgingen. Insbesondere Prof. Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 13. März 2014 darauf hingewiesen, dass bereits diese Beschwerden zwei Monate nach der Tat symptomatisch für eine Herzschädigung sprachen, während die Diagnose erst vier Monate danach gestellt wurde. Auf eine Verursachung durch den Herzschaden deutet im Übrigen auch hin, dass die damals zunächst eingeleitete Behandlung wegen Asthmas keinen Erfolg zeitigt hat. Dass diese Schädigung bei dem Kläger vorliegt, bestreitet im Übrigen auch der Beklagte nicht.

Der Senat ist davon überzeugt, dass die Tritte in den Rippenbereich bzw. der Sturz auf die Straße bei der Tat mit Wahrscheinlichkeit die wesentliche Ursache für diese Schädigung waren. Es liegen zwar insgesamt nur wenige Umstände (Indiztatsachen) vor, die im Rahmen dieser Wahrscheinlichkeitsprüfung gewürdigt werden können. Aber von diesen sprechen mehr für als gegen einen Zusammenhang, wobei der Senat einige Indizien, die von Beklagtenseite als Contra-Argument verwendet worden sind, nur als neutrale Umstände wertet, die weder für noch gegen einen Wahrscheinlichkeitszusammenhang sprechen.

Bei dieser Einschätzung sieht sich der Senat in Übereinstimmung mit allen gehörten behördlich, privat und gerichtlich bestellten ärztlichen Sachverständigen, die den Kläger wegen der Folgen der Gewalttat begutachtet haben. Erstmals der vom Beklagten beauftragte Prof. Dr. v. H. vom Herzzentrum L. hat in seinem Gutachten vom 18. August 2011 einen Ursachenzusammenhang angenommen. Dem hat sich die damals zuständige Ärztin des Versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten, L., auf Grund einer eigenen Untersuchung des Klägers in ihrem behördeninternen Gutachten vom 15. Februar 2012 angeschlossen. Zu der gleichen Einschätzung kommen Dr. B. vom Universitäts-Herzzentrum F. in seinem von einer Versicherung des Klägers beauftragten Gutachten vom 26. September 2012, der Chefarzt der H.-Klinik B. Dr. W. in dem Gutachten vom 20. Februar 2014, das in diesem Verfahren das SG erhoben hat, Prof. Dr. H. vom Park-Klinikum B. K. in dem vom LG Offenburg in Auftrag gegebenen Gutachten vom 13. März 2014 und letztlich auch der vom Senat außerdem beauftragte Direktor der H.-Herzklinik K. Prof. Dr. M. in seinem Gutachten vom 17. Oktober 2016 nebst ergänzender Stellungnahme vom 19. März 2017. Der Senat wertet dabei nicht nur die im sozialgerichtlichen Verfahren erhobenen Gutachten von Dr. W. und Prof. Dr. M. als solche, sondern auch das Gutachten von Prof. Dr. H. aus dem Verfahren vor dem LG O. (vgl. [§ 118 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 411a ZPO](#)), während die Gutachten von Prof. Dr. v. H. und von Dr. B., da es sich bei beiden Gutachtern um approbierte Ärzte handelt, als öffentliche Urkunden nach [§ 118 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 418 Abs. 1 ZPO](#). Alle diese Gutachter haben den Kläger untersucht, die für und gegen einen traumatischen Zusammenhang sprechenden Indizien aus ärztlicher Sicht erwogen und ihre Einschätzung, ein solcher Zusammenhang bestehe, nachvollziehbar begründet. Keines der Gutachten verfehlt die Anforderungen des [§ 412 Abs. 1 ZPO](#). In zunehmendem Maße haben die Sachverständigen, insbesondere Prof. Dr. M., auch die vorhandene wissenschaftliche Literatur zu traumatisch bedingten Chordae-Abrissen und Mitralklappeninsuffizienzen ausgewertet und gewürdigt. Unterstützend zu den sachverständigen Feststellungen und Schlussfolgerungen wertet der Senat auch die Atteste der behandelnden Ärzte, die der Kläger zur Akte gereicht hat. Insbesondere der Kardiologe Dr. G. hat mehrfach, z.B. in seinem Arztbrief vom 30. August 2011, den Herzschaden des Klägers auf das Thoraxtrauma zurückgeführt. Diese Summe sachverständiger Erwägungen hat auch der Versorgungsärztliche Dienst des Beklagten nicht überzeugend in Frage stellen können.

Im Einklang mit den Gutachtern geht der Senat zunächst davon aus, dass ein Schaden wie hier durch Tritte in oder einen Sturz auf den Brustbereich verursacht werden kann. Dass eine solche Einwirkung vorlag, davon ist - wie ausgeführt - im Falle des Klägers auszugehen. Diese war demnach geeignet, die Herzschädigung zu verursachen. Bereits Dr. B. und dann auch umfangreich Prof. Dr. M. haben die vorhandene Literatur zu diesem Thema ausgewertet. Zwar sind insgesamt tatsächlich nur wenige Dutzend Fälle gesicherter traumatischer Mitralklappenschädigungen beschrieben. Entgegen der Ansicht von Dr. R. schließt jedoch auch eine geringe Zahl von Vergleichsfällen einen Hinweis auf eine allgemeingültige wissenschaftliche Aussage nicht aus, wenn - wie hier - auch in den wenigen Fällen ein solcher Zusammenhang jeweils belegt worden ist. Ferner sind die Vergleichsfälle natürlich unterschiedlich und Dr. R. ist darin Recht zu geben, dass unter ihnen auch Frontalzusammenstöße im Straßenverkehr und Stürze aus großer Höhe vorhanden sind. Aber es sind auch näher liegende Vergleichsfälle mit Stürzen aus geringer Höhe und Schlägen in den Brustbereich beschrieben worden. Diese hat Prof. Dr. M. in seiner ergänzenden Stellungnahme noch einmal herausgestellt. Auch der Tritt eines Tiers, etwa eines Pferdes, auf die Brust kann eine Verletzung am Klappenapparat verursachen, dies ist z.B. in der unfallversicherungsrechtlichen medizinischen Literatur anerkannt (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 835). Besonders überzeugend ist für den Senat die Begründung dafür, dass auch weniger gravierende Einwirkungen auf den Brustbereich eine Schädigung wie hier verursachen können. Prof. Dr. M. hat hierzu ausgeführt, die Schwere der Thoraxverletzung habe keinen direkten Zusammenhang mit der Herzklappenschädigung, sondern es sei vielmehr der Zeitpunkt des Traumas im Verhältnis zur vulnerablen Phase des Herzzyklus relevant. Hiernach sind Schädigungen eher zu erwarten, wenn die Einwirkung in der späten Diastole oder frühen Systole des Herzschlags auftritt. Für eine Schädigung in dieser Phase des Herzzyklus sind in der Literatur sogar letale Fälle beschrieben (vgl. Lindstaedt, Zustand nach stumpfem Herztrauma, in: Barmeyer, Das kardiologische Gutachten, 2010, 34. Kapitel, S. 261 m.w.N.; auf diese Literaturstelle hat auch Prof. Dr. v. H. in seinem Gutachten hingewiesen).

Bei dem Kläger lagen keine (degenerativen) Vorschäden vor, die ihrerseits den Schaden hätten verursacht oder mitverursachen können. Den diesbezüglichen Hinweisen Dr. R.s auf die Bluthochdruckerkrankung des Klägers, die unzweifelhaft bestanden hat, folgt der Senat nicht.

Hierbei kann offen bleiben, ob diese Erkrankung, obwohl keine Behandlung mehr stattfand, nach der Pensionierung zurückgegangen ist, wie er vorgetragen hat. Aus den echokardiografischen Untersuchungen bei Dr. Sch. aus den Jahren 2006 und 2008 ergibt sich deutlich, dass damals andere Veränderungen am Herzen vorhanden waren, aber keine Beeinträchtigungen des Mitralkappenapparats. Es lag damals im Wesentlichen nur eine Linksherzhypertrophie vor, die als Folge des Bluthochdrucks zu erklären ist. Vor allem hält der Senat die Einschätzung von Prof. Dr. M. für überzeugend (S. 5 f. der ergänzenden Stellungnahme), dass eine Bluthochdruckerkrankung und auch eine daraus ggfs. entstandene Linksherzhypertrophie nicht als Ursache einer Mitralklappenschädigung in Frage kommen. Dem Hinweis Prof. Dr. M.s, ihm sei keine einzige wissenschaftliche Publikation bekannt, in der ein solcher Zusammenhang beschrieben worden sei, ist Dr. R. nicht mehr überzeugend entgegengetreten; insbesondere hat auch er solche Studien nicht benannt.

Dass die ersten Symptome der Mitralklappeninsuffizienz erst zwei Monate nach der Tat aufgetreten sind und die entsprechende Diagnose sogar erst weitere sechs Wochen später gestellt worden ist, spricht zumindest nicht gegen einen Ursachenzusammenhang, mit einem gewissen Gewicht sogar dafür. Diese Zeitspanne hält sich noch in dem Rahmen, der auch in den wissenschaftlich beschriebenen Fällen traumatischer Mitralklappenschädigungen festgestellt worden ist. Bereits Dr. B. hat darauf hingewiesen, dass Fehlen sofortiger Atemnot spreche nicht gegen einen Zusammenhang, weil es nach der wissenschaftlichen Literatur Ausnahmen von einer sofortigen Symptomatik gebe. Auf diesen Punkt hat dann auch Prof. Dr. H. unter Nennung einer entsprechenden Literaturstelle verwiesen. Prof. Dr. M. hat dann in seinem Gutachten die gesamte Literatur ausgewertet und angeführt, es seien Zeiträume von mehr als vier Wochen als adäquat anzusehen, in Einzelfällen sei ein Jahr beschrieben worden. Dies deckt sich mit den unfallversicherungsrechtlichen Erfahrungswerten. In der dortigen Literatur wird angenommen, die Symptome der Klappenschädigung könnten bei Bettruhe, körperlicher Schonung oder Überdeckung durch andere Schäden für geraume Zeit stumm bleiben. Hier werden sogar Latenzzeiten von einigen Wochen bis zu drei Jahren angenommen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 835). Dies erscheint auch im Falle des Klägers wahrscheinlich, der sich wegen seiner Vorerkrankungen (Bluthochdruck, Hüftgelenksarthrose) körperlich immer geschont und außerdem mehrere Wochen unter der Wundheilungsstörung am Bein gelitten hat. Alle Sachverständigen haben nachvollziehbar begründet, wie es zu diesen längeren Zeitspannen kommen kann. Gerade wenn das hier angeschuldigte Trauma nicht gleichermaßen erheblich war wie ein Frontalzusammenstoß im Straßenverkehr oder ein Sturz aus großer Höhe auf den Oberkörper, erscheint es gut denkbar, dass zunächst nur einer der mehreren Haltefäden des Mitralklappen-Halteapparats abgerissen ist und dann über die veränderte Zugbelastung der anderen Fäden sekundäre serielle weitere Abrisse entstanden sind. Auch in diesem Fall ist der zeitlich verzögerte Abriss des gesamten Halteapparats adäquate Schädigungsfolge, weil die veränderten Zugbelastungen der Herzklappe ausschließlich auf dem ersten, unmittelbar durch das Trauma verursachten Abriss beruhen.

Ebenfalls in Übereinstimmung mit den Sachverständigen wertet der Senat die Beobachtung des Operators, Prof. Dr. B., der eine auffällige Rötung beschrieben hat, als Indiz für eine traumatisch verursachte Schädigung. Es trifft zwar zu, dass der eigentliche Operationsbericht vom 25. November 2010 keine Ausführungen zu den Ursachen dieser Auffälligkeit enthält. Aber Prof. Dr. B. hat dann in seinem Arztbrief vom 24. März 2011 ausgeführt, die Rötung habe große Anteile des linken Vorhofs betroffen, sei ungewöhnlich gewesen und eventuell doch mit dem Thoraxtrauma in Verbindung zu bringen. Auch weise der Abriss des implantierten Rings auf eine Schädigung des Mitralklappenrings hin; solche Abrisse nach Rekonstruktion seien sehr selten. Diese Stellungnahme von Prof. Dr. B. war offenkundig den Sachverständigen bekannt. Bereits Dr. B. hat ausgeführt, Prof. Dr. B. habe den "extrem seltenen Anuloplastieausriss auf die mögliche Gewebeschädigung des Mitralklappenrings" zurückgeführt. Diese Information kann nur aus dem Brief vom 24. März 2011 stammen. Es ist davon auszugehen, dass der Kläger selbst diese Dokument jeweils den Gutachtern mitgebracht, aber niemals zur Akte gereicht hat. Im sozialgerichtlichen Verfahren ist dieser Brief erstmals von Prof. Dr. M. als Anlage zu seiner ergänzenden Stellungnahme im März 2017 bekannt geworden. Dies erklärt auch, warum Dr. R. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 22. Dezember 2016 ausgeführt hat, es sei nicht ersichtlich, wie Prof. Dr. B. den OP-Befund bewertet habe. Insbesondere Dr. B. und Prof. Dr. M. haben die Rötung im Vorhofbereich als Indiz für einen Ursachenzusammenhang gewertet. Hierbei erscheinen besonders Prof. Dr. M.s Ausführungen überzeugend, denn er hat in Auswertung der vorhandenen Literatur die üblicherweise bei traumatisch bedingten Mitralklappenschäden aufgetretenen Begleitverletzungen dargestellt und mit der hiesigen verglichen.

Umstände, die mit gewissem Gewicht gegen einen Ursachenzusammenhang mit der Gewalttat am 30. Mai 2010 sprechen, liegen nicht vor. Dass keine relevanten Vorerkrankungen in Bezug auf die Mitralklappen vorlagen, haben die Gutachter, gestützt auf die Befunde von Dr. Sch. aus den Jahren 2006 und 2008, dargelegt. Für die gegenteilige Annahme, der Kläger habe zwischen der hier angeschuldigten Tat und dem Auftreten der ersten Symptome Anfang August oder der Erstdiagnose Mitte September 2010 ein weiteres Trauma in Brustbereich erlitten, fehlen jegliche Anhaltspunkte. Gerade die Seltenheit solcher traumatischer Schädigungen, auf die Dr. R. hingewiesen hat, spricht eher dagegen, dass ein anderes, nachfolgendes Trauma die Ursache war.

Der Senat bewertet die Funktionseinbußen des Klägers, die aus dieser Herzschädigung folgen, mit einem GdS (Teil-GdS) von 50 ab der Tat, wie es auch der Beklagte selbst vorgenommen hat, und mit GdS-Werten von 70 im Jahre 2014 und von 90 ab dem Jahre 2015. Hinsichtlich der Teil-GdS-Werte weicht der Senat damit von den Einstufungen des SG ab, das - bezogen auf die Herzleistungsminderung allein - Teil-GdS-Werte von 80 ab 2014 und von 100 ab 2015 angenommen hat.

Einschränkungen der Herzleistung werden nach Teil B Nr. 9.1.1 VG bewertet. Hiernach beträgt - jeweils bei Erwachsenen - der GdS (bzw. der Grad der Behinderung GdB) 0 bis 10, wenn keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung (keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z. B. sehr schnelles Gehen [7-8 km/h], schwere körperliche Arbeit) und keine Einschränkung der Solleistung bei Ergometerbelastung vorliegt (Stufe 1). Der GdS beträgt 20 bis 40 (Stufe 2) bei Leistungsbeeinträchtigungen bei mittelschwerer Belastung (z. B. forsches Gehen [5-6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten). Er beträgt 50 bis 70, wenn Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z. B. Spazierengehen [3-4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit) auftreten oder Beschwerden und pathologische Messdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt (wenigstens 2 Minuten) entstehen (Stufe 3). Sofern zu der allgemeinen Leistungsbeeinträchtigung gelegentlich auftretende, vorübergehend schwere Dekompensationserscheinungen auftreten, beträgt der GdS 80. Bei einer Leistungsbeeinträchtigung bereits in Ruhe (Ruheinsuffizienz, z. B. auch bei fixierter pulmonaler Hypertonie) ist von einem GdS von 90 bis 100 auszugehen (Stufe 4). Sofern zu der Einschränkung der Herzleistung weitere Funktionseinbußen hinzukommen, z.B. Rhythmusstörungen, sind diese zusätzlich zu bewerten (Teil B Nr. 9.1.6 VG). Nach der Implantation einer (künstlichen) Herzklappe ist der GdS nicht niedriger als 30 zu bewerten (vgl. Teil B Nr. 9.1.2 Satz 2 Halbsatz 1 VG).

Bei dem Kläger ist hiernach von den Vorgaben aus Teil B Nr. 9.1.1.VG auszugehen. Dieser Maßstab gilt weiterhin, auch wenn sich der Kläger im Dezember 2016 nunmehr doch eine künstliche Herzklappe hat einsetzen lassen. Nach Teil B Nr. 9.1.2 Satz 2 Halbsatz 1 VG ist der GdS bei Herzklappenprothesen "nicht niedriger" als mit 30 zu bewerten. Hierbei handelt es sich aber nur um einen Mindest-GdS, weil nach Teil B Nr. 9.1.2 Satz 1 VG - auch - nach operativen und anderen therapeutischen Eingriffen am Herzen der GdS von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängt.

Für die Zeit bis Ende 2013 folgt der Senat der damaligen Einschätzung der Versorgungsärztin L. und legt einen GdS von 50 zu Grunde, also den unteren Spannenwert einer Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher Belastung (Stufe 3). Bei der Untersuchung bei Dr. v. H. hatte der Kläger noch angegeben, er könne nur - aber noch - in der Ebene langsam Fahrrad fahren. Da Fahrrad fahren - für Herz und Atmung - anstrengender ist als Gehen, kann hieraus allein noch nicht auf eine Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher Belastung wie Spazierengehen geschlossen werden, die aber für einen GdS von 50 bis 70 vonnöten wäre. Hinzu kommt, dass der Kläger bei einer ergometrischen Untersuchung bei Dr. G. im August 2011 im Liegen bis 100 W und für einige Sekunden noch bis 125 W belastet werden konnte, also deutlich mehr als jene 50 W, die von den VG vorgegeben werden. Der daneben bestehende Bluthochdruck ist zwar für den GdB relevant, kann aber hier bei der Bestimmung des GdS nicht erhöhend berücksichtigt werden, weil diese Erkrankung nicht auf der Schädigung beruht, sondern schon zuvor bestanden hatte. Gleichwohl erscheint der GdS von 50 noch vertretbar. In der Zeit nach dem Überfall hat der Gesundheitszustand des Klägers sehr geschwankt. Während anfangs die Einbußen ebenfalls eher geringfügig gewesen waren, ist es im August bzw. September 2010 und dann erneut nach der Operation, im Frühjahr 2011, zu "rezidivierenden Dekompensationen" (vgl. Arztbrief von Dr. G. vom 10. August 2011 gekommen, also Situationen, die, auch wenn sie nur "gelegentlich" auftreten, zu einem GdS von 80 führen. Es erscheint sachgerecht, diese vorübergehenden Zustände mit zu berücksichtigen. Bei erheblichen Schwankungen des Gesundheitszustandes ist der GdS nach einem Durchschnittswert zu bilden (Teil A Nr. 2 Buchstabe f Sätze 3 bis 5 VG).

Bei der Untersuchung bei dem erstinstanzlich beauftragten Gutachter Dr. W. am 10. Januar 2014 hatten sich die Funktionseinbußen verschlimmert. Eine solche progrediente Entwicklung entspricht auch der Prognose, die bereits Prof. Dr. Dr. B. im Frühjahr 2011 für den Fall gestellt hatte, dass sich der Kläger nicht zu einer erneuten Operation mit Implantation einer Kunstklappe entschließen könne. Bei der Untersuchung bei Dr. W. bestand eine Belastungsherzinsuffizienz im Stadium NYHA III. Der Kläger war bei leichter Belastung kurzatmig (S. 17 Gutachten, bestätigt durch die schlechten Ergebnisse der Lungenfunktionsprüfung, S. 14). Die Stockwerksfähigkeit war massiv eingeschränkt, er musste nach einer halben Treppe stehen bleiben. Beim "normalen" Spazierengehen musste der Kläger, so seine damaligen eigenen Angaben, nach 50 m stehen bleiben und durchatmen. Bei der ergometrischen Untersuchung konnte er zwar noch die Stufe von 75 W für zwei Minuten erreichen, allerdings nur mit halber Tretgeschwindigkeit. Auf dieser Basis ist der Vorschlag des Sachverständigen Dr. W. nachvollziehbar, für die Folgen der Herzleistungsminderung einen GdS von 70, also nach dem oberen Spannenwert der Stufe 3, anzunehmen, auch wenn in dieser Zeit Dekompensationserscheinungen nicht mehr aufgetreten sind.

Die Erhöhung des GdS ab 2015 hat das SG auf die weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers gestützt, wie sie sich aus den Arztbriefen von Prof. Dr. v. H. vom 14. Juli 2015 und Dr. G. vom 24. Juli 2015 ergeben hat. Dem kann gefolgt werden. Prof. Dr. v. H. hatte bei seiner Untersuchung am 9. Juli 2015 "teilweise" Ruhebeschwerden und Ruheluftnot beschrieben. Dr. G. hat berichtet, der Kläger habe bei der Untersuchung am 23. Juli 2015 "unverändert zu den letzten Vorstellungen" alle fünf Sekunden eine Sprechpause gemacht und hörbar eingeatmet. Es bestehe auch in Ruhe erhebliche Atemnot. Ferner hat Dr. G. ein Fortschreiten der Ödembildung an den Beinen gesehen und dafür ebenfalls die Mitralklappenschädigung angeschuldigt. Auch wenn dieser Punkt nicht einbezogen wird, so war es gerechtfertigt, ab 2015 von Leistungsbeeinträchtigungen bereits in Ruhe im Sinne von Teil B Nr. 9.1.1. VG (Stufe 4) auszugehen. Diese Einstufung wird gestützt durch die Feststellungen und Vorschläge dem Gutachten von Prof. Dr. M. aus dem Berufungsverfahren. Dieser hat nach der Untersuchung des Klägers am 16. August 2016 einen GdS von "100 %" vorgeschlagen. Er hat hierzu ausgeführt, die Herzinsuffizienz sei inzwischen nicht mehr drittgradig ("NYHA III bis IV", S. 4 Gutachten). Er hat zwar keine weitergehenden Funktionsparameter mitgeteilt. Aber der Senat zweifelt nicht daran, dass die von Prof. Dr. v. H. und Dr. G. 2015 beschriebene Verschlechterung jedenfalls nicht zurückgegangen ist. Dr. K. hat in seinem Arztbrief vom 22. Februar 2016 berichtet, aktuell sei eine Zunahme der Atemnot zu beobachten, mittlerweile sei längeres Sprechen beschwerlich im Sinne einer Ruhe-Dyspnoe.

Der Senat berücksichtigt neben den körperlichen Folgen der Herzschädigung auch die psychischen Folgen mit einem GdS von durchgehend 20.

Der Beklagte hat eine "psychoreaktive Störung" als Folge der Schädigung anerkannt und zuletzt mit einem Teil-GdS von 20 bewertet, weswegen dann der Gesamt-GdS mit Teil-Abhilfe-Bescheid vom 19. April 2013 auf 60 erhöht wurde. Diese Anerkennung hat der Beklagte - im Gegensatz zu den Folgen der Herzschädigung - bislang auch nicht wieder in Zweifel gezogen. Dies entspricht den ärztlichen Befunden.

Die Bewertung der psychoreaktiven Störung mit einem GdS von 20 beruhte anfangs auf dem Gutachten von Dr. B. vom 16. Januar 2013. Diese hatte von Teillelementen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), nämlich Wiedererinnern, Alpträumen und Ängsten berichtet, die den Kläger in seiner Lebensführung einschränkten, z.B. beim Autofahren oder nachts. Es war zwar nicht das Vollbild einer PTBS (F43.1 ICD-10 GM) erfüllt, sondern es lag eher eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung im Sinne einer "subsyndromalen PTBS" (F43.8 ICD-10 GM) vor. Diese Einstufung von Dr. B. deckte sich mit den Attesten von Dr. W., zuletzt jenem vom 30. November 2011, in denen bereits während des Klinikaufenthalts zur Herzoperation von massiven psychischen Störungen bis hin zu einer paranoid-psychotischen Dekompensation berichtet worden ist. Auch in der Folgezeit ist von einer weiter bestehenden psychischen Erkrankung des Klägers auf Grund der Gewalttat auszugehen. Insbesondere der vom SG beauftragte Sachverständige Dr. W. hat berichtet, er sei verunsichert, ängstlich vor allem im Dunkeln, sei schreckhaft und zeige z.T. panikartige Verhaltensweisen. Dr. W. - als Internist - hat diese Symptome nicht endgültig eingeordnet, sondern von Elementen einer Agoraphobie, einer Panikstörung, aber auch einer merklichen depressiven Störung berichtet. Auch ansonsten fehlt eine den Klassifikationssystemen entsprechende Diagnose, was auch darauf beruht, dass der Kläger nicht in fachpsychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung ist.

Entsprechend der Anerkennung durch den Beklagten ist auch davon auszugehen, dass diese psychische Erkrankung ganz oder teilweise auf die Schädigung zurückzuführen ist. Zwar hatte der Kläger bereits in den Jahren 2005 bis 2008 unter einer depressiven Episode gelitten. Dies entnimmt der Senat dem Arztbrief von Prof. Dr. W. vom 21. Januar 2008, der in dem damaligen Zurruheverfahren erhoben worden war. Diese Erkrankung war dann auch wesentliche Ursache für die Pensionierung, wie sich aus dem Gutachten von Dr. B. vom 4. Februar 2008 ergibt. Damals waren jedoch andere Symptome als diejenigen einer Reaktion auf schwere Belastung beschrieben worden.

Insbesondere war der Kläger nicht als ängstlich und schreckhaft geschildert worden, sondern als niedergeschlagen, antriebslos, völlig erschöpft (Dr. B.). Es ist daher nachvollziehbar, wenn Dr. B. davon ausgegangen ist, dass zumindest ein Teil der Erkrankung, der sich in den neu aufgetretenen Symptomen äußerte, mit Wahrscheinlichkeit auf die Gewalttat zurückzuführen ist.

Ebenfalls nicht zu beanstanden ist die Annahme eines Teil-GdS von 20 für die schädigungsbedingten Funktionseinbußen des Klägers auf psychiatrischem Gebiet. Hierbei handelt es sich um den oberen Spannenwert für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen nach Teil B Nr. 3.7 VG. Eine höhere Bewertung kommt nicht in Betracht. Auch wenn bei dem Kläger in der Summe eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vorliegt, wie sie für einen GdS von 30 oder 40 vonnöten ist, was aber angesichts des Fehlens einer zielführenden fachärztlichen Behandlung nicht anzunehmen ist, so beruht nur ein Teil dieser Einbußen auf der Schädigung.

Aus diesen Teil-GdS-Werten für die Herzerkrankung von anfangs 50, dann 70 und zuletzt 90 sowie dem durchgängig daneben bestehenden Teil-GdS von 20 für die anerkannte psychoreaktive Störung ist dann nach den Vorgaben bei Teil A Nr. 3, insbesondere nach Buchstabe d Doppelbuchstabe aa VG, der Gesamt-GdS mit 60 ab Mai 2010, mit 80 ab Januar 2014 und mit 100 ab Januar 2015 zu bilden.

Da demnach nach Auffassung des Senats bei dem Kläger bereits seit dem 1. Januar 2015 ein GdS von 100 vorliegt, waren die weiteren Verschlechterungen im Sommer 2016, insbesondere das dort zusätzlich aufgetretene Vorhofflimmern (Herzrhythmusstörung, vgl. dazu Teil B Nr. 9.1.6 VG), nicht mehr relevant. Auch sofern deswegen der Teil-GdS für die Folgen der Herzschildigung auf 100 anzuheben sein sollte, würde sich dies auf den Gesamt-GdS nicht mehr auswirken.

Auch die Anschlussberufung des Klägers ist vollen Umfangs zurückzuweisen. Wie ausgeführt, verbleibt es für die Zeit vor dem 1. Januar 2015 bei dem GdS von 60, den der Beklagte seinen Entscheidungen zu Grunde gelegt hat, und von 80 für das Jahr 2014, wie es das SG entschieden hat. Die noch weitere Verschlechterung, die zu dem GdS von 100 geführt hat, war erst nach dem Jahre 2014 - beweiskräftig - festzustellen.

Auf die Klage des Klägers ist ferner der Bescheid vom 24. November 2015 aufzuheben, soweit er Gegenstand des Verfahrens geworden ist und ihn der Kläger angefochten hat. Dies betrifft die unter Ziffer I 3 des Bescheids geregelte Beschränkung der laufenden Versorgungsleistungen auf den damals geleisteten Zahlbetrag.

Die Entscheidung des Beklagten, die Rechtswidrigkeit der ursprünglichen Rentenbewilligung (nach einem GdS um 60) festzustellen und den Rentenzahlbetrag auf Dauer festzuschreiben und von künftigen Erhöhungen auszunehmen, ist rechtswidrig. Die Voraussetzungen des [§ 48 Abs. 3 SGB X](#) lagen nicht vor. Die damalige Bewilligung einer Beschädigtengrundrente in der genannten Höhe war rechtmäßig. Wie ausgeführt, bedingen die aus der Schädigung folgenden Funktionseinbußen des Klägers ab der Schädigung den zuerkannten GdS von 60 sowie ab 2014 bzw. 2015 von 80 und 100.

Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens und der in zweiter Instanz zusätzlich erhobenen Klage des Klägers beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-06-27