L 10 VE 79/17

Land
Niedersachsen-Bremen
Sozialgericht
LSG Niedersachsen-Bremen
1. Instanz
SG Bremen (NSB)
Aktenzeichen
S 50 VE 13/12
Datum
25.10.2017
2. Instanz
LSG Niedersachsen-Bremen
Aktenzeichen
L 10 VE 79/17
Datum
17.12.2020
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Im Rahmen der Beschädigtenversorgung ist für die Annahme einer PTBS als Schädigungsfolge kein "Gesundheitserstschaden" zu fordern.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Bremen vom 25. Oktober 2017 dahingehend abgeändert, dass als Schädigungsfolge eine posttraumatische Belastungsstörung festzustellen ist.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Im Streit stehen die Feststellung von Schädigungsfolgen sowie die Gewährung von Beschädigtenrente nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) i.V.m. mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Die 1956 geborene Klägerin beantragte am 30. Dezember 2010 bei der Beklagten Leistungen nach dem OEG wegen eines Schockschadens. Hierzu gab sie an, ihr Bruder habe Weihnachten 2004 den Vater mit einer Axt erschlagen. Sie habe sich zu diesem Zeitpunkt im Urlaub auf Lanzarote befunden und Heiligabend einen Anruf von ihrem getrenntlebenden Ehemann erhalten, dass ihr Vater vom Bruder ermordet worden sei. Auf diese Nachricht habe sie sofort massiv psychosomatisch und mit einem Schock reagiert. Vor dem Hintergrund des Schockerlebnisses habe sie Angst und Panik entwickelt sowie Erinnerungslücken und auch einen regelrechten Blackout erlitten. Noch heute leide sie an den Folgen des Schockschadens: Sie habe massive Minderwertigkeits- und Schamgefühle entwickelt und sich aus dem gesamten sozialen Umfeld zurückgezogen; sie habe Angst davor, dass Menschen erfahren könnten, was in ihrer Familie passiert sei. Zusätzlich leide sie an Schlafproblemen, Ängstlichkeit und depressiver Verstimmung. Bei Urlaubsfahrten entwickele sie Ängste vor Anrufen mit schlechten Nachrichten. Ihr gesamtes Denken sei seit der Übermittlung der Nachricht von der Tötung des Vaters durch den Bruder zum „Katastrophendenken“ geworden. Zudem habe sie Ängste und Panik, dass ihr Ähnliches widerfahren könnte. Ihr Haus habe sie in eine regelrechte Festung verwandelt.

Ergänzend legte die Klägerin das Urteil des Landgerichts Bremen vom 12. August 2005 (Az. 24 Ks 210 Js 67098/04) vor, in welchem die

Unterbringung des Bruders in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet wurde. Das Gericht sah es als erwiesen an, dass der Bruder der Klägerin am 24. Dezember 2004 die Eltern - beide Jahrgang 1920 - besuchte, wo er gegen 18.00 Uhr, nachdem die Mutter ihn fragte, warum er den Vater schubse, aus dem Haus rannte und aus dem Schuppen eine Axt sowie einen Fäustel holte, mit denen er ohne weitere Ankündigung mit massiver Kraftentfaltung auf seinen Vater einschlug. Die Mutter versuchte erfolglos, den Bruder vom Vater wegzuziehen. Der Vater erlitt durch die Schläge stark blutende Wunden, einen schlitzförmigen Impressionsbruch etwa in Scheitelhöhe sowie einen grobscherbigen Trümmerbruch im Hinterhauptsbereich. Er verstarb noch am Tatort. Weiter stellte das Landgericht Bremen fest, der Bruder sei bei Begehung der Tat aufgrund einer paranoid-halluzinatorischen Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis schuldunfähig gewesen.

Auf Nachfrage der Beklagten teilte die Klägerin mit, wegen ihrer Gesundheitsstörungen bei keinem Arzt vorstellig geworden zu sein, und zwar aus Scham und in dem Bestreben, sich mit den Befindlichkeiten und dem zugrundeliegenden Ereignis nicht auseinandersetzen zu müssen. Entsprechend habe keine Kur oder Therapie stattgefunden. Lediglich einmal habe sie eine Psychologin aufgesucht und sich ihr anvertraut. Jedoch habe sich die Psychologin mit der Problematik überfordert gefühlt und ihr gesagt, dass sie dort falsch wäre. Dies sei mutmaßlich Anfang 2005 gewesen; den Namen der Psychologin erinnere sie nicht mehr. Sie sei immer extrem bemüht gewesen, das erlittene Trauma zu verdecken, was jedoch nicht bedeute, dass sie keinen Leidensdruck verspürt habe und noch verspüre. In der hierzu von der Beklagten eingeholten versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 12. Oktober 2011 wies Dr. H. darauf hin, dass es keinerlei dokumentierte, auf die Tat bezogene Störungen gebe. Eine adäquate ärztliche und psychotherapeutische Behandlung sei nicht erfolgt. Es könne daher nicht von einer posttraumatischen Belastungsreaktion ausgegangen werden; die Notwendigkeit einer ärztlichen Begutachtung ergebe sich nicht.

Mit Bescheid vom 14. Oktober 2011 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin auf Beschädigtenversorgung ab, da ein Schockschaden aufgrund der Übermittlung der Todesnachricht nicht gegeben sei. Im anschließenden Widerspruchsverfahren führte die Klägerin im Wesentlichen aus, die Tatsache des erlittenen Schockschadens ließe sich zeugenschaftlich durch Vernehmung des Ehemannes belegen. Sie habe typische Schockreaktionen mit Erinnerungslücken, Blackout, Angst und Panik gezeigt. Infolge des Schockschadens sei bei ihr eine gesundheitliche Schädigung eingetreten, die mit einem noch festzustellenden Grad der Schädigungsfolgen (GdS) unverändert gegeben sei. Hierfür sei unerheblich, dass sie sich diesbezüglich nicht in ärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung begeben habe. Die Beklagte holte dazu eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. I. vom 4. April 2012 ein. Danach fehle der Nachweis, dass ein eingetretener Schock durch die telefonische Übermittlung der Nachricht vom gewaltsamen Tod des Vaters 2004 eine nicht nur vorübergehende psychische Störung von Krankheitswert ausgelöst habe. Als solche Störung komme eine posttraumatische Belastungsstörung in Frage, aber auch andere psychische Störungen. Bedeutend sei, dass die Überbringungsnachricht eine solche Störung ausgelöst habe, was bisher nicht nachvollziehbar habe belegt werden können. Von einem Schockschaden seien alle psychischen Störungen zu trennen, bei denen das Erleben einer Veränderung bzw. die neue Lebenssituation leidensursächlich seien. Auch die mangelnde Möglichkeit der seelischen Bewältigung der von der Gewalttat herrührenden Lebenssituation dürfe nicht der Grund der Erkrankung sein. Den Widerspruch wies die Beklagte mit Bescheid vom 25. April 2012 als unbegründet zurück.

Dagegen hat die Klägerin vor dem Sozialgericht (SG) Bremen Klage erhoben und ihr Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren einschließlich der Beweisangebote in Form von Zeugenvernehmung und Einholung eines Sachverständigengutachtens bekräftigt. Ergänzend hat sie ausgeführt, sie habe infolge des Schockschadens zwischenzeitlich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt. Die insoweit typischen Symptome mit Wiedererleben des Traumas, Vermeidungsverhalten und Übererregung seien bei ihr unverändert gegeben. Fakt sei, dass sie infolge der Übermittlung der Todesnachricht einen Schockschaden im Sinne der Rechtsprechung erlitten habe, einhergehend mit unmittelbar einsetzender starker seelischer Erschütterung und bis heute fortwirkenden massiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Das SG hat eine Begutachtung der Klägerin durch die Psychiaterin J. veranlasst, die in ihrem Gutachten vom 16. April 2014 die depressiven Symptome nach zeitlichem Verlauf und Ausprägungsgrad als Dysthymia mit spätem Beginn eingeordnet hat. Aufgrund der Anamneseerhebung und des aktuellen Krankheitsbildes auf der Basis psychologischer Testdiagnostik lasse sich darüber hinaus die Diagnose einer generalisierten Angststörung nicht bestätigen. Die DSM-IV-Kriterien B, C, D und F der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) seien ebenfalls nicht erfüllt, so dass die Diagnose einer PTBS nicht zu stellen sei. Ebenso wenig könne bei der Klägerin eine anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung diagnostiziert werden. Der von der Klägerin beschriebene Verlauf könne den Phasen des Trauerprozesses zugeordnet werden, wobei die Tatsache, dass der Vater vom eigenen Sohn umgebracht worden sei, dem Geschehen eine in den gesellschaftlichen und religiösen Vorstellungen verankerte besondere moralische Note gebe. Gerade bei den bei der Klägerin ausgeprägten Persönlichkeitsmerkmalen wie Kontrolliertheit, Orientierung an den Umgangsformen, Bedachtheit auf einen guten Eindruck, gleichzeitig aber gehemmt und unsicher in Kontakten, sei es besonders schwierig, die Umstände des Vatertodes zu akzeptieren. Die bei der Klägerin eruierbare Dysthymia sei nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis 2004 zurückzuführen; es hätten sich in den Jahren nach dem Ereignis mehrere belastende Situationen gefunden, die eine dysthyme Störung mit Wahrscheinlichkeit als Folge haben könnten. Diese würden grundsätzlich besser passen als das Ereignis im Dezember 2004, bei dem es um eine außergewöhnliche, tiefgreifende Entwicklung gehe und als Folge eher eine PTBS zu erwarten wäre, deren Symptomatik im psychischen Befund aber fehle. Die gesamten psychiatrischen Funktionsstörungen seien – unabhängig von ihrer Ursache – mit einem GdS von insgesamt 10 im Sinne einer leichteren psychischen Störung zu bewerten.

Auf die Einwendungen der Klägerin, die sich insbesondere auf ihre Konfliktlage mit dem Bemühen, nach außen normal zu wirken, sowie die Auswertung der durchgeführten Testverfahren bezogen haben, hat das SG eine ergänzende Stellungnahme von Frau J. vom 15. Januar 2015 eingeholt. Darin hat sich die Sachverständige neben einer Erläuterung der eingesetzten Testverfahren zur Diagnose einer Persönlichkeitsänderung nach einer Extrembelastung geäußert und diese weiterhin nicht für gerechtfertigt gehalten. Auch habe die Begutachtung nicht das vollständige Bild einer generalisierten Angststörung ergeben; die Diagnose einer PTBS könne ebenfalls nicht

bestätigt werden. Zur Zeit der Begutachtung habe bei der Klägerin das klinische Bild einer ängstlich-depressiven Verstimmung bestanden, das sich im Rahmen einer Dysthymia beschreiben lasse. Der als Forschungsdefinition angewendete Begriff „prolongierter Trauer“ könne in Betracht gezogen, mangels Diagnose/Codierung in den gängigen Klassifikationen jedoch nicht als psychiatrische F-Diagnose erkennbar gemacht werden.

Im Anschluss hat das SG - nach Durchführung einer ersten mündlichen Verhandlung - Befundberichte der mittlerweile behandelnden Diplom-Psychologin K. und der Psychiaterin L. und sodann ein psychiatrisches Fachgutachten von Dr. M. vom 7. April 2017 eingeholt. Nach Einschätzung der Sachverständigen habe die Klägerin bei der Begutachtung die klassische Symptomatik einer PTBS mit Übergängen zur Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung gezeigt. Außerdem bestehe eine mittelschwere depressive Episode. Es seien sowohl die Kriterien nach ICD 10 als auch nach DSM IV erfüllt. Prädisponierende Faktoren lägen bei der Klägerin nicht vor. Die PTBS und die Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung seien unmittelbar auf die telefonische Übermittlung der Nachricht von der Tötung des Vaters am 24. Dezember 2004 im Sinne der Entstehung zurückzuführen und seien mit einem GdS von 40 zu bewerten. Die rezidivierende depressive Störung, zurzeit mittelschwere Episode, sei überwiegend auf die telefonische Übermittlung der Todesnachricht im Sinne der Entstehung zurückzuführen, einmal psychoreaktiv infolge der traumabedingten Intrusionen, zum anderen mittelbar infolge der damit verbundenen Schuld- und Schamgefühle und des sozialen Rückzugs. Der GdS betrage insoweit 30. Insgesamt ergäbe sich für die Schädigungsfolgen ein GdS von 50.

Gegen das Gutachten hat die Beklagte Einwendungen erhoben und eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. I. vom 20. April 2017 vorgelegt. Hiernach fehle weiterhin der Nachweis eines Schockschadens; eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung liege nicht vor. Es würden Umstände deutlich, die nicht mit einem Schockschaden in Einklang zu bringen seien, sondern sich als die Auswirkungen nach der Gewalttat des Bruders darstellten sowie die jahrelangen Befürchtungen, der kranke Bruder könne gefährlich sein, was sich bestätigt habe, sowie die Vorwürfe an die Ärzte, dies nicht verhindert zu haben. An der Begutachtung durch die Psychiaterin J. werde festgehalten. Dazu hat das SG eine ergänzende Stellungnahme von Dr. M. vom 6. Juni 2017 eingeholt, in welcher die Sachverständige unter Bezugnahme auf ihre gutachterlichen Feststellungen an ihrer bisherigen Einschätzung festgehalten hat. Es werde sehr deutlich eine akute Belastungsreaktion und Schockphase unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis beschrieben, die in der Folgezeit in eine PTBS übergehe. Dies könne nicht deshalb bestritten werden, da schambedingt erst Jahre später psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen worden sei. Symptome einer PTBS könnten sich mit einer Latenzzeit von Wochen oder Monaten ausbilden; dies schließe das Vorliegen einer PTBS also nicht aus. Auch werde die Behauptung von Dr. I., nach dem Mordfall würden nur Belastungen deutlich, die schon vor der Gewalttat bestanden hätten, nämlich durch das Aufwachsen mit einem psychisch gestörten Bruder, nicht geteilt. Die soziale Anpassungsstörung sei auch nach den Mitteilungen der Psychiaterin L. erst nach dem Ereignis aufgetreten.

Nach Anhörung der Sachverständigen Dr. M. in der mündlichen Verhandlung hat das SG mit Urteil vom 25. Oktober 2017 den Bescheid vom 14. Oktober 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. April 2012 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin unter Anerkennung einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Übergängen zu andauernden Persönlichkeitsveränderungen als Schädigungsfolge der telefonischen Nachrichtenübermittlung der Tötung ihres Vaters Leistungen nach dem OEG ab dem 1. Dezember 2010 zu einem GdS von 40 zu bewilligen. Im Übrigen hat das SG die Klage, soweit sie auf die Berücksichtigung eines GdS von 50 gerichtet war, abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin weise sämtliche Merkmale einer PTBS auf, wobei erste Anzeichen bereits unmittelbar nach der Übermittlung der Todesnachricht in Form von Erinnerungslücken aufgetreten seien. Zur Überzeugung des Gerichts stehe außerdem fest, dass die Klägerin infolge der Übermittlung der Tötungsnachricht unter Übergängen zur andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung leide, wenn auch nicht im Vollbild. Die Klägerin habe sich jedoch insoweit verändert, als sie nicht mehr in der Lage sei, Beziehungspersonen zu vertrauen, misstrauisch gegenüber ihrer Umwelt sei und sich sozial zurückgezogen habe. Den insoweit abweichenden Diagnosen von Frau J. sei nicht zu folgen. Die von Dr. M. bei der Klägerin außerdem diagnostizierte rezidivierende mittelschwere depressive Störung könne allerdings nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die Tötungsnachricht zurückgeführt werden. Die PTBS mit Übergängen zur Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung sei mit einem GdS von 40 zu bewerten.

Gegen das ihr am 8. November 2017 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 16. November 2017 Berufung eingelegt und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, das SG hätte der Zweitgutachterin Dr. M. nicht folgen dürfen, ohne der Erstgutachterin J. die Möglichkeit einer ergänzenden Stellungnahme einzuräumen. Der Erstgutachterin J. sei zuzustimmen und insbesondere auf den Tod der Mutter im Jahr 2011 hinzuweisen. Die Klägerin habe bei der Begutachtung durch Frau J. angegeben, „traurig über den Verlust von Familienverband zu sein, insbesondere nach dem Tod der Mutter 2011“. Da aus ihrer – der Beklagten – Sicht keine PTBS mit Übergängen zu andauernden Persönlichkeitsänderungen als Schädigungsfolge vorliege, seien die Voraussetzungen für Leistungen nach dem OEG zu einem GdS von 40 nicht erfüllt. Mangels etwaiger Unterlagen zum (psychischen) Gesundheitszustand der Klägerin zwischen der Tat im Jahr 2004 und der Begutachtung durch Frau X. im Jahr 2014 sei das Vorliegen eines Schockschadens im Jahr 2004 sowie etwaiger daraus resultierender Schädigungsfolgen nicht nachgewiesen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

das Urteil des Sozialgerichts Bremen vom 25. Oktober 2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Bremen vom 25. Oktober 2017 zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend, in welchem sich das Gericht kritisch mit den eingeholten Gutachten auseinandergesetzt habe und aus zutreffenden Gründen dem Gutachten der Dr. M. gefolgt sei.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines nervenärztlichen Fachgutachtens von Dr. N. vom 27. Januar 2020 nebst psychologischem Zusatzgutachten von Dr. N. und der Diplom-Psychologin O. vom 20. Januar 2020. Der Sachverständige hat für den Zeitpunkt seiner Untersuchung und der Untersuchung durch Dr. M. das Vorliegen einer PTBS anhand der einzelnen Symptomkriterien bejaht. Dies gelte gestützt auf die Ausführungen der Behandlerinnen K. und L. auch für die Zeit seit dem 30. Dezember 2010 bis zur Begutachtung durch Dr. M., wobei dies für den Zeitpunkt der Begutachtung durch Frau J. nicht dieselbe Sicherheit erreiche wie die Diagnosestellung anlässlich der nunmehr vorgenommenen Begutachtung. Für die PTBS werde angesichts einer durchaus schwerwiegenden Verlaufsform, in deren Rahmen die Klägerin in ein Erleben des Ereignisses gerate, als wenn dieses erst wenige Wochen oder Monate zurückläge, ein GdS von 40 als gerechtfertigt erachtet.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie auf den Verwaltungsvorgang der Beklagten Bezug genommen. Diese Unterlagen sind Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung, über die der Senat gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig, insbesondere form- und fristgerecht eingelegt. Sie ist jedoch bis auf die aus dem Tenor ersichtliche Änderung der Bezeichnung der Schädigungsfolge nicht begründet.

Das Sozialgericht hat zu Recht den Bescheid der Beklagten vom 14. Oktober 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. April 2012 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin wegen der infolge der telefonischen Nachricht von der Tötung ihres Vaters erlittenen gesundheitlichen Schädigung Leistungen gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 OEG i.V.m. § 30 ff. BVG ab dem 1. Dezember 2010 zu einem GdS von 40 zu bewilligen. Insofern ist als Schädigungsfolge eine posttraumatische Belastungsstörung anzuerkennen.

Rechtlicher Anknüpfungspunkt für den Anspruch der Klägerin ist der von der Rechtsprechung entwickelte Gesichtspunkt des sog. Schockschadens. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG sind auch Sekundäropfer in den Schutzbereich des § 1 Abs. 1 OEG einbezogen. Voraussetzung hierfür ist - ebenso wie bei Primäropfern - eine unmittelbare Schädigung, also ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem Schädigungstatbestand und der schädigenden Einwirkung i.S. einer engen, untrennbaren Verbindung beider Tatbestandselemente. Bei Sekundäropfern ist insoweit an den das Primäropfer schädigenden Vorgang anzuknüpfen. Sie müssen demnach durch Wahrnehmung dieses Vorganges oder eine sonstige Kenntnisnahme davon geschädigt worden sein. Darüber hinaus müssen die psychischen Auswirkungen der Gewalttat beim Sekundäropfer bei wertender Betrachtung mit der Gewalttat so eng verbunden sein, dass beide eine natürliche Einheit bilden. Maßgebliches Kriterium für das Vorliegen eines solchen engen Zusammenhangs ist die zeitliche, örtliche und personale Nähe, wobei allerdings nicht alle Aspekte gleichermaßen vorzuliegen brauchen. Besteht eine zeitliche und örtliche Nähe zum primär schädigenden Geschehen, kann diese den erforderlichen engen Zusammenhang begründen, auch wenn es an einer besonderen personalen Nähe zu dem Primäropfer fehlt. Umgekehrt muss der Mangel eines zeitlichen und örtlichen Zusammenhanges zu dem das Primäropfer schädigenden Vorgang nicht schaden, wenn das Sekundäropfer eine enge personale Beziehung zum Primäropfer hat (zum Vorstehenden: BSG, Urteil vom 12. Juni 2003, B 9 VG 1/02 R).

Unter einem Schockschaden werden nur Schäden verstanden, die unmittelbar durch den vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriff verursacht worden sind. Daran fehlt es, wenn die Schädigung nicht auf dem schädigenden Vorgang als solchem beruht und es erst aufgrund von Ereignissen, die das Primäropfer nach Abschluss des schädigenden Vorgangs erfasst haben, zu der „initialen Schädigung“ gekommen ist (vgl. BSG, Urteil vom 12. Juni 2003, B 9 VG 8/01 R).

Diese Maßstäbe berücksichtigend ist der Senat bei der Klägerin vom Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung als Folge des aufgrund der Übermittlung der Nachricht vom gewaltsamen Tod des Vaters erlittenen Schocks überzeugt.

Dabei sind als Schädigungsfolgen nur solche nachgewiesenen Gesundheitsstörungen anzuerkennen, die wenigstens mit Wahrscheinlichkeit durch das schädigende Ereignis verursacht worden sind. Wahrscheinlichkeit in dem genannten Sinn liegt vor, wenn nach geltender medizinischer Lehrmeinung mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang spricht. Ursache einer Gesundheitsstörung sind in dem hier erheblichen Sinn diejenigen Bedingungen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Haben zu dem Eintritt einer Gesundheitsstörung mehrere Bedingungen beigetragen, so sind nur diejenigen Ursachen im Rechtssinn, die von ihrer Bedeutung und Tragweite für den Eintritt des Schadens wenigstens den anderen Bedingungen gleichwertig sind. Kommt dagegen einem der Umstände gegenüber den anderen eine überragende Bedeutung zu, ist er allein Ursache im Rechtssinn (Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung, vgl. Rohr/Sträßer/Dahm, Kommentar zum BVG, Anmerkung 10 zu § 1).

Vorliegend hat zunächst schon die Psychiaterin J. in ihrem Gutachten vom 16. April 2014 die telefonische Kenntniserlangung vom gewaltsamen Tod des Vaters für generell geeignet gehalten, eine PTBS zu verursachen. Hieran haben auch die nachfolgend tätig gewordenen Sachverständigen keinerlei Zweifel geäußert. Darüber hinaus hat die Klägerin nach eigenen Angaben auf die telefonische Übermittlung der Todesnachricht mit hochgradigem Entsetzen bzw. Erstarrt-Sein reagiert. Außerdem berichtete sie wiederholt von Erinnerungslücken sowohl den Rückflug von Lanzarote als auch die Beerdigung des Vaters betreffend. Damit ist nach den plausiblen Ausführungen von Dr. N. das frühere A2-Kriterium nach DSM-IV erfüllt im Sinne einer nachhaltigen initialen seelischen Beeindruckung, wobei dieses Kriterium im DSM-5 nicht mehr enthalten ist, weil sich eine PTBS nach den aktuellen medizinischen Erkenntnissen auch ohne Vorliegen einer psychischen Erstreaktion entwickeln kann (vgl. N., MedSach 116, 107 ff.). Entsprechend ist auch im Rahmen der Beschädigtenversorgung für die Annahme einer PTBS als Schädigungsfolge kein „Gesundheitserstschaden“ in Form von initialem Erleben von intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen zu fordern (vgl. auch Spellbrink, MedSach 116, 114 ff.). Weitere Erwägungen hierzu erübrigen sich, da bei der Klägerin sogar dieses – von Dr. N. missverständlich geforderte – Kriterium des „Erstschadens“ gegeben ist. Auf die persönliche Anhörung der Klägerin und die Vernehmung des Zeugen P., der 2004 während der telefonischen Übermittlung der Todesnachricht auf Lanzarote anwesend war, konnte der Senat vor diesem Hintergrund verzichten.

Die übrigen Diagnosekriterien der PTBS sind ebenfalls erfüllt. Sehr nachvollziehbar hat der Sachverständige Dr. N. insbesondere das bis in die Gegenwart hineinreichende aktuelle (Nach)Erleben sowohl der Tat als auch deren Übermittlung am Telefon herausgestellt. Die Klägerin sei, in dem sie sich gedanklich der Tat annäherte, plötzlich wieder ganz darin gefangen, deutlicher gefangen aber noch, indem sie die Situation am Telefon geschildert habe, so dass man den Eindruck gewinnen könne, als wenn beide Ereignisse erst wenige Tage oder Wochen zurücklägen. Passend hierzu geriet die Klägerin in leichtes Zittern, ihre Haut rötete sich und die Hände wurden schweißig, wogegen sie sich nach den Ausführungen von Dr. N. aktiv zur Wehr setzte, da sie nicht habe zeigen wollen, wie sehr sie noch immer im Erleben der Ereignisse gefangen sei. Hier sah der Sachverständige nachvollziehbar das B- oder Wiedererlebenskriterium gegenwärtig mit Sicherheit als gegeben an, dies deutlicher bezogen auf die Übermittlung des Ereignisses per Telefon als bezogen auf die Tat selbst oder spätere Belastungen wie die Befürchtung, der Bruder könne freikommen und dann auch ihr etwas antun. Das für die PTBS darüber hinaus typische Vermeidungsverhalten spiegelt sich nach den plausiblen Feststellungen von Dr. N. im langen Ignorieren der Symptomatik und dem Umstand wider, dass sich die Klägerin jahrelang Ärzten und Psychologen nicht anvertraut hat. Auch den von der Klägerin geschilderten wiederholten Traum, in dem sie sich ihrem Elternhaus genähert habe und dieses Haus von Menschen umsäumt gewesen sei, die sie auch davon abgehalten hätten, sich dem Haus, also dem Tatort zu nähern, interpretiert der Sachverständige auf der Befundebene als Vermeidungsverhalten im Sinne des Merkmals C1 „Vermeidung oder Bemühungen, belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle zu vermeiden“. Anamnestisch ist das Merkmal C2 nach den Ausführungen von Dr. N. ebenfalls erfüllt, wenn die Klägerin nach ihren Angaben den hinteren Teil des Hauses, in dem es zu der Gewalttat kam, bis heute möglichst nicht aufgesucht hat. Das fehlende Erinnerungsvermögen an die traumatisierende Situation (D-Kriterium nach DSM-5), hier die Übermittlung der Todesnachricht am Telefon, hat die Klägerin außerdem bereits im Rahmen der Antragstellung bei der Beklagten mitgeteilt und auch bei allen Begutachtungen angegeben. Das Subkriterium D2 (anhaltende und übertriebene negative Überzeugungen und Erwartungen) zeigt sich nach den schlüssigen Feststellungen von Dr. N. bei der Klägerin durch ein eingeschränktes Selbstwertgefühl, anhaltende Übererregung, Angst und das Gefühl des Bedrohtseins in authentischer Weise. Eine anhaltende verzerrte Kognition hinsichtlich Ursache und Folgen des traumatischen Ereignisses im Sinne des Subkriteriums D3 konnte Dr. N. unter anderem dadurch belegen, dass die Klägerin in authentischer, kongruenter Form von angeblich (fast) fehlender Behandlung des Bruders vor dem Ereignis berichtet hat, obwohl der Bruder ausweislich des Urteils des Landgerichts Bremen zum Tatzeitpunkt bereits 17-mal in stationärer Behandlung in psychiatrischen Kliniken gewesen ist. Den „andauernden negativen emotionalen Zustand“ (Subkriterium D4) haben bereits die Gutachterinnen J. und Dr. M. beschrieben, allerdings teilweise einer Depression zugerechnet. Dr. N. hält hier aus Sicht des Senats nachvollziehbar das Subkriterium D4 nach DSM-5 für erfüllt, so dass sich daneben die Frage des Vorliegens einer Depression nicht stellt. Hierzu passend bejaht Dr. N. die Subkriterien D5 (deutlich verminderte Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten) und D7 (anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden), wobei der Sachverständige betont, dass die Klägerin sich keinerlei Mühe gegeben habe, Beschwerden hervorzuheben oder vorzuspielen, was dem Ergebnis der standardisierten psychologischen Testung entspreche, so dass ihren Angaben hier ein vergleichsweise hoher Beweiswert zukomme. Die Klägerin hatte unter anderem berichtet, nicht mehr wie vor dem Ereignis im Kegelverein und Tanzclub zu sein; sie habe sich vollständig zurückgezogen, ein Freundeskreis bestehe eigentlich nicht mehr. Schließlich hat Dr. N. auch das Hyperarousalkriterium als erfüllt angesehen, indem die Klägerin auf Befundebene leichte (Hirn)Leistungsstörungen (Aufmerksamkeitsstörungen) zeigte, die der Sachverständige nachvollziehbar ihrer anhaltenden Erregung zurechnete. Die Klägerin schilderte sich selbst als übermäßig wachsam und schreckhaft.

Unter Hinweis auf die erhobenen Befunde sowie die Plausibilität und Authentizität der Schilderungen der Klägerin hat Dr. N. schlüssig das Vorliegen einer PTBS bejaht und diese auch für den Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. M., die zu ganz ähnlichen Ergebnissen gekommen war, gesehen. Es leuchtet außerdem ein, dass Dr. N. die Diagnose „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“, wie sie

neben der Psychotherapeutin K. und der Psychiaterin L. auch Dr. M. gestellt hat, nicht teilt, weil diese Diagnose Menschen vorbehalten bleiben sollte, welche einer anhaltenden lebensbedrohlichen Situation wie Konzentrationslagerhaft, Folter oder Katastrophen ausgesetzt waren. Eine einmalige seelische Beeindruckung, und sei sie auch noch so hochgradig, kann nach den plausiblen Ausführungen von Dr. N. diese Persönlichkeitsänderung in der Regel nicht herbeiführen, zumal nicht ersichtlich ist, dass die Klägerin eine vergleichbare Extrembelastung erfahren hat.

In Übereinstimmung mit den Ausführungen von Dr. N. lässt sich anhand der Symptombeschreibung der Psychotherapeutin K. und der Psychiaterin L. die PTBS bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung am 30. Dezember 2010 feststellen, obwohl die zuerst tätig gewordene Sachverständige J. diese Diagnose anhand der Anamnese, der von ihr erhobenen Befunde und der Testdiagnostik ausdrücklich verworfen hat. Letzterer Einschätzung vermag sich der Senat nicht anzuschließen, wenngleich ihre Begutachtung von Dr. N. durchaus für besonders kompetent erachtet wird. Zugleich weist Dr. N. nämlich auch darauf hin, es sei möglich, dass Frau J. aufgrund des über die Jahre eingeübten abdeckenden Verhaltens der Klägerin nicht die Gesamtheit der seelischen Störungen habe ermessen können. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass ihr Kontakt zur Klägerin nicht derart intensiv und offen gewesen sei, dass diese das ihr innewohnende Störungsbild zur Gänze enthüllt hätte. Gegebenenfalls habe es, was aus einzelnen Passagen des Gutachtens hervorgehe, auch an einer hinreichend detaillierten Nachfrage, die zur Befunderhebung erforderlich gewesen wäre, gefehlt. Bei dieser Sachlage überzeugt das Gutachten von Frau J. den Senat im Ergebnis nicht. Eine erst nach ihrer Begutachtung in Erscheinung getretene PTBS ist angesichts des dargestellten Verlaufs für den Senat nicht plausibel.

Die festgestellte PTBS ist zur Überzeugung des Senats mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die Übermittlung der Nachricht vom gewaltsamen Tod des Vaters zurückzuführen. Insofern stellt Dr. N. klar, dass medizinisch nicht zwischen der Tötung des Vaters als Bedingungsfaktor der seelischen Störung und der Mitteilung der Tat am Telefon differenziert werden kann. Bezogen auf die Schädigungsfolge PTBS kann man die Reaktion auf die Tatsache an sich, dass der Bruder der Klägerin den gemeinsamen Vater getötet hat, und das Gewahrwerden dieser Tat am Telefon auf Lanzarote nicht trennen. Beide wirken – so der Sachverständige – auf die Traumafolgestörung ein und sind inhaltlich Thema derselben. Weiter führt Dr. N. aus, im Laufe des traumatischen Prozesses mit sich aus dem initialen Schock oder „Aufschrei“ entwickelnder PTBS könnten viele ereignisfremde Faktoren sowohl resilienz- als auch krankheitsfördernd wirksam werden, was im Einzelfall so weit gehen könne, dass allein ereignisfremde Faktoren, wozu auch Entschädigungsstreben gehören könne, die überwiegenden oder allein wirkenden Treibkräfte würden. Dies hält Dr. N. bei dem Bild, welches bei der Klägerin angetroffen wurde, allerdings nachvollziehbar nicht für wahrscheinlich. Andere denkbare Bedingungsfaktoren wie etwa die Darmerkrankung 2005, die Scheidung vom Ehemann oder der als friedlich beschriebene Tod der Mutter 2011 spielen bei der Beschwerdeschilderung der Klägerin keine Rolle und sind damit nicht geeignet, den Ursachenzusammenhang zur Übermittlung der Todesnachricht zu unterbrechen. Die jahrelang fehlende Inanspruchnahme ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung stellt sich bei der Klägerin außerdem als Ausdruck der PTBS dar und kann daher ebenfalls nicht als Argument gegen das Vorliegen des erforderlichen Kausalzusammenhangs herangezogen werden.

Die nach alldem als Schädigungsfolge zu berücksichtigende PTBS ist mit einem GdS von 40 zu bewerten. Dabei richtet sich die Bewertung des GdS nach der auf Grundlage des § 30 Abs. 16 BVG erlassenen Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10. Dezember 2008 (im Folgenden: VMG). Insoweit entspricht ein GdS von 40 den Vorgaben von Teil B Nr. 3.7 der VMG, nach denen für stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) ein GdS von 30 bis 40 vorgesehen ist. Die Ausschöpfung dieses Beurteilungsspielraums ist angesichts des Umstandes, dass die Klägerin auch viele Jahre nach dem Ereignis noch derart im Wiedererleben gefangen ist, als wären erst wenige Wochen oder Monate vergangen, gerechtfertigt. Dies entspricht der Einschätzung von Dr. N. und – soweit es die PTBS betrifft – auch der Bewertung von Dr. M..

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG und berücksichtigt den ganz überwiegenden Erfolg der Klage.

Gründe, die Revision gemäß § 160 Abs. 2 SGG zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-02-03