S 15 VG 6/09

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Landshut (FSB)
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
15
1. Instanz
SG Landshut (FSB)
Aktenzeichen
S 15 VG 6/09
Datum
10.05.2012
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Gerichtsbescheid
Leitsätze
Anforderungen an den Nachweis einer Anpassungsstörung oder posttraumatischen Belastungsstörung;
Voraussetzungen einer Versorgungsrente nach dem Opferentschädigungsgesetz;
annähernde Gleichwertigkeit der Gewalttat als Mitursache als Voraussetzung der Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge;
I. Die Klage gegen den Bescheid des Beklagten vom 07.07.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.07.2009 wird abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind vom Beklagten nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt wegen einer erlittenen Gewalttat die Gewährung einer Versorgungsrente aus dem Opferentschädigungsgesetz (OEG).

Der am ...1957 geborene Kläger besuchte am Sonntag, den 29.06.2003 zusammen mit seiner Ehefrau das Bürgerfest in B-Stadt. Am 30.06.2003 gegen 0.10 Uhr ging er nach Beendigung des Bürgerfest-Feuerwerks mit seiner Frau stadtauswärts über die "S ... Brücke" in B-Stadt. Beim sog. "B ..." blieben sie stehen und blickten auf die Stadtkulisse. Auf der anderen Seite der Brücke blieb auf der Höhe des Klägers M. S., ein betrunkener Mann mittleren Alters, stehen und urinierte über die Brüstung. Anschließend sagte der Kläger zu seiner Ehefrau: "Der hat aber in weitem Bogen runtergepinkelt - hoffentlich war niemand mehr drunter." Dies hatte S. wohl gehört und ging auf den Kläger zu. Er erzählte, dass er deshalb so weit pinkeln könne, weil er so einen "Großen" habe. Er forderte den Kläger auf, "Seinen" rauszuholen und zu demonstrieren, ob er auch so einen "Großen" habe. Dabei fummelte S. in seiner Hose herum und wollte wohl seinen Penis vorzeigen. Da sagte der Kläger zu ihm, er solle ihn mit seinem Gerede in Ruhe lassen und solle nach Hause gehen. S. jedoch blockierte seinen Weg und redete weiter. Der Kläger forderte ihn nochmals auf, aufzuhören und nach Hause zu gehen. Anschließend stieß S. die Ehefrau des Klägers zur Seite und stürzte sich auf ihn. Er packte den Kläger mit der Hand am Kehlkopf und drückte zu. Mit der anderen Hand fasste er ihn am Geschlechtsteil. Der Kläger versuchte, ihn von sich wegzuschieben. S. jedoch zerrte ihn auf die andere Brückenseite und riss ihn dort zu Boden. Hierbei kam der Kläger auf dem Angreifer zum Liegen. Der Kläger setzte sich auf und wollte den am Boden liegenden S. verlassen. Dieser hielt ihn jedoch an der Hand fest. Als S. den Griff etwas gelockert hatte, ging der Kläger von ihm weg (zu seiner Ehefrau hin). Mit ihr zusammen ging er weiter. Nach einigen Metern wurde er jedoch von hinten herumgerissen und S. versetzte ihm einen Schlag gegen den Unterkiefer, so dass er stürzte. Hierbei fiel der Kläger mit dem Kopf gegen die Steinmauer der Brücke. Als er am Boden lag, hat ihn S. des Weiteren mit dem rechten Fuß in den Bauch, sowie gegen den Kopf und den Oberkörper getreten.

Die Ehefrau des Klägers hatte mittlerweile Polizei und Krankenwagen gerufen. Der Kläger wurde mit dem Krankenwagen ins H. in B-Stadt verbracht. Dort wurden multiple Prellungen und Schürfungen, eine Riss-/ Quetschwunde am linken Augenlid, sowie eine Gehirnerschütterung diagnostiziert. Knöcherne Verletzungen am Kopf wurden mittels einer Röntgenaufnahme ausgeschlossen. Ein stationärer Aufenthalt war nicht erforderlich. Im kranialen Computertomogramm vom 03.07.2003 waren keine pathologischen Veränderungen erkennbar, auch keine knöchernen Verletzungen. Ein Kernspintomogramm der linken Hand vom 10.07.2003 ergab allein degenerative Veränderungen, jedoch keine frischen Verletzungen.

Der Täter, M. S., wurde mit Urteil des Amtsgerichts B-Stadt vom 05.01.2004 wegen vorsätzlicher Körperverletzung und anderem zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 10 Monaten verurteilt (Az.: 23 Ds 127 Js 20126/03). Die Vollstreckung der Freiheitsstrafe wurde zur Bewährung ausgesetzt.

Mit Schreiben vom 24.03.2007, eingegangen beim Beklagten am 26.03.2007, stellte der Kläger wegen der Gewalttat vom 30.06.2003 einen Antrag auf Gewährung von Versorgung aus dem Opferentschädigungsgesetz. Der Beklagte hat zahlreiche Befundberichte der behandelnden Ärzte des Klägers, auch aus der Zeit vor der streitgegenständlichen Gewalttat, eingeholt. Es wurde ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten in Auftrag gegeben. Im Gutachten der Neurologin und Psychiaterin Dr. A. vom 06.05.2008 kam diese zu dem Ergebnis, dass beim Kläger auf ihrem Fachgebiet keine Gesundheitsstörungen mehr vorlägen, welche mit Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang stünden mit der Gewalttat vom 30.06.2003. In den Jahren nach der Gewalttat sei es beim Kläger nicht zu spezifischen Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung gekommen. Aus den Befundberichten aus der Zeit vor der Gewalttat sei zu entnehmen, dass beim Kläger bereits seit etwa 1997 eine chronische Schmerzstörung vorliege, wobei das Ausmaß der Schmerzen nicht mit organischen Befunden erklärt habe werden können. Die chronische Schmerzstörung sei weder durch die Gewalttat verursacht, noch dadurch dauerhaft verschlimmert worden. Auch die mittlerweile vorliegenden Schwindelattacken seien nicht mit Wahrscheinlichkeit auf die Gewalttat zurückzuführen. Insgesamt sei auf neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet in engerem zeitlichem Zusammenhang nur eine vorübergehende Gesundheitsstörung im Sinne einer Gehirnerschütterung nachgewiesen. Deren Folgen seien nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung innerhalb von 3 bis 5 Monaten abgeklungen gewesen.

Des Weiteren wurde ein chirurgisches Gutachten erstellt. In diesem Gutachten des Chirurgen Dr. M. vom 06.05.2008 wurde festgestellt, dass ab dem Zeitpunkt der Antragstellung (März 2007) keine Gesundheitsstörungen mehr auf chirurgischem Fachgebiet vorlägen, welche mit Wahrscheinlichkeit auf die Gewalttat zurückzuführen seien.

Entsprechend der Einschätzung der Gutachter hat der Beklagte im Bescheid vom 07.07.2008 die Anerkennung von Schädigungsfolgen, sowie Leistungen aus dem OEG abgelehnt.

Mit Schreiben vom 07.08.2008 hat der Kläger gegen diesen Bescheid Widerspruch erhoben. Das chronische Schmerzsyndrom sei vor der Gewalttat vom 30.06.2003 kompensiert gewesen. Er sei beruflich und von sportlicher Seite überaus leistungsfähig gewesen. Er habe vor diesem Ereignis als selbstständiger Physiotherapeut ein umfangreiches Arbeitspensum bewältigt. Er habe an Triathlon-Wettkämpfen teilgenommen und sowohl zu Fuß, mit dem Rad oder mit dem Pferd die Alpen überquert. Er sei psychisch belastbar gewesen und in überdurchschnittlichem Maße am öffentlichen Leben beteiligt. Nach der Gewalttat sei er ein anderer Mensch geworden und habe sich sozial vollkommen zurückgezogen. Das Ausmaß seiner psychischen Veränderungen könne von seinen behandelnden Ärzten und Psychologen bestätigt werden.

Nach Einholung weiterer Befunde hat der Beklagte eine Stellungnahme der Neurologin und Psychiaterin Dr. med. S. in L. in Auftrag gegeben. In der Stellungnahme vom 09.03.2009 kam diese zu dem Ergebnis, dass ein Zusammenhang zwischen der bestehenden "somatoformen Schmerzstörung" und der streitigen Gewalttat nicht herzustellen sei. Die "somatoforme Schmerzstörung" habe nach den Befunden eindeutig bereits vor der Gewalttat vorgelegen. Die zeitnahen Befunde zur Gewalttat (auch die radiologischen Befunde wie CT und MRT) hätten eine wesentliche hirnorganische Beeinträchtigung in Folge der Gewalttat ausgeschlossen. Es sei durch die Gewalttat allenfalls zu einer Gehirnerschütterung gekommen, welche spätestens nach 6 Monaten wieder ausgeheilt gewesen sei. Auch spreche nichts dafür, dass es wegen der Gewalttat zu einer dauerhaften Verschlimmerung der vorbestehenden "somatoformen Schmerzstörung" gekommen sei. Auf ihrem Fachgebiet seien daher keine Schädigungsfolgen anzuerkennen.

Der Versorgungsarzt Dr. K. hat sich in seiner Stellungnahme vom 22.05.2009 der Beurteilung von Dr. S. in vollem Umfang angeschlossen. Auch der Versorgungsarzt und Chirurg Dr. H. konnte in seiner Stellungnahme vom 08.07.2009 keine Schädigungsfolgen auf seinem Fachgebiet feststellen.

Auf der Grundlage dieser Beurteilung hat der Beklagte im Widerspruchsbescheid vom 14.07.2009 den Widerspruch des Klägers in vollem Umfang zurückgewiesen.

Hiergegen wurde mit Schreiben vom 07.08.2009 Klage beim Sozialgericht Landshut erhoben. Das Gericht hat Befundberichte der behandelnden Ärzte und Psychologen des Klägers, sowie zahlreiche bildgebende Aufnahmen des Schädels und der Hände des Klägers beigezogen. Der Chirurg Dr. M. (Klinikum M.) und der Psychiater Dr. C. (C-Stadt) wurden zu ärztlichen Sachverständigen ernannt. Dr. M. kam in seinem Gutachten vom 26.08.2010 zu dem Resultat, dass ab Antragstellung (März 2007) keine Gesundheitsstörungen mehr auf seinem Fachgebiet vorlägen, die mit Wahrscheinlichkeit auf die streitige Gewalttat zurückzuführen seien. So seien etwa auch im Kernspintomogramm der Hände vom 10.07.2003, das zeitnah zur Gewalttat angefertigt worden sei, nur degenerative Veränderungen nachgewiesen worden. Auch im MRT der Halswirbelsäule vom 29.12.2003 seien ausschließlich verschleißbedingte Veränderungen gefunden worden. In den zeitnah zum Unfall angefertigten radiologischen Aufnahmen hätten damit keine Befunde erhoben werden können, die als Verletzungsfolge interpretiert werden könnten.

Der Psychiater Dr. C. führt im Gutachten vom 04.02.2011 aus, dass das beim Kläger vorliegende "chronische Schmerzsyndrom mit begleitenden psychovegetativen Störungen" nicht als wesentliche Ursache auf die streitige Gewalttat zurückzuführen sei. Auch ließe sich keine wesentliche Verschlimmerung des vorbestehenden Schmerzsyndroms durch die Gewalttat begründen. Die Schwindelzustände des Klägers seien ebenfalls nicht mit Wahrscheinlichkeit durch die streitige Gewalttat verursacht. Ein zeitlicher Zusammenhang, der erstmals ab März 2007 stationär behandelten psychischen Erkrankungen des Klägers mit der Gewalttat sei nicht herzustellen. Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung seien zu keinem Zeitpunkt nachgewiesen. Schädigungsfolgen seien daher nicht anzuerkennen.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG wurde ein Gutachten von Prof. Dr. O. (Uniklinikum B-Stadt) eingeholt. Im Gutachten vom 28.09.2011 vertrat dieser die Auffassung, dass bestimmte Anteile des Schmerzsyndroms des Klägers durch die streitige Gewalttat hervorgerufen worden seien, zumindest sei eine Verschlimmerung der vorbestehenden chronischen Schmerzstörung eingetreten. Als Schädigungsfolge seien eine schwere Anpassungsstörung, eine dissoziative Störung, eine rezidivierende depressive Störung im Sinne der Entstehung anzuerkennen, sowie eine Somatisierungsstörung und rezidivierende depressive Störung im Sinne der Verschlimmerung. Der Grad der Schädigungsfolgen (GdS) sei seit Antragstellung am 26.03.2007 mit 70 zu bewerten.

Der Beklagte konnte sich der Einschätzung von Prof. Dr. O. nicht anschließen. Im Schriftsatz vom 05.12.2011 beantragte er weiterhin Klageabweisung und verwies auf eine versorgungsärztliche Stellungnahme nach Aktenlage vom 29.11.2011. In dieser Stellungnahme führte

der Neurologe und Psychiater Dr. K. aus, dass es sich bei dem im Falle des Klägers vorliegenden Ganzkörper-Schmerzsyndrom generell nicht um eine typische psychoreaktive Symptomatik nach einer einmaligen Gewalttat handeln würde. Die beim Kläger vorliegenden Schwindelzustände hätten bereits vor der Gewalttat vorgelegen und seien erstmals wieder 6 Monate danach aufgetreten. Aktuell bestünden diese seit etwa 1 1/2 Jahren nicht mehr (laut Gutachten von Prof. Dr. O.). Damit könne man hier auch keine Erkrankung im Sinne der Verschlimmerung anerkennen. Im Hinblick auf die beim Kläger bestehenden Ängste und Depressionen sei der zeitliche Zusammenhang mit der Gewalttat nicht herzustellen. Die erste psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlung sei mehr als 3 1/2 Jahre nach der Gewalttat in der Psychosomatischen Abteilung der Klinik Donaustauf im Jahr 2007 durchgeführt worden. Die ambulante Behandlung bei der Diplom-Psychologin L. sei erst seit Juli 2007 erfolgt, also mehr als 4 Jahre nach dem schädigenden Ereignis. Die Einschätzung des Gesamt-GdS entspräche nicht den geltenden Bewertungsmaßstäben der "Versorgungsmedizinischen Grundsätze". Danach würde ein GdS von 70 einer schweren psychischen Krankheit oder schweren Hirnleistungsstörungen entsprechen. Eine derartige Erkrankung sei jedoch im Falle des Klägers nicht gegeben, da er in seinem Befinden stabil sei und nur eine niedrigdosierte psychopharmakologische Medikation stattfinde. Ein GdS von 70 sei daher nicht zu rechtfertigen.

Von Klägerseite wurde im Schriftsatz vom 30.04.2012 ein Gutachten von Dr. S. vom 17.09.2008 und ein Gutachten von Dr. L. und Dipl.-Psych. S. vom 20.03.2012 vorgelegt. Diese Gutachten waren im Zusammenhang mit einem zivilgerichtlichen Schadensersatzprozess vom Landgericht B-Stadt im Verfahren 4 O 1392/06 (2) veranlasst worden. Im Hinblick auf den Inhalt dieser Gutachten wird auf die Streitakte verwiesen.

Der Kläger beantragt, den Beklagten zu verurteilen, unter Aufhebung des Bescheides vom 07.07.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.07.2009 bei ihm ab Antragstellung die ab dem Zeitpunkt der Gewalttat vom 30.06.2003 aufgetretenen Gesundheitsstörungen und Beschwerden als Schädigungsfolgen anzuerkennen und entsprechende Leistungen aus dem Opferentschädigungsgesetz zu gewähren.

Der Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Im Hinblick auf die weiteren Einzelheiten wird Bezug genommen auf die beigezogene Akte des Beklagten, sowie auf die vorliegende Streitakte.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist nicht begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anerkennung von Schädigungsfolgen und auch nicht auf die Gewährung entsprechender Leistungen aus dem Opferentschädigungsgesetz, insbesondere nicht auf Zuerkennung einer Versorgungsrente.

Nach § 1 Abs.1 Opferentschädigungsgesetz (OEG) erhält, wer durch einen vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriff in seiner Gesundheit geschädigt worden ist, in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) Versorgung wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Gewalttat. Sämtliche anspruchsbegründenden Tatsachen, insbesondere auch die geltend gemachten Schädigungsfolgen, müssen mittels Vollbeweis, d. h. zur vollen Überzeugung des Gerichts (mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit) nachgewiesen sein.

Zudem setzt die Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs der Gesundheitsstörung mit dem schädigenden Ereignis voraus (§ 1 Abs.1, Abs.3 Satz 1 des BVG i.V.m. § 1 Abs.1 OEG). Der Beweisgrad der Wahrscheinlichkeit ist im Sozialrecht erfüllt, wenn nach medizinisch-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen den Zusammenhang spricht und das schädigende Ereignis eine wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (Theorie der wesentlichen Bedingung, vgl. Verwaltungsvorschrift Nr.2 zu § 1 BVG). Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht, ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie. Danach ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolgs, das nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (sog. conditio sine qua non). Auf Grund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen ist im Sozialrecht aber eine zweite Selektionsstufe für die Stufe der möglichen Ursachen eingeführt worden - die sog. "Theorie der wesentlichen Bedingung". Danach ist nur diejenige Ursache rechtserheblich, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg dessen Eintritt wesentlich mitbewirkt hat. Nach der herrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnis muss dieser Zusammenhang wahrscheinlich sein, d. h. es muss mehr dafür als dagegen sprechen (vgl. ständige Rechtsprechung, etwa im Urteil des BSG vom 09.05.2006, Az.: B 2 U 1/05 R).

Maßstab für die Bewertung der einzelnen Gesundheitsstörungen als Folge einer Schädigung und des dadurch verursachten "Grades der Schädigungsfolgen" (GdS) sind im Sozialen Entschädigungsrecht die "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" auf der Grundlage der sog. "Versorgungsmedizin-Verordnung" (VersMedV) in der Fassung vom 28.10.2011 (- erlassen auf der Grundlage des § 1 Abs.1 und 3, § 30 Abs.1 und § 35 Abs.1 des Bundesversorgungsgesetzes).

Nach diesen Grundsätzen setzt die Anerkennung einer Gesundheitsstörung im Sinne der Entstehung voraus, dass zur Zeit der Einwirkung des schädigenden Vorganges kein zu dieser Gesundheitsstörung zugehöriges pathologisches, physisches oder psychisches Geschehen vorhanden war. Sofern zur Zeit der Einwirkung des schädigenden Vorganges bereits ein entsprechendes pathologisches Geschehen, d.h. ein sog. Vorschaden, vorhanden war, kommt keine Anerkennung im Sinne der Entstehung, allenfalls im Sinne der Verschlimmerung in Betracht (vgl. Versorgungsmedizin-Verordnung, "Versorgungsmedizinische Grundsätze", Teil C, Ziff.7). Voraussetzung für die Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung ist, dass der Krankheitsverlauf durch die Gewalttat entweder richtungsweisend oder auf Dauer gleichbleibend, aber abgrenzbar verschlimmert wurde (vgl. "Versorgungsmedizinische Grundsätze", Teil C, Ziff.8).

Nach den überzeugenden und schlüssigen Gutachten von Dr. M. vom 26.08.2010 und von Dr. C. vom 04.02.2011, welchen das Gericht in vollem Umfang folgt, liegen beim Kläger seit Antragstellung (am 26.03.2007) keine Gesundheitsstörungen mehr vor, welche mit Wahrscheinlichkeit als wesentliche Ursache auf die Gewalttat vom 30.06.2003 zurückzuführen sind. Nach umfangreicher Befundsammlung durch die Beklagte und durch das Gericht ist Dr. M. zu dem Schluss gekommen, dass beim Kläger zum Zeitpunkt der Gewalttat vom 30.06.2003 bereits degenerative Veränderungen im Bereich der Hände (laut Kernspintomogramm vom 10.07.2003) und an der Halswirbelsäule (MRT vom 29.12.2003) vorhanden waren. Diese radiologischen Aufnahmen zeigten jeweils typische

Verschleißveränderungen, keine traumatischen Verletzungen. Zwar hat der Vorfall vom 30.06.2003 sicherlich zu schmerzhaften Prellungen und Schürfwunden, sowie zu einer Gehirnerschütterung geführt. Bleibende organische Schäden sind jedoch anhand der vorliegenden radiologischen Aufnahmen und Befunde nicht zu beweisen.

Der Kläger litt nach der schlüssigen Darstellung von Dr. C. im Gutachten vom 04.02.2011 bereits vor der streitigen Gewalttat unter einem "chronischen Schmerzsyndrom mit psychovegetativen Störungen", also sozialrechtlich betrachtet unter einem Vorschaden auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet: Bereits 1998 wurde im Rheumazentrum Bad A. der Verdacht auf ein "Fibromyalgie-Syndrom" geäußert. Im Entlassungsbericht des Rheumazentrums Bad A. vom 27.04.1998 wurde ein "generalisiertes Schmerzsyndrom mit vegetativen Begleiterscheinungen und psychosozialen Belastungsfaktoren" beschrieben. Im Dezember 1999 meinte das Rheumazentrum Bad A., es seien "multiple dysfunktionale Probleme" vorhanden. Durch die Schmerzen sei der Kläger in zunehmendem Maße auch bei der Arbeitsausübung als Physiotherapeut beeinträchtigt. Im Januar 2001 wurde von dort ein "chronisch unbeeinflussbares Schmerzsyndrom in allen Körperregionen" festgestellt. Das F.-B.-Institut äußerte im Jahr 2002 den dringenden Verdacht auf eine "Fibromyalgie" (Bericht vom 22.07.2002). Einvernahmen der Angehörigen zur Leistungsfähigkeit des Klägers vor der Gewalttat können diese dokumentierten Gesundheitsstörungen nicht aus der Welt schaffen, so dass darauf von Seiten des Gerichts verzichtet werden kann.

Wie Dr. C. zutreffend ausführt, kommt wegen des nachgewiesenen Vorschadens eine Anerkennung der Schmerzkrankheit im Sinne der Entstehung von vornherein nicht in Betracht. Auch eine wesentliche, dauerhafte Verschlimmerung durch die Gewalttat vom 30.06.2003 lässt sich nicht mit Wahrscheinlichkeit begründen. So trug Dr. C. als überzeugende Argumente gegen die Annahme einer schädigungsbedingten Verschlimmerung der chronischen Schmerzstörung vor, dass diese bereits vor der Gewalttat nach den Befunden in erheblicher Ausprägung bestand, dass der Kläger durch das Ereignis vom 30.06.2003 nicht schwerwiegend verletzt wurde und wegen der Folgen der Gewalttat lediglich ambulante Behandlungen erforderlich waren. Auch resultierten daraus keine einschneidenden und belastenden Therapiemaßnahmen (wie etwa Operationen, längere stationäre Aufenthalte, etc.).

Des weiteren lässt sich ein wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen den beim Kläger ab Dezember 2003 dokumentierten Schwindelzuständen mit der Gewalttat vom 30.06.2003 nicht herstellen. Ein Schädel-Hirn-Trauma infolge der Gewalttat ist nicht dokumentiert. Die erste schwindelbedingte Synkope trat erst sechs Monate nach der Gewalttat (am 25.12.2003) auf. Erwähnt wird von Dr. C. zudem, dass eine "Neigung zu Schwindel" auch bereits in den Befunden aus der Zeit vor der Gewalttat beschrieben wurde. So wurde bereits im September 1999 vom Internisten Dr. H. (S./Inn) eine "Neigung zu Schwindelanfällen" beschrieben. Im März 2003, also kurz vor der Gewalttat, wurde von der Kardiologischen Ambulanz des Krankenhauses S. a. Inn ebenfalls dokumentiert, dass beim Kläger zeitweise ein Schwindelgefühl bestehe. Anzunehmen ist also laut Dr. C., dass der Schwindel Bestandteil des psychovegetativen Vorschadens war und nicht infolge der streitigen Gewalttat entstanden ist. Eine ausführliche Untersuchung in der Neurologischen Klinik G. in K-Stadt (Schwindelambulanz) ergab zudem, dass beim Kläger der Schwindel mit Wahrscheinlichkeit auf eine vestibuläre/basiliäre Migräne zurückzuführen ist. Dazu kommt das Auftreten eines gutartigen peripheren paroxysmalen Lagerungsschwindels. Überlagert ist die Schwindelsymptomatik außerdem von einem phobischen Schwankschwindel. Ein traumatisches Geschehen wurde von den Neurologen in G. als Ursache des Schwindels nicht in Betracht gezogen.

Laut Dr. C. sind auch die Ängste, Panikstörungen mit Agoraphobie und die Depressionen des Klägers nicht mit Wahrscheinlichkeit Folge der Gewalttat vom 30.06.2003. Eine erste psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlung des Klägers erfolgte erst mit einer Latenz von 3,5 Jahren nach der Gewalttat im März/April 2007 in der Klinik D., Psychosomatische Abteilung. Dort befand er sich vom 20.03. bis 17.04.2007 in stationärer Behandlung. Neben einer "anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einem chronischen Schmerzsyndrom" wurde in D. eine "Anpassungsstörung im emotionalen Bereich mit Gefühlen der Ratlosigkeit, Angst, Gereiztheit und innerer Unruhe" festgestellt. Es wurden verschiedene traumatische Ereignisse der Kindheit und Jugend des Klägers erwähnt, die er nicht habe völlig verarbeiten können. Als besonders belastend wurde dort vom Kläger selbst seine finanzielle und soziale Situation angesehen. Erst seit Juni 2007 erfolgte eine ambulante Psychotherapie bei der Diplom-Psychologin L. (Universitätsklinikum B-Stadt). Diese diagnostizierte neben einer "Somatisierungsstörung" eine "mittelgradige depressive Episode", eine "Agoraphobie mit Panikstörung" und nun erstmals eine "posttraumatische Belastungsstörung". Laut Dr. C. entwickelte sich die Agoraphobie mit Panikstörung nach der starken Schwindelattacke im Dezember 2003, die nicht kausal auf das schädigende Ereignis vom Juni 2003 zurückgeführt werden kann. Wie der Kläger selbst bei Dr. C. angab, habe er seit der Schwindelattacke vom Dezember 2003 starke Ängste, dass sich dieser Zustand wiederholen könne. Deshalb meide er Menschenansammlungen und verschiedene soziale Aktivitäten, zumal seit Ende 2003 immer wieder Panikattacken aufgetreten seien.

Beim Kläger hat sich laut Dr. C. auf dem Boden seiner Angst- und Panikstörung und der damit verbundenen beruflichen und sozialen Einschränkungen in der Folgezeit eine depressive Anpassungsstörung mit Insuffizienzgefühlen, Rückzug und pessimistischen Zukunftsperspektiven entwickelt. Diese emotionale Destabilisierung wirkte sich wiederum ungünstig auf das Schmerzempfinden, das Schmerzerleben und die somatoforme Schmerzstörung aus.

Die Annahme einer posttraumatischen Belastungsstörung (durch die Diplom-Psychologin L.) lässt sich laut Dr. C. nicht nachvollziehen. Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung sind in den Jahren nach der Gewalttat in keinem einzigen Befund beschrieben (z. B. ein ständiges Wiedererleben der Gewalttat, wiederkehrende Träume, Vermeidung von Stimuli, etc.). Auch manifestieren sich Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung in der Regel innerhalb von drei bis sechs Monaten nach einem belastenden Ereignis, nicht mehr als vier Jahre danach. Von Bedeutung für die Beurteilung des Kausalzusammenhanges (im Sinne einer wesentlichen Ursache) ist nämlich auch die zeitliche Ebene. Je näher eine gesundheitliche Störung einer Schädigung folgt, desto eher ist eine ursächliche Beziehung zwischen beidem anzunehmen. Eine akute Belastungsreaktion beginnt innerhalb weniger Minuten nach der Belastung, eine posttraumatische Belastungsstörung in einem Intervall von bis zu sechs Monaten. Der hier vorliegende lange zeitliche Abstand zwischen dem erstmals dokumentierten Auftreten der psychischen Gesundheitsstörungen und dem schädigenden Ereignis ist jedenfalls ein gewichtiger Grund für die Ablehnung eines sozialrechtlichen Kausalzusammenhangs.

Auf der Grundlage dieser Argumente kann das Gericht auch der Bewertung von Prof. Dr. O. im Gutachten vom 28.09.2011 nicht folgen. Hier werden eine schwere Anpassungsstörung, eine dissoziative Störung und eine rezidivierende depressive Störung als Schädigungsfolge im Sinne der Entstehung bewertet. Die erhebliche zeitliche Lücke zwischen dem schädigenden Ereignis und dem erstmaligen befundtechnischen Nachweis der psychischen Störungen des Klägers im Jahr 2007 kann auch Prof. Dr. O. nicht schließen oder nachvollziehbar argumentativ überbrücken. Die Annahme einer Anpassungsstörung, mehr als drei Jahre nach einem schädigenden Ereignis,

ist für das Gericht nicht nachvollziehbar, zumal dies auch der geltenden Definition dieser Gesundheitsstörung widersprechen würde. Nach der internationalen Klassifikation des ICD 10 (Version 2012, Ziff. F 43) entstehen akute Belastungsreaktionen oder Anpassungsstörungen immer als unmittelbare Folge einer akuten schweren Belastung oder eines Traumas. Hierbei ist eine gewisse zeitliche Nähe des Auftretens erforderlich, welche hier nicht nachgewiesen ist. Auch durch das vorgelegte Attest des Hausarztes Dr. I. vom 19.01. (?) 2012 (- Datum auf der vorgelegten Kopie kaum leserlich!-) kann der zeitliche Zusammenhang nicht bewiesen werden. Es ist kaum vorstellbar, dass jemand trotz mehrfacher und intensiver Bemühungen über einen Zeitraum von mehr als drei Jahren keinen Platz für eine Psychotherapie findet.

Für die Annahme einer posttraumatischen Belastungsstörung (Ziff. F 43.1 des ICD 10) sind im Falle des Klägers die einschlägigen Symptome zu keinem Zeitpunkt nachgewiesen. Insbesondere auch der Kollaps/die Synkope vom 25.12.2003 ist zu unspezifisch, um in diesem Ereignis Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung erkennen zu können. Als Ursache dafür hat der Kläger selbst beim behandelnden Nervenarzt Dr. Z. laut Befund vom 27.04.2004 wiederholt Schwindel und Kopfschmerzen angegeben. Dies sind keine typischen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Auch die Symptome einer dissoziativen Störung (Ziff. F 44 des ICD 10) sind in den vorliegenden Befunden nicht beschrieben worden. Die allgemeinen Kennzeichen der dissoziativen Störung bestehen im teilweisen oder völligen Verlust der normalen Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Alle dissoziativen Störungen neigen nach einigen Wochen oder Monaten zur Remission, besonders wenn der Beginn mit einem traumatisierenden Lebensereignis verbunden ist (vgl. Ziff. F 44 des ICD 10). Solche Symptome von Erinnerungsverlusten sind im Falle des Klägers ebenfalls nicht in den Befunden beschrieben worden.

Die depressive Störung, die Prof. Dr. O. ebenfalls als Schädigungsfolge bezeichnet, ist nachvollziehbar nach den Befunden im Jahr 2007 auf Grund von sozialen und finanziellen Schwierigkeiten, ebenso auf der Grundlage der schädigungsunabhängigen vegetativen Symptomatik und des Schmerzsyndroms entstanden. Dies hat Dr. C. in seinem Gutachten vom 04.02.2011 nachvollziehbar dargelegt. Es spricht danach insgesamt mehr dagegen als dafür, dass die Gewalttat vom 30.06.2003 eine wesentliche Ursache für die Gesundheitsstörungen des Klägers auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet ist.

Darüber hinaus ist die Annahme eines GdS von 70, wie im Gutachten von Prof. Dr. O. vorgeschlagen, im vorliegenden Fall keinesfalls nachvollziehbar auf der Grundlage der Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Ein Gesamt-GdS von 70 kommt etwa bei schweren Hirnschäden mit psychischen Störungen (VG Ziff. B 3.1.2) oder bei schweren psychischen Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit, schwere Psychose) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten (VG Ziff. 3.7) in Betracht. Ein derartiger Zustand liegt im Falle des Klägers nicht vor. Daher kann der Einschätzung des GdS durch Prof. Dr. O. vorliegend nicht gefolgt werden.

Die im Zivilverfahren eingeholten Gutachten sind im vorliegenden Verfahren nicht verwertbar, weil dort der Kausalzusammenhang im Wesentlichen nach der conditio-sine-qua-non-Formel bewertet wird, während im Sozialrecht die Theorie der wesentlichen Bedingung anzuwenden ist (siehe oben). Die Beiziehung der Akte aus dem Zivilrechtsstreit wurde daher vorliegend nicht für erforderlich erachtet.

Alles in allem geht daher das Gericht davon aus, dass der Beklagte im angegriffenen Bescheid vom 07.07.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.07.2009 zu Recht die Anerkennung von Schädigungsfolgen ab der Antragstellung vom März 2007 und die Gewährung entsprechender Leistungen aus dem OEG abgelehnt hat. Die Klage dagegen war somit abzuweisen.

Das Gericht konnte über die Klage im Wege eines Gerichtsbescheides nach § 105 SGG entscheiden, weil die Streitsache keine herausragenden Schwierigkeiten rechtlicher oder tatsächlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus §§ 183, 193 SGG.

-

Rechtsmittelbelehrung:

Dieser Gerichtsbescheid kann mit der Berufung angefochten werden. Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Gerichtsbescheids beim Bayer. Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 K-Stadt, oder bei der Zweigstelle des Bayer. Landessozialgerichts, Rusterberg 2, 97421 Schweinfurt, schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist beim Sozialgericht Landshut, Seligenthaler Straße 10, 84034 C-Stadt, schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird. Die Berufungsschrift soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben. Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2017-09-13