S 50 VE 13/12

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Niedersachsen-Bremen
Sozialgericht	Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen
Sachgebiet	-
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Gesundheitserstschaden PTBS Schockschaden
Leitsätze	Im Rahmen der Beschädigtenversorgung ist für die Annahme einer PTBS als Schädigungsfolge kein „Gesundheitserstschaden“ zu fordern.
Normenkette	OEG § 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 50 VE 13/12
Datum	25.10.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 VE 79/17
Datum	17.12.2020

3. Instanz

Datum	-

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Bremen vom 25. Oktober 2017 dahingehend abgeÃ¤ndert, dass als SchÃ¤digungsfolge eine posttraumatische BelastungsstÃ¶rung festzustellen ist.

Â

Im Ãbrigen wird die Berufung zurÃ¼ckgewiesen.

Â

Die Beklagte hat die notwendigen auÃergerichtlichen Kosten der KlÃ¤gerin zu erstatten.

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Â

Tatbestand

Â

Im Streit stehen die Feststellung von SchÃ¤digungsfolgen sowie die GewÃ¤hrung von BeschÃ¤digtenrente nach dem OpferentschÃ¤digungsgesetz (OEG) i.V.m. mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Â

Die 1956 geborene KlÃ¤gerin 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 ErinnerungslÃ¼cken und auch einen regelrechten Blackout erlitten. Noch heute leide sie an den Folgen des Schockschadens: Sie habe massive Minderwertigkeits- und SchamgefÃ¼hle entwickelt und sich aus dem gesamten sozialen Umfeld zurÃ¼ckgezogen; sie habe Angst davor, dass Menschen erfahren kÃ¶nnten, was in ihrer Familie passiert sei. ZusÃ¤tzlich leide sie an Schlafproblemen, Ãngstlichkeit und depressiver Verstimmung. Bei Urlaubsfahrten entwickele sie Ãngste vor Anrufen mit schlechten Nachrichten. Ihr gesamtes Denken sei seit der Ãbermittlung der Nachricht von der TÃ¶tung des Vaters durch den Bruder zum âKatastrophendenkenâ geworden. Zudem habe sie Ãngste und Panik, dass ihr Ãhnliches widerfahren kÃ¶nnte. Ihr Haus habe sie in eine regelrechte Festung verwandelt.

Â

ErgÃ¤nzend legte die KlÃ¤gerin 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 KlÃ¤gerin am 24. Dezember 2004 die Eltern â beide Jahrgang 1920 â 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 FÃ¤ustel holte, mit denen er ohne weitere AnkÃ¼ndigung mit massiver Kraftentfaltung auf seinen Vater einschlug. Die Mutter versuchte erfolglos, den Bruder vom Vater wegzuziehen. Der Vater erlitt durch die SchlÃ¤ge stark

blutende Wunden, einen schlitzfÃ¶rmigen Impressionsbruch etwa in ScheitelhÃ¶he sowie einen grobscherbigen TrÃ¼mmerbruch 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 schuldunfÃ¤hig gewesen.

Â

Auf Nachfrage der Beklagten teilte die KlÃ¤gerin mit, wegen ihrer GesundheitsstÃ¶rungen 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 mÃ¼ssen. 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 Ã¼berfordert gefÃ¼hlt und ihr gesagt, dass sie dort falsch wÃ¤re. Dies sei mutmaÃlich Anfang 2005 gewesen; den Namen der Psychologin erinnere sie nicht mehr. Sie sei immer extrem bemÃ¼ht gewesen, das erlittene Trauma zu verdecken, was jedoch nicht bedeute, dass sie keinen Leidensdruck verspÃ¼rt habe und noch verspÃ¼re. In der hierzu von der Beklagten eingeholten versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme vom 12. Oktober 2011 wies Dr. H. darauf hin, dass es keinerlei dokumentierte, auf die Tat bezogene StÃ¶rungen gebe. Eine adÃ¤quate Ã¤rztliche und psychotherapeutische Behandlung sei nicht erfolgt. Es kÃ¶nne daher nicht von einer posttraumatischen Belastungsreaktion ausgegangen werden; die Notwendigkeit einer Ã¤rztlichen Begutachtung ergebe sich nicht.

Â

Mit Bescheid vom 14. Oktober 2011 lehnte die Beklagte den Antrag der KlÃ¤gerin auf BeschÃ¤digtenversorgung ab, da ein Schockschaden aufgrund der Ãbermittlung der Todesnachricht nicht gegeben sei. Im anschlieÃenden Widerspruchsverfahren fÃ¼hrte die KlÃ¤gerin im Wesentlichen aus, die Tatsache des erlittenen Schockschadens lieÃe sich zeugenschaftlich durch Vernehmung des Ehemannes belegen. Sie habe typische Schockreaktionen mit ErinnerungslÃ¼cken, Blackout, Angst und Panik gezeigt. Infolge des Schockschadens sei bei ihr eine gesundheitliche SchÃ¤digung eingetreten, die mit einem noch festzustellenden Grad der SchÃ¤digungsfolgen (GdS) unverÃ¤ndert gegeben sei. HierfÃ¼r sei unerheblich, dass sie sich diesbezÃ¼glich nicht in Ã¤rztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung begeben habe. Die Beklagte holte dazu eine versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahme von Dr. I. vom 4. April 2012 ein. Danach fehle der Nachweis, dass ein eingetretener Schock durch die telefonische Ãbermittlung der Nachricht vom gewaltsamen Tod des Vaters 2004 eine nicht nur vorÃ¼bergehende psychische StÃ¶rung von Krankheitswert ausgelÃ¶st habe. Als solche StÃ¶rung komme eine posttraumatische BelastungsstÃ¶rung in Frage, aber auch andere psychische StÃ¶rungen. Bedeutend sei, dass die Ãberbringungsnachricht eine solche StÃ¶rung ausgelÃ¶st habe, was bisher nicht nachvollziehbar habe belegt werden kÃ¶nnen. Von einem Schockschaden seien alle psychischen StÃ¶rungen zu trennen, bei denen das Erleben einer VerÃ¤nderung bzw. die neue Lebenssituation leidensursÃ¤chlich seien. Auch die mangelnde

MÃ¶glichkeit der seelischen BewÃ¤ltigung der von der Gewalttat herrÃ¼hrenden Lebenssituation dÃ¼rfe nicht der Grund der Erkrankung sein. Den Widerspruch wies die Beklagte mit Bescheid vom 25. April 2012 als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ck.

Â

Dagegen hat die KlÃ¤gerin vor dem Sozialgericht (SG) Bremen Klage erhoben und ihr Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren einschlieÃlich der Beweisangebote in Form von Zeugenvernehmung und Einholung eines SachverstÃ¤ndigengutachtens bekrÃ¤ftigt. ErgÃ¤nzend hat sie ausgefÃ¼hrt, sie habe infolge des Schockschadens zwischenzeitlich eine posttraumatische BelastungsstÃ¶rung entwickelt. Die insoweit typischen Symptome mit Wiedererleben des Traumas, Vermeidungsverhalten und ÃbererregUng seien bei ihr unverÃ¤ndert gegeben. Fakt sei, dass sie infolge der Ãbermittlung der Todesnachricht einen Schockschaden im Sinne der Rechtsprechung erlitten habe, einhergehend mit unmittelbar einsetzender starker seelischer ErschÃ¼tterung und bis heute fortwirkenden massiven gesundheitlichen BeeintrÃ¤chtigungen.

Â

Das SG hat eine Begutachtung der KlÃ¤gerin durch die Psychiaterin J. veranlasst, die in ihrem Gutachten vom 16. April 2014 die depressiven Symptome nach zeitlichem Verlauf und AusprÃ¤gungsgrad als Dysthymia mit spÃ¤tem Beginn eingeordnet hat. Aufgrund der Anamneseerhebung und des aktuellen Krankheitsbildes auf der Basis psychologischer Testdiagnostik lasse sich darÃ¼ber hinaus die Diagnose einer generalisierten AngststÃ¶rung nicht bestÃ¤tigen. Die DSM-IV-Kriterien B, C, D und F der posttraumatischen BelastungsstÃ¶rung (PTBS) seien ebenfalls nicht erfÃ¼llt, so dass die Diagnose einer PTBS nicht zu stellen sei. Ebenso wenig kÃ¶nne bei der KlÃ¤gerin eine anhaltende PersÃ¶nlichkeitsÃ¤nderung nach Extrembelastung diagnostiziert werden. Der von der KlÃ¤gerin beschriebene Verlauf kÃ¶nne 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 religiÃ¶sen Vorstellungen verankerte besondere moralische Note gebe. Gerade bei den bei der KlÃ¤gerin ausgeprÃ¤gten PersÃ¶nlichkeitsmerkmalen wie Kontrolliertheit, Orientierung an den Umgangsformen, Bedachtheit auf einen guten Eindruck, gleichzeitig aber gehemmt und unsicher in Kontakten, sei es besonders schwierig, die UmstÃ¤nde des Vatertodes zu akzeptieren. Die bei der KlÃ¤gerin eruierbare Dysthymia sei nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis 2004 zurÃ¼ckzufÃ¼hren; es hÃ¤tten sich in den Jahren nach dem Ereignis mehrere belastende Situationen gefunden, die eine dysthyme StÃ¶rung mit Wahrscheinlichkeit als Folge haben kÃ¶nnten. Diese wÃ¼rden grundsÃ¤tzlich besser passen als das Ereignis im Dezember 2004, bei dem es um eine auÃergewÃ¶hnliche, tiefgreifende Entwicklung gehe und als Folge eher eine PTBS zu erwarten wÃ¤re, deren Symptomatik im psychischen Befund aber fehle. Die gesamten psychiatrischen FunktionsstÃ¶rungen seien â unabhÃ¤ngig von ihrer Ursache â mit einem GdS von insgesamt 10 im Sinne einer leichteren psychischen StÃ¶rung zu bewerten.

Â

Auf die Einwendungen der KlÃ¤gerin, die sich insbesondere auf ihre Konfliktlage mit dem BemÃ¼hen, nach auÃen normal zu wirken, sowie die Auswertung der durchgefÃ¼hrten Testverfahren bezogen haben, hat das SG eine ergÃ¤nzende Stellungnahme von Frau J. vom 15. Januar 2015 eingeholt. Darin hat sich die SachverstÃ¤ndige neben einer ErlÃ¤uterung der eingesetzten Testverfahren zur Diagnose einer PersÃ¶nlichkeitsÃ¤nderung nach einer Extrembelastung geÃ¤uÃert und diese weiterhin nicht fÃ¼r gerechtfertigt gehalten. Auch habe die Begutachtung nicht das vollstÃ¤ndige Bild einer generalisierten AngststÃ¶rung ergeben; die Diagnose einer PTBS kÃ¶nne ebenfalls nicht bestÃ¤tigt werden. Zur Zeit der Begutachtung habe bei der KlÃ¤gerin das klinische Bild einer Ã¤ngstlich-depressiven Verstimmung bestanden, das sich im Rahmen einer Dysthymia beschreiben lasse. Der als Forschungsdefinition angewendete Begriff â prolongierter Trauerâ kÃ¶nne in Betracht gezogen, mangels Diagnose/Codierung in den gÃ¤ngigen Klassifikationen jedoch nicht als psychiatrische F-Diagnose erkennbar gemacht werden.

Â

Im Anschluss hat das SG â nach DurchfÃ¼hrung einer ersten mÃ¼ndlichen Verhandlung â Befundberichte der mittlerweile behandelnden Diplom-Psychologin K. und der Psychiaterin L. und sodann ein psychiatrisches Fachgutachten von Dr.Â M. vom 7. April 2017 eingeholt. Nach EinschÃ¤tzung der SachverstÃ¤ndigen habe die KlÃ¤gerin bei der Begutachtung die klassische Symptomatik einer PTBS mit Ãbergangen zur PersÃ¶nlichkeitsÃ¤nderung nach Extrembelastung gezeigt. AuÃerdem bestehe eine mittelschwere depressive Episode. Es seien sowohl die Kriterien nach ICD 10 als auch nach DSM IV erfÃ¼llt. PrÃ¤disponierende Faktoren lÃ¤gen bei der KlÃ¤gerin nicht vor. Die PTBS und die PersÃ¶nlichkeitsÃ¤nderung nach Extrembelastung seien unmittelbar auf die telefonische Ãbermittlung der Nachricht von der TÃ¶tung des Vaters am 24.Â Dezember 2004 im Sinne der Entstehung zurÃ¼ckzufÃ¼hren und seien mit einem GdS von 40 zu bewerten. Die rezidivierende depressive StÃ¶rung, zurzeit mittelschwere Episode, sei Ã¼berwiegend auf die telefonische Ãbermittlung der Todesnachricht im Sinne der Entstehung zurÃ¼ckzufÃ¼hren, einmal psychoreaktiv infolge der traumabedingten Intrusionen, zum anderen mittelbar infolge der damit verbundenen Schuld- und SchamgefÃ¼hle und des sozialen RÃ¼ckzugs. Der GdS betrage insoweit 30. Insgesamt ergÃ¤be sich fÃ¼r die SchÃ¤digungsfolgen ein GdS von 50.

Â

Gegen das Gutachten hat die Beklagte Einwendungen erhoben und eine versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahme von Dr. I. vom 20. April 2017 vorgelegt. Hiernach fehle weiterhin der Nachweis eines Schockschadens; eine andauernde PersÃ¶nlichkeitsÃ¤nderung nach Extrembelastung liege nicht vor. Es wÃ¼rden UmstÃ¤nde 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 BefÃ¼rchtungen, der kranke Bruder kÃ¶nne

gefÃ¤hrlich sein, was sich bestÃ¤tigt habe, sowie die VorwÃ¼rfe an die Ãrzte, dies nicht verhindert zu haben. An der Begutachtung durch die Psychiaterin J. werde festgehalten. Dazu hat das SG eine ergÃ¤nzende Stellungnahme von Dr.Â M. vom 6. Juni 2017 eingeholt, in welcher die SachverstÃ¤ndige unter Bezugnahme auf ihre gutachterlichen Feststellungen an ihrer bisherigen EinschÃ¤tzung festgehalten hat. Es werde sehr deutlich eine akute Belastungsreaktion und Schockphase unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis beschrieben, die in der Folgezeit in eine PTBS Ã¼bergehe. Dies kÃ¶nne nicht deshalb bestritten werden, da schambedingt erst Jahre spÃ¤ter psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen worden sei. Symptome einer PTBS kÃ¶nnten sich mit einer Latenzzeit von Wochen oder Monaten ausbilden; dies schlieÃe das Vorliegen einer PTBS also nicht aus. Auch werde die Behauptung von Dr. I., nach dem Mordfall wÃ¼rden nur Belastungen deutlich, die schon vor der Gewalttat bestanden hÃ¤tten, nÃ¤mlich durch das Aufwachsen mit einem psychisch gestÃ¶rten Bruder, nicht geteilt. Die soziale AnpassungsstÃ¶rung sei auch nach den Mitteilungen der Psychiaterin L. erst nach dem Ereignis aufgetreten.

Â

Nach AnhÃ¶rung der SachverstÃ¤ndigen Dr. M. in der mÃ¼ndlichen 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 KlÃ¤gerin unter Anerkennung einer posttraumatischen BelastungsstÃ¶rung mit ÃbergÃ¤ngen zu andauernden PersÃ¶nlichkeitsverÃ¤nderungen als SchÃ¤digungsfolge der telefonischen NachrichtenÃ¼bermittlung der TÃ¶tung ihres Vaters Leistungen nach dem OEG ab dem 1. Dezember 2010 zu einem GdS von 40 zu bewilligen. Im Ãbrigen hat das SG die Klage, soweit sie auf die BerÃ¼cksichtigung eines GdS von 50 gerichtet war, abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es ausgefÃ¼hrt, die KlÃ¤gerin weise sÃ¤mtliche Merkmale einer PTBS auf, wobei erste Anzeichen bereits unmittelbar nach der Ãbermittlung der Todesnachricht in Form von ErinnerungslÃ¼cken aufgetreten seien. Zur Ãberzeugung des Gerichts stehe auÃerdem fest, dass die KlÃ¤gerin infolge der Ãbermittlung der TÃ¶tungsnachricht unter ÃbergÃ¤ngen zur andauernden PersÃ¶nlichkeitsÃ¤nderung nach Extrembelastung leide, wenn auch nicht im Vollbild. Die KlÃ¤gerin habe sich jedoch insoweit verÃ¤ndert, als sie nicht mehr in der Lage sei, Beziehungspersonen zu vertrauen, misstrauisch gegenÃ¼ber ihrer Umwelt sei und sich sozial zurÃ¼ckgezogen habe. Den insoweit abweichenden Diagnosen von Frau J. sei nicht zu folgen. Die von Dr. M. bei der KlÃ¤gerin auÃerdem diagnostizierte rezidivierende mittelschwere depressive StÃ¶rung kÃ¶nne allerdings nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die TÃ¶tungsnachricht zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden. Die PTBS mit ÃbergÃ¤ngen zur PersÃ¶nlichkeitsÃ¤nderung nach Extrembelastung sei mit einem GdS von 40 zu bewerten.

Â

Gegen das ihr am 8. November 2017 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 16. November 2017 Berufung eingelegt und zur BegrÃ¼ndung im Wesentlichen

ausgefÃ¼hrt, das SG hÃ¤tte der Zweitgutachterin Dr. M. nicht folgen dÃ¼rfen, ohne der Erstgutachterin J. die MÃ¶glichkeit einer ergÃ¤nzenden Stellungnahme einzurÃ¤umen. Der Erstgutachterin J. sei zuzustimmen und insbesondere auf den Tod der Mutter im Jahr 2011 hinzuweisen. Die KlÃ¤gerin habe bei der Begutachtung durch Frau J. angegeben, â traurig Ã¼ber den Verlust von Familienverband zu sein, insbesondere nach dem Tod der Mutter 2011â. Da aus ihrer â der Beklagten â Sicht keine PTBS mit Ãbergangen zu andauernden PersÃ¶nlichkeitsÃ¤nderungen als SchÃ¤digungsfolge vorliege, seien die Voraussetzungen fÃ¼r Leistungen nach dem OEG zu einem GdS von 40 nicht erfÃ¼llt. Mangels etwaiger Unterlagen zum (psychischen) Gesundheitszustand der KlÃ¤gerin 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 SchÃ¤digungsfolgen nicht nachgewiesen.

Â

Â

Â

Die Beklagte beantragt schriftsÃ¤tzlich,

Â

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

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt schriftsÃ¤tzlich,

Â

die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Bremen vom 25. Oktober 2017 zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Sie hÃ¤lt das erstinstanzliche Urteil fÃ¼r zutreffend, in welchem sich das Gericht kritisch mit den eingeholten Gutachten auseinandergesetzt habe und aus zutreffenden GrÃ¼nden dem Gutachten der Dr. M. gefolgt sei.

Â

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines nervenÃ¤rztlichen Fachgutachtens von Dr. N. vom 27. Januar 2020 nebst psychologischem Zusatzgutachten von Dr.Â N. und der Diplom-Psychologin O. vom 20. Januar 2020. Der SachverstÃ¤ndige hat fÃ¼r den Zeitpunkt seiner Untersuchung und der

Untersuchung durch Dr.Â M. das Vorliegen einer PTBS anhand der einzelnen Symptomkriterien bejaht. Dies gelte gestÃ¼tzt auf die AusfÃ¼hrungen der Behandlerinnen K. und L. auch fÃ¼r die Zeit seit dem 30. Dezember 2010 bis zur Begutachtung durch Dr.Â M., wobei dies fÃ¼r den Zeitpunkt der Begutachtung durch Frau J. nicht dieselbe Sicherheit erreiche wie die Diagnosestellung anlÃ¤sslich der nunmehr vorgenommenen Begutachtung. FÃ¼r die PTBS werde angesichts einer durchaus schwerwiegenden Verlaufsform, in deren Rahmen die KlÃ¤gerin in ein Erleben des Ereignisses gerate, als wenn dieses erst wenige Wochen oder Monate zurÃ¼cklÃ¤ge, ein GdS von 40 als gerechtfertigt erachtet.

Â

Die Beteiligten haben sich Ã¼bereinstimmend mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt.

Â

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.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Die Berufung, Ã¼ber die der Senat gemÃ¤Ã Â§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) mit EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheidet, ist zulÃ¤ssig, insbesondere form- und fristgerecht eingelegt. Sie ist jedoch bis auf die aus dem Tenor ersichtliche Ãnderung der Bezeichnung der SchÃ¤digungsfolge nicht begrÃ¼ndet.

Â

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 KlÃ¤gerin wegen der infolge der telefonischen Nachricht von der TÃ¶tung ihres Vaters erlittenen gesundheitlichen SchÃ¤digung Leistungen gemÃ¤Ã Â§ 1 Abs. 1 Satz 1 OEG i.V.m. Â§ 30 ff. BVG ab dem 1. Dezember 2010 zu einem GdS von 40 zu bewilligen. Insofern ist als SchÃ¤digungsfolge eine posttraumatische BelastungsstÃ¶rung anzuerkennen.

Â

Rechtlicher AnknÃ¼pfungspunkt fÃ¼r den Anspruch der KlÃ¤gerin ist der von der Rechtsprechung entwickelte Gesichtspunkt des sog. Schockschadens. Nach der stÃ¤ndigen Rechtsprechung des BSG sind auch SekundÃ¤ropfer in den Schutzbereich des Â§Â 1 Abs. 1 OEG einbezogen. Voraussetzung hierfÃ¼r ist â ebenso wie bei PrimÃ¤ropfern â eine unmittelbare SchÃ¤digung, also ein

unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem SchÃ¤digungstatbestand und der schÃ¤digenden Einwirkung i.S. einer engen, untrennbaren Verbindung beider Tatbestandselemente. Bei SekundÃ¤ropfern ist insoweit an den das PrimÃ¤ropfer schÃ¤digenden Vorgang anzuknÃ¼pfen. Sie mÃ¼ssen demnach durch Wahrnehmung dieses Vorganges oder eine sonstige Kenntnisnahme davon geschÃ¤digt worden sein. DarÃ¼ber hinaus mÃ¼ssen die psychischen Auswirkungen der Gewalttat beim SekundÃ¤ropfer bei wertender Betrachtung mit der Gewalttat so eng verbunden sein, dass beide eine natÃ¼rliche Einheit bilden. MaÃgebliches Kriterium fÃ¼r das Vorliegen eines solchen engen Zusammenhangs ist die zeitliche, Ã¶rtliche und personale NÃ¤he, wobei allerdings nicht alle Aspekte gleichermaÃen vorzuliegen brauchen. Besteht eine zeitliche und Ã¶rtliche NÃ¤he zum primÃ¤r schÃ¤digenden Geschehen, kann diese den erforderlichen engen Zusammenhang begrÃ¼nden, auch wenn es an einer besonderen personalen NÃ¤he zu dem PrimÃ¤ropfer fehlt. Umgekehrt muss der Mangel eines zeitlichen und Ã¶rtlichen Zusammenhanges zu dem das PrimÃ¤ropfer schÃ¤digenden Vorgang nicht schaden, wenn das SekundÃ¤ropfer eine enge personale Beziehung zum PrimÃ¤ropfer hat (zum Vorstehenden: BSG, Urteil vom 12. Juni 2003, B 9 VG 1/02 R).

Â

Unter einem Schockschaden werden nur SchÃ¤den verstanden, die unmittelbar durch den vorsÃ¤tzlichen, rechtswidrigen tÃ¤tlichen Angriff verursacht worden sind. Daran fehlt es, wenn die SchÃ¤digung nicht auf dem schÃ¤digenden Vorgang als solchem beruht und es erst aufgrund von Ereignissen, die das PrimÃ¤ropfer nach Abschluss des schÃ¤digenden Vorgangs erfasst haben, zu der â initialen SchÃ¤digungâ gekommen ist (vgl. BSG, Urteil vom 12. Juni 2003, B 9 VG 8/01 R).

Â

Diese MaÃstÃ¤be berÃ¼cksichtigend ist der Senat bei der KlÃ¤gerin vom Vorliegen einer posttraumatischen BelastungsstÃ¶rung als Folge des aufgrund der Ãbermittlung der Nachricht vom gewaltsamen Tod des Vaters erlittenen Schocks Ã¼berzeugt.

Â

Dabei sind als SchÃ¤digungsfolgen nur solche nachgewiesenen GesundheitsstÃ¶rungen anzuerkennen, die wenigstens mit Wahrscheinlichkeit durch das schÃ¤digende Ereignis verursacht worden sind. Wahrscheinlichkeit in dem genannten Sinn liegt vor, wenn nach geltender medizinischer Lehrmeinung mehr fÃ¼r als gegen einen Ursachenzusammenhang spricht. Ursache einer GesundheitsstÃ¶rung 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 GesundheitsstÃ¶rung mehrere Bedingungen beigetragen, so sind nur diejenigen Ursachen im Rechtssinn, die von ihrer Bedeutung und Tragweite fÃ¼r den Eintritt des Schadens wenigstens den anderen Bedingungen gleichwertig sind. Kommt dagegen einem der UmstÃ¤nde

gegenÃ¼ber den anderen eine Ã¼berragende Bedeutung zu, ist er allein Ursache im Rechtssinn (Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung, vgl. Rohr/StrÃ¤Ãer/Dahm, Kommentar zum BVG, Anmerkung 10 zu Â§ 1).

Â

Vorliegend hat zunÃ¤chst schon die Psychiaterin J. in ihrem Gutachten vom 16.Â April 2014 die telefonische Kenntniserlangung vom gewaltsamen Tod des Vaters fÃ¼r generell geeignet gehalten, eine PTBS zu verursachen. Hieran haben auch die nachfolgend tÃ¤tig gewordenen SachverstÃ¤ndigen keinerlei Zweifel geÃ¤uÃert. DarÃ¼ber hinaus hat die KlÃ¤gerin nach eigenen Angaben auf die telefonische Ãbermittlung der Todesnachricht mit hochgradigem Entsetzen bzw. Erstarrt-Sein reagiert. AuÃerdem berichtete sie wiederholt von ErinnerungslÃ¼cken sowohl den RÃ¼ckflug von Lanzarote als auch die Beerdigung des Vaters betreffend. Damit ist nach den plausiblen AusfÃ¼hrungen von Dr.Â N. das frÃ¼here A2-Kriterium nach DSM-IV erfÃ¼llt 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 BeschÃ¤digtenversorgung fÃ¼r die Annahme einer PTBS als SchÃ¤digungsfolge kein â€Gesundheitserstschadenâ€ in Form von initialem Erleben von intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen zu fordern (vgl. auch Spellbrink, MedSach 116, 114 ff.). Weitere ErwÃ¤gungen hierzu erÃ¼brigen sich, da bei der KlÃ¤gerin sogar dieses â€ von Dr. N. missverstÃ¤ndlich geforderte â€ Kriterium des â€Erstschadensâ€ gegeben ist. Auf die persÃ¶nliche AnhÃ¶rung der KlÃ¤gerin und die Vernehmung des Zeugen P., der 2004 wÃ¤hrend der telefonischen Ãbermittlung der Todesnachricht auf Lanzarote anwesend war, konnte der Senat vor diesem Hintergrund verzichten.

Â

Die Ã¼brigen Diagnosekriterien der PTBS sind ebenfalls erfÃ¼llt. Sehr nachvollziehbar hat der SachverstÃ¤ndige Dr. N. insbesondere das bis in die Gegenwart hineinreichende aktuelle (Nach)Erleben sowohl der Tat als auch deren Ãbermittlung am Telefon herausgestellt. Die KlÃ¤gerin sei, in dem sie sich gedanklich der Tat annÃ¤herte, plÃ¶tzlich wieder ganz darin gefangen, deutlicher gefangen aber noch, indem sie die Situation am Telefon geschildert habe, so dass man den Eindruck gewinnen kÃ¶nne, als wenn beide Ereignisse erst wenige Tage oder Wochen zurÃ¼cklÃ¤gen. Passend hierzu geriet die KlÃ¤gerin in leichtes Zittern, ihre Haut rÃ¶tete sich und die HÃ¤nde wurden schweiÃig, wogegen sie sich nach den AusfÃ¼hrungen 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 SachverstÃ¤ndige nachvollziehbar das B- oder Wiedererlebenskriterium gegenwÃ¤rtig mit Sicherheit als gegeben an, dies deutlicher bezogen auf die Ãbermittlung des Ereignisses per Telefon als bezogen auf die Tat selbst oder spÃ¤tere Belastungen wie die BefÃ¼rchtung, der Bruder kÃ¶nne freikommen und dann auch ihr etwas antun. Das fÃ¼r die PTBS darÃ¼ber hinaus typische

Vermeidungsverhalten spiegelt sich nach den plausiblen Feststellungen von Dr. N. im langen Ignorieren der Symptomatik und dem Umstand wider, dass sich die KlÃ¤gerin jahrelang Ãrzten und Psychologen nicht anvertraut hat. Auch den von der KlÃ¤gerin geschilderten wiederholten Traum, in dem sie sich ihrem Elternhaus genÃ¤hert habe und dieses Haus von Menschen umsÃ¤umt gewesen sei, die sie auch davon abgehalten hÃ¤tten, sich dem Haus, also dem Tatort zu nÃ¤hern, interpretiert der SachverstÃ¤ndige auf der Befundebene als Vermeidungsverhalten im Sinne des Merkmals C1 âVermeidung oder BemÃ¼hungen, belastende Erinnerungen, Gedanken oder GefÃ¼hle zu vermeidenâ. Anamnestisch ist das Merkmal C2 nach den AusfÃ¼hrungen von Dr. N. ebenfalls erfÃ¼llt, wenn die KlÃ¤gerin nach ihren Angaben den hinteren Teil des Hauses, in dem es zu der Gewalttat kam, bis heute mÃ¶glichst nicht aufgesucht hat. Das fehlende ErinnerungsvermÃ¶gen an die traumatisierende Situation (D-Kriterium nach DSM-5), hier die Ãbermittlung der Todesnachricht am Telefon, hat die KlÃ¤gerin auÃerdem bereits im Rahmen der Antragstellung bei der Beklagten mitgeteilt und auch bei allen Begutachtungen angegeben. Das Subkriterium D2 (anhaltende und Ã¼bertriebene negative Ãberzeugungen und Erwartungen) zeigt sich nach den schlÃ¼ssigen Feststellungen von Dr. N. bei der KlÃ¤gerin durch ein eingeschrÃ¤nktes SelbstwertgefÃ¼hl, anhaltende Ãbererregung, Angst und das GefÃ¼hl 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 KlÃ¤gerin 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 stationÃ¤rer Behandlung in psychiatrischen Kliniken gewesen ist. Den âandauernden negativen emotionalen Zustandâ (Subkriterium D4) haben bereits die Gutachterinnen J. und Dr. M. beschrieben, allerdings teilweise einer Depression zugerechnet. Dr. N. hÃ¤lt hier aus Sicht des Senats nachvollziehbar das Subkriterium D4 nach DSM-5 fÃ¼r erfÃ¼llt, so dass sich daneben die Frage des Vorliegens einer Depression nicht stellt. Hierzu passend bejaht Dr. N. die Subkriterien D5 (deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen AktivitÃ¤ten) und D7 (anhaltende UnfÃ¤higkeit, positive GefÃ¼hle zu empfinden), wobei der SachverstÃ¤ndige betont, dass die KlÃ¤gerin sich keinerlei MÃ¼he 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 KlÃ¤gerin hatte unter anderem berichtet, nicht mehr wie vor dem Ereignis im Kegelverein und Tanzclub zu sein; sie habe sich vollstÃ¤ndig zurÃ¼ckgezogen, ein Freundeskreis bestehe eigentlich nicht mehr. SchlieÃlich hat Dr. N. auch das Hyperarousalkriterium als erfÃ¼llt angesehen, indem die KlÃ¤gerin auf Befundebene leichte (Hirn)LeistungsstÃ¶rungen (AufmerksamkeitsstÃ¶rungen) zeigte, die der SachverstÃ¤ndige nachvollziehbar ihrer anhaltenden Erregung zurechnete. Die KlÃ¤gerin schilderte sich selbst als Ã¼bermÃ¤Ãig wachsam und schreckhaft.

Â

Unter Hinweis auf die erhobenen Befunde sowie die PlausibilitÃ¤t und AuthentizitÃ¤t der Schilderungen der KlÃ¤gerin hat Dr. N. schlÃ¼ssig das Vorliegen einer PTBS bejaht und diese auch fÃ¼r den Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. M., die zu ganz Ã¤hnlichen Ergebnissen gekommen war, gesehen. Es leuchtet auÃerdem ein, dass Dr.Â N. die Diagnose â andauernde PersÃ¶nlichkeitsÃ¤nderung nach Extrembelastungâ, 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 AusfÃ¼hrungen von Dr. N. diese PersÃ¶nlichkeitsÃ¤nderung in der Regel nicht herbeifÃ¼hren, zumal nicht ersichtlich ist, dass die KlÃ¤gerin eine vergleichbare Extrembelastung erfahren hat.

Â

In Ãbereinstimmung mit den AusfÃ¼hrungen von Dr. N. lÃ¤sst 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 tÃ¤tig gewordene SachverstÃ¤ndige J. diese Diagnose anhand der Anamnese, der von ihr erhobenen Befunde und der Testdiagnostik ausdrÃ¼cklich verworfen hat. Letzterer EinschÃ¤tzung vermag sich der Senat nicht anzuschlieÃen, wenngleich ihre Begutachtung von Dr. N. durchaus fÃ¼r besonders kompetent erachtet wird. Zugleich weist Dr. N. nÃ¤mlich auch darauf hin, es sei mÃ¶glich, dass Frau J. aufgrund des Ã¼ber die Jahre eingeÃ¼bten abdeckenden Verhaltens der KlÃ¤gerin nicht die Gesamtheit der seelischen StÃ¶rungen habe ermessen kÃ¶nnen. Es kÃ¶nne nicht ausgeschlossen werden, dass ihr Kontakt zur KlÃ¤gerin nicht derart intensiv und offen gewesen sei, dass diese das ihr innewohnende StÃ¶rungsbild zur GÃ¤nze enthÃ¼llt hÃ¤tte. Gegebenenfalls habe es, was aus einzelnen Passagen des Gutachtens hervorgehe, auch an einer hinreichend detaillierten Nachfrage, die zur Befunderhebung erforderlich gewesen wÃ¤re, gefehlt. Bei dieser Sachlage Ã¼berzeugt das Gutachten von Frau J. den Senat im Ergebnis nicht. Eine erst nach ihrer Begutachtung in Erscheinung getretene PTBS ist angesichts des dargestellten Verlaufs fÃ¼r den Senat nicht plausibel.

Â

Die festgestellte PTBS ist zur Ãberzeugung des Senats mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die Ãbermittlung der Nachricht vom gewaltsamen Tod des Vaters zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Insofern stellt Dr. N. klar, dass medizinisch nicht zwischen der TÃ¶tung des Vaters als Bedingungsfaktor der seelischen StÃ¶rung und der Mitteilung der Tat am Telefon differenziert werden kann. Bezogen auf die SchÃ¤digungsfolge PTBS kann man die Reaktion auf die Tatsache an sich, dass der Bruder der KlÃ¤gerin den gemeinsamen Vater getÃ¶tet hat, und das Gewahrwerden dieser Tat am Telefon auf Lanzarote nicht trennen. Beide wirken â so der SachverstÃ¤ndige â auf die TraumafolgestÃ¶rung ein und sind inhaltlich Thema derselben. Weiter fÃ¼hrt Dr. N. aus, im Laufe des traumatischen Prozesses mit sich

aus dem initialen Schock oder â□□Aufschreiâ□□ entwickelnder PTBS kÃ¶nnten viele ereignisfremde Faktoren sowohl resilienz- als auch krankheitsfÃ¶rdernd wirksam werden, was im Einzelfall so weit gehen kÃ¶nne, dass allein ereignisfremde Faktoren, wozu auch EntschÃ¤digungsstreben gehÃ¶ren kÃ¶nne, die Ã¼berwiegenden oder allein wirkenden TreibkrÃ¤fte wÃ¼rden. Dies hÃ¤lt Dr. N. bei dem Bild, welches bei der KlÃ¤gerin angetroffen wurde, allerdings nachvollziehbar nicht fÃ¼r 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 KlÃ¤gerin keine Rolle und sind damit nicht geeignet, den Ursachenzusammenhang zur Ã□bermittlung der Todesnachricht zu unterbrechen. Die jahrelang fehlende Inanspruchnahme Ã¤rztlicher und psychotherapeutischer Behandlung stellt sich bei der KlÃ¤gerin auÃ□erdem als Ausdruck der PTBS dar und kann daher ebenfalls nicht als Argument gegen das Vorliegen des erforderlichen Kausalzusammenhangs herangezogen werden.

Â

Die nach alldem als SchÃ¤digungsfolge zu berÃ¼cksichtigende PTBS ist mit einem GdS von 40 zu bewerten. Dabei richtet sich die Bewertung des GdS nach der auf Grundlage des Â§ 30 Abs. 16 BVG erlassenen Anlage â□□Versorgungsmedizinische GrundsÃ¤tzeâ□□ zu Â§Â 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 fÃ¼r stÃ¤rker behindernde StÃ¶rungen mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit (z.B. ausgeprÃ¤gtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische StÃ¶rungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme StÃ¶rungen) ein GdS von 30 bis 40 vorgesehen ist. Die AusschÃ¶pfung dieses Beurteilungsspielraums ist angesichts des Umstandes, dass die KlÃ¤gerin auch viele Jahre nach dem Ereignis noch derart im Wiedererleben gefangen ist, als wÃ¤ren erst wenige Wochen oder Monate vergangen, gerechtfertigt. Dies entspricht der EinschÃ¤tzung von Dr.Â N. und â□□ soweit es die PTBS betrifft â□□ auch der Bewertung von Dr. M..

Â

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG und berÃ¼cksichtigt den ganz Ã¼berwiegenden Erfolg der Klage.

Â

GrÃ¼nde, die Revision gemÃ¤Ã□ Â§ 160 Abs. 2 SGG zuzulassen, liegen nicht vor.

Erstellt am: 03.02.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024