
S 7 VG 2923/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	6.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 7 VG 2923/21
Datum	28.06.2023

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 VG 2154/23
Datum	29.02.2024

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 28. Juni 2023 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Der Kläger begehrt die Gewährung einer höheren Beschädigtengrundrente nach dem Gesetz über die Entschädigung der Opfer von Gewalttaten (OEG) i. V. m. dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) aufgrund eines tätlichen Angriffs auf ihn am 15. September 2017, bei dem er von einem Schuss in die linke Hand getroffen wurde, sodass der Zeigefinger der linken Hand amputiert werden musste. Das Ereignis ist von der zuständigen Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BG) als Arbeitsunfall anerkannt worden und der Kläger bezieht Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 30 vom Hundert (v.H.).

Er ist 1972 im Kosovo geboren, hat dort 12 Jahre die Schule besucht. Um dem

Wehrdienst zu entgehen, ist er nach Bosnien geflohen, hat sich dort bei Beginn des Krieges zwar „bewaffnet“, war aber nicht bei der Armee. 1992 ist er mit Hilfe eines Freundes über Kroatien in die Bundesrepublik Deutschland (BRD) eingereist. Für den Kosovokrieg hat er sich nach seinen Angaben freiwillig gemeldet, ist aber nicht als Soldat im Krieg gewesen. In der BRD war er zunächst überwiegend in Teilzeit- und Aushilfstätigkeiten sowie über Leihfirmen beschäftigt. Eine Umschulung zum Industriemechaniker hat er nur im praktischen, nicht aber im theoretischen Teil bestanden. 2009 hat er eine Subarachnoidalblutung erlitten, die operativ versorgt wurde. Seitdem bezieht er Rente wegen voller Erwerbsminderung von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und arbeitet zusätzlich auf Minijob-Basis bei einer Pizzeria als Fahrer. 1996 hat er seine acht Jahre jüngere Ehefrau geheiratet, die zwischenzeitlich in einer Krankenhauskantine arbeitet. Der Kläger hat zwei volljährige Töchter und einen noch minderjährigen Sohn, bewohnt wird eine 100 qm große Mietwohnung mit Garten (vgl. Anamnese des Sachverständigen M5).

Am 10. Oktober 2017 beantragte er bei dem Landratsamt L1 (LRA) die Gewährung von Leistungen nach dem OEG. Er sei am 15. September 2017 Zufallsopfer einer Schießerei geworden, das Projektil habe ihn am linken Unterarm und Zeigefinger getroffen. Der linke Zeigefinger habe amputiert werden müssen.

Aus der beigezogenen polizeilichen Ermittlungsakte (Staatsanwaltschaft H1 [StA] Az.:Ä) ergab sich im Wesentlichen folgender Sachverhalt:

Der Kläger war als Pizzalieferant tätig und bremste sein Fahrzeug zweimal ab, da er nach der Lieferadresse suchte. Der B1 M1 (nachfolgend: Täter) befand sich mit seinem Roller direkt hinter dem PKW des Klägers. Wegen des Abbremsens kam es im Bereich der Kreuzung zu einer verbalen Streitigkeit zwischen dem Kläger und dem Täter, in deren Verlauf letzterer eine Waffe zog und auf den Kläger schoss. Der zunächst geflüchtete Täter konnte identifiziert werden. Bei dem Versuch der vorläufigen Festnahme erlitt er einen Kopfschuss durch die Polizei und verstarb letztlich.

Das LRA holte den Befundschein des H2 ein. Dieser führte aus, dass bei dem Kläger ein Zustand nach Subarachnoidalblutung bei HCM-Aneurysma bestehe. Neuere Befunde der letzten beiden Jahre gebe es nicht. Die letzte neurologische Untersuchung im März 2013 habe eine Merkfähigkeitsstörung gezeigt. Wesentliche neurologische Ausfälle beständen nicht mehr.

Weiter wurde das Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse (A1) eingeholt. Die BG teilte zunächst mit, dass der Fall noch der beratenden Fachärztin vorliege und am 11. April 2019, dass der Kläger zuletzt eine Rehabilitationsmaßnahme durchlaufen habe und ein Gutachten in Auftrag gegeben werde.

Aufgrund ambulanter Untersuchung vom 21. Januar 2020 erstellte S1 für die BG das Erste Rentengutachten. Dieser stellte als Verletzungsfolgen eine tangentielle Durchschussverletzung der Rückhand links mit Trümmerschussbruch am linken Zeigefinger, eine Amputation des linken Zeigefingers und eine Teilamputation des zweiten linken Mittelhandknochens, ein posttraumatisches Belastungssyndrom und

eine schwere depressive Episode in Teilremission fest.

Der Kläger habe angegeben, an dem fraglichen Abend als Pizza-Lieferant auf der Suche nach einer Adresse gewesen zu sein. Der Täter sei auf einem Roller hinter ihm gewesen. Es sei zu einer verbalen Streitigkeit gekommen, in deren Verlauf der Täter eine Waffe gezogen und geschossen habe.

Der Kläger habe über regelmäßige Phantomschmerzen geklagt, die jeden zweiten Tag aufträten. Er setze regelmäßig Spiegeltherapie zur Linderung der Beschwerden ein. Seit dem 14. November 2017 arbeite er wieder als Pizzalieferant und fahre wieder Auto. Subjektiv bestehe noch eine Schwäche im Bereich der linken Hand. Gelegentlich verspüre er ein Stechen in der Mittelhand links. Zudem gebe er an, vermehrt schreckhaft zu sein. Er habe rezidivierende Angstepisoden, die sich durch die weiterhin bestehende Psychotherapie nur zeitweise besserten.

Bei der Untersuchung sei die Narbe im Bereich des linken Handrückens über dem zweiten Mittelfingerknochen trocken und reizlos gewesen, bei der orientierenden Untersuchung von Umfangsdifferenzen zeige sich sowohl am linken Arm als auch am linken Bein eine Umfangsminderung im Vergleich zu rechts. Im Bereich der linken Hohlhand und der verbleibenden Finger hohlhandwarts bestehe eine Hypästhesie. Die gesamte obere Extremität sei frei beweglich, die gemessenen Umfänge seien links geringgradig vermindert. Bei bekannter Halbseitenlähmung links seien die Kraftwerte limitiert. Die MdE betrage 10 vom Hundert v.H., eine psychiatrische Begutachtung werde empfohlen.

M2 erstellte daraufhin das neurologisch-psychiatrische Gutachten aufgrund ambulanter Untersuchung vom 29. Januar 2020. Diesem gegenüber gab der Kläger an, dass die erste psychiatrische Behandlung nach der ersten Operation im Krankenhaus in M3 erfolgt sei. Er habe ungste, unruhigen Schlaf gehabt und nicht verstehen können, was passiert sei. Später seien Phantomschmerzen aufgetreten, die Behandlung sei mit Gesprächen, nicht mit Medikamenten erfolgt. Es beständen weiterhin Schmerzen in der linken Hand, die Kraft sei nicht da. Immer wieder komme es trotz Spiegeltherapie zu Phantomschmerzen. Nach dem Schlaganfall 2009 beständen motorische Einschränkungen im linken Arm und Bein.

Die neurologische Untersuchung habe eine leichte Fazialisparese links, eine latente Linkssymptomatik mit Feinmotorikstorung links und Gangbildstorung links ergeben. An der linken Hand sei der zweite Strahl mit reizlosen Narben amputiert. Motorisch hätten Arme und Beine eine leichte Erhöhung des Muskeltonus links und eine normgerechte passive Beweglichkeit gezeigt. Bei Prüfung der groben Kraft ergäbe sich eine leichte Hemiparese links mit Feinmotorikstorung und geringer Bradydysdiadochokinese. Der Armhalte-Versuch habe eine leichte Pronation links und der Beinhalte-Versuch eine Schwere links gezeigt, aber kein Absinken. Eine Störung der Haupttemperatur an den Extremitäten sei nicht nachweisbar. Die Beschuielung der Handflächen sei regelrecht. Eine uberwarmung sei nicht nachweisbar, das Nagelwachstum an Hand und Fuß normal.

Der KIÄxger sei pÄ¼nktlich alleine mit dem PKW angereist. Die KÄ¼rperhaltung sei verkrampft gewesen, die KÄ¼rperpflege habe sich ordentlich gezeigt. Das Ausdrucksverhalten, die Mimik und Gestik seien etwas stumpf und teils verkniffen. Die psychomotorische Unruhe sei gering. Der KIÄxger habe im Beschwerdevortrag zur Bagatellisierung seiner Beschwerden geneigt. Er sei klar, zu Ort, Zeit und Person orientiert gewesen. Eine Bewusstseinsengung habe nicht bestanden, der Antrieb sei auffÄ¼llig reduziert, die SpontanitÄ¼t gering. Auf psychischem Gebiet habe sich der KIÄxger in sich gekehrt und verschlossen gezeigt, habe sich nach einer Stunde etwas Ä¼ffnen kÄ¼nnen.

Die AffektivitÄ¼t sei leicht depressiv verstimmt, die Stimmung ernst, skeptisch, misstrauisch und moros. Die PrimÄ¼raffekte seien sÄ¼mtlich nachweisbar, aber zum depressiven Pol verschoben. Das Affektverhalten zeige sich eingeeignet und starr, angedeutet reizbar. Eine Abstumpfung der GefÄ¼hle sei nachweisbar, im Affektbereich habe ein wenig schwingungsfehliges Affektverhalten bestanden, welches kaum angepasst worden sei. Eine vermehrte Ä¼ngstlichkeit sei nachweisbar. Das formale Denken und der Denkaufbau seien betont logisch, Zeichen von Verlangsamung im Denken bestÄ¼nden nicht. Das inhaltliche Denken sei ohne AuffÄ¼lligkeiten. Die Konzentration sei wÄ¼hrend der Untersuchung leicht gespannt gewesen, die MerkfÄ¼higkeit habe keine AuffÄ¼lligkeiten ergeben. Es sei eine leichte bis mittelschwere StÄ¼rung von Krankheitswert nachweisbar.

In der Akte sei eine depressive Symptomatik nachgewiesen, teils schwer, aktuell leichtgradig. Fasse man die Biographie des KIÄxgers zusammen, spreche mehr fÄ¼r ein multifaktorielles BedingungsgefÄ¼ge der Depression als fÄ¼r eine monokausale Verursachung der depressiven StÄ¼rung durch den Ä¼berfall mit Schusswaffenverletzung. Neben einem Vorschaden auf psychischem Gebiet, der aber nicht zu einer Behandlung gefÄ¼hrt habe, liege eine leichte HirnschÄ¼digung nach Subarachnoidalblutung und Clipping eines Aneurysmas der Arteria cerebri media rechts 2009 mit geringen neuropsychologischen Defiziten und Halbseitensymptomatik links vor. Eindeutige Unfallfolge sei der Phantomschmerz mit intermittierendem Auftreten und eher leichter Symptomatik. Unklar sei, ob die depressive Episode teilsÄ¼chlich auf den Unfall zurÄ¼ckzufÄ¼hren oder als Gelegenheitsursache aufzufassen sei. Hierzu fehlten Vorberichte. Als multiple lebensgeschichtliche Belastungen seien dokumentiert ein zweimaliger Kriegseinsatz mit Waffengebrauch, Migration und Asyl in Deutschland, Gewalterfahrungen in der Familie, Eheprobleme, eine Insolvenz 2003 sowie das Erleben einer schweren Erkrankung mit Subarachnoidalblutung.

Die akute Belastungsreaktion mit Ä¼bergang in eine posttraumatische BelastungsstÄ¼rung (PTBS) bei Besserung unter Therapie sowie aktuell noch bestehender Teilsymptomatik sei mit einer MdE von 20 v.Ä H. zu bewerten, die Phantomschmerzen mit einer MdE von 10 v.Ä H., sodass auf seinem Fachgebiet eine MdE von 25 v.Ä H. bestehe, dauerhaft von 20 v.Ä H.. Unklar sei die Einordnung der depressiven Symptomatik.

AnschlieÄ¼nd gelangte der Entlassungsbericht der Kliniken S2 Ä¼ber die stationÄ¼re Rehabilitation vom 26. April bis 26. Mai 2010 zur Akte. Danach seien

rasche MÃ¼digkeit, deutlicher Konzentrationsmangel, aber nur leichte GedÃ¤chtnisstÃ¶rungen beklagt worden. Psychisch sei der KlÃ¤ger bewusstseinsklar und voll orientiert bei geordnetem formalen Gedankengang gewesen. Bei guter Stimmungslage und SchwingungsfÃ¤higkeit bestehe kein Hinweis auf Depressionen. In der Abschlussuntersuchung sei der klinisch-neurologische Status im Wesentlichen unverÃ¤ndert, die Feinmotorik der linken Hand habe jedoch deutlich verbessert werden kÃ¶nnen. Aus berufstherapeutischer Sicht sei der KlÃ¤ger unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten auf dem Arbeitsmarkt nicht konkurrenzfÃ¤hig.

Die G1 fÃ¼hrte beratungsÃ¤rztlich aus, dass M2 wenig auf die Aktenlage und nicht auf offenkundig bestehende Belastungsfaktoren eingehe. Die Anamnese sei zu knapp gehalten. Diagnostisch kÃ¶nne von einer teilremittierten PTBS ausgegangen werden, die mit einer MdE von 20 v. H. zutreffend eingeschÃ¤tzt sei. Nach dem Rehabilitationsentlassungsbericht bestehe eine kognitive Beschwerdesymptomatik, die zur Erwerbsminderung gefÃ¼hrt habe. Sie gehe davon aus, dass die leichte depressive Symptomatik Ã¼berwiegend durch unfallunabhÃ¤ngige Faktoren bedingt sei und nicht in einem monokausalen Zusammenhang zu der Tat betrachtet werden kÃ¶nne. Die Gesamt-MdE auf neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet sei mit 25 v.H. angemessen. Der Phantomschmerz scheine sich im Laufe der Zeit gebessert zu haben. Er trete nur in leichter Form auf, eine medikamentÃ¶se Behandlung werde nicht beschrieben. Die Restsymptome der PTBS hÃ¤tten sich unter der therapeutischen Behandlung gebessert. Die ambulante Psychotherapie sei fortzusetzen, eine Nachbegutachtung werde empfohlen.

Mit Bescheid vom 4. August 2020 erkannte die BG das Ereignis vom 15. September 2017 als Arbeitsunfall an und gewÃ¤hrte Verletztenrente nach einer MdE von 30 v. H. ab dem 14. November 2017 (Zahlbetrag: 393,33 â¬).

K1 schloss sich versorgungsÃ¤rztlich der Bewertung der BG an.

Mit Bescheid vom 30. MÃ¤rz 2021 stellte das LRA fest, dass der KlÃ¤ger am 15. September 2018 Opfer einer Gewalttat im Sinne des OEG geworden ist und erkannte als SchÃ¤digungsfolge eine Amputation des linken Zeigefingers, eine Teilamputation des zweiten Mittelhandknochens links, eine akute Belastungsreaktion mit Akzenten einer posttraumatischen BelastungsstÃ¶rung und intermittierenden Phantomschmerzen im Bereich der Amputation an. Der Grad der SchÃ¤digungsfolgen (GdS) betrage 30. Der Anspruch auf VersorgungsbezÃ¼ge ruhe ab dem 1. November 2017, da die BezÃ¼ge aus der gesetzlichen Unfallversicherung den Betrag der zustehenden VersorgungsbezÃ¼ge Ã¼berstiegen.

Den Widerspruch wies das RegierungsprÃ¤sidium S3 â Landesversorgungsamt â mit Widerspruchsbescheid vom 27. September 2021 zurÃ¼ck. Der Bescheid entspreche der Sach- und Rechtslage.

Am 25. Oktober 2021 hat der KlÃ¤ger Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben.

Der Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat die versorgungsärztliche Stellungnahme der B2 vorgelegt. Danach sei G1 beratungsärztlich von einer teilremittierten posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen und habe diese mit einer MdE von 20 v.H. bewertet. Der Phantomschmerz habe sich im Laufe der Zeit gebessert, er trete nur gelegentlich in leichter Form auf, eine medikamentöse Therapie sei bislang nicht erforderlich. In der Gutachtensituation gegenüber M2 habe der Kläger angegeben, unregelmäßig Ibuprofen einzunehmen. Der Verlust des Zeigefingers einer Hand werde nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) mit 10 bewertet, zusätzlich komme die Teilamputation des zweiten Mittelhandknochens links dazu, aus der keine wesentliche weitere Funktionseinschränkung folge. Ein Gesamt-GdS von 30 bewege sich damit im oberen Bemessungsspielraum.

Das SG hat die Akte des parallel gegen die BG geführten Verfahrens S 8 U 4081/20 beigezogen.

Aus dieser hat sich das handchirurgische Sachverständigen Gutachten des G2 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 27. Juli 2021 ergeben. Dieser hat ausgeführt, dass von Seiten der handchirurgischen Versorgung keine postoperativen Probleme bestanden hätten. Die Weichteile im Bereich der linken Hand seien völlig reizlos. Die Handflächenbeschwellung sei seitengleich mittelprächtig ausgeprägt, die Muskulatur seitengleich geformt. Das Hautkolorit der linken Hand sei normal ohne Stauungszeichen nach längerem Herabhängen lassen. Die Fingernägel zeigten beidseits ein gesundes Aussehen.

Die Beweglichkeit der Schultergelenke sei frei, Hinweise auf eine Schwäche oder Muskelarthropathie, insbesondere linksseitig, beständen nicht. Rechts seien die groben Griffformen problemlos möglich, links könne ein vollständiger Faustschluss demonstriert werden, insbesondere schließe klein- und mittelfingerseitig der Faustschluss gut ab.

Beidseits liege keine relevante Muskelschwäche und keine Seitendifferenz bei den Muskelumfängen vor, eine Sensibilitätsstörung sei vom Kläger nicht angegeben worden. Hinweise auf Nervenkompressionssyndrome fanden sich nicht. Die MdE betrage 10 v. H. seit dem Beginn der Arbeitsfähigkeit am 14. November 2017. Bei Fingerverlusten gelte es zu berücksichtigen, ob die Mittelhand mitbetroffen sei. Bei zusätzlicher Amputation im Bereich der Mittelhand seien unter Umständen die übrigen Finger eingeschränkt, was beim Kläger nicht der Fall sei. Der Mittel-, Ring- und Kleinfinger seien vollständig frei beweglich und stabil. Die geringe Reduktion der Handauflagefläche führe ebenfalls zu keiner zusätzlichen Funktionseinschränkung. Eine MdE von 20 v.H. werde nach dem Konsensuspapier der MdE-Expertengruppe zur Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte bei Gliedmaßenverlusten von Oktober 2019 nicht mehr erreicht.

Das SG hat im Parallelverfahren die Behandlungsunterlagen des bis 2013 behandelnden M4 beigezogen, der den Kläger bis 2013 behandelt hat. Aus seinen Befundunterlagen hat sich ergeben, dass er bei dem Kläger am 18. Mai 2012 einen depressiven Gedankengang und ein Nachgrübeln sowie ein

â€œMorgentiefâ€ und FrÃ¼herwachen befundet hat. Es sei eine Einstellung auf Mirtazapin erfolgt, welches den Schlaf stabilisiere.

R1 hat, als sachverstÃ¤ndige Zeugin gehÃ¶rt, bekundet, dass die Leiden des KlÃ¤gers durch den Schuss auf ihn verursacht und in ihrem AusmaÃŸ vor dem Hintergrund seiner Kriegserlebnisse im jugendlichen Alter zu verstehen seien. Der Angriff sei aus dem Hinterhalt erfolgt. Es sei fÃ¼r den KlÃ¤ger in der Situation nicht erkennbar gewesen, ob er ein Zufallsopfer gewesen sei oder ob er mit fremdenfeindlichen Hintergrund angegriffen worden sei. Im Laufe der Therapie habe sich eine Besserung der psychosomatischen Symptomatik ergeben, die Phantomschmerzen seien bisher therapieresistent. Als Folge des Angriffs sei eine Eheproblematik entstanden. Seine Frau glaube den Polizeiberichten nicht und unterstelle ihm, den TÃ¤ter gekannt und mÃ¶glicherweise Schulden bei ihm gehabt zu haben, sodass dieser deshalb auf ihn geschossen habe. Es sei deshalb wenige Monate nach dem Angriff zu einer vorÃ¼bergehenden Trennung gekommen, da der KlÃ¤ger die stÃ¤ndigen Anschuldigungen und VerdÃ¤chtigungen nicht mehr ausgehalten habe. Die Ehe sei seither in einer Krise und seine depressive Stimmungslage auch deshalb nur wenig gebessert.

Weiter ist das Gutachten des M5 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 24. MÃ¤rz 2022 erhoben worden. Diesem gegenÃ¼ber hat der KlÃ¤ger angegeben, dass er nach der Operation des Aneurysmas noch an einer LÃ¶hmung im linken Arm und linken Bein sowie einem TaubheitsgefÃ¼hl der linken Seite habe. Seit der Hirnblutung bestÃ¤ndigen Schmerzen im Bereich des linken Oberarms und an der RÃ¼ckseite des linken Oberschenkels. Er sei nervÃ¶s, rege sich schnell auf und kÃ¶nne sich schlechter beherrschen. Er sei hÃ¤ufig plÃ¶tzlich mÃ¼de, mÃ¼sse sich hinlegen und brauche eine Pause. Die Konzentration sei schlechter, er sei vergesslicher und manche Sachen wÃ¼rden ihm erst nach einer Zeit wieder einfallen.

Zur Biographie hat der KlÃ¤ger angegeben, guten Kontakt zu seinen Geschwistern zu haben. Er helfe seiner groÃŸen Schwester beim Umbau des Hauses. Zweimal im Jahr fahre oder fliege er in den Kosovo. Wenn er alleine reise, nehme er das Flugzeug, mit der Familie den PKW.

Er sei im Kosovo 12 Jahre zur Schule gegangen. Dann sei er, um dem Wehrdienst zu entgehen, nach Bosnien geflohen. Damals habe der Bosnienkrieg angefangen, er habe sich bewaffnet, sei aber nicht bei der Armee gewesen. Ein Freund habe ihm geholfen, Ã¼ber Kroatien nach Deutschland zu kommen. Als Soldat sei er nie im Krieg gewesen. Er habe sich freiwillig fÃ¼r den Kosovokrieg gemeldet gehabt, der Krieg sei zu Ende gewesen, bevor er habe gehen mÃ¼ssen. Er beziehe 350 â‚¬ Erwerbsminderungsrente von der DRV und 390 â‚¬ Rente von der BG. Daneben habe er den Minijob beim Pizzaservice.

Er stehe morgens um 6.00 Uhr auf, telefoniere mit den Eltern und gehe gegen 10.00 Uhr raus, hole sich eine Brezel und trinke einen Kaffee. Er mache einen Spaziergang, setze sich ins CafÃ© und unterhalte sich mit den GÃ¤sten. Er versorge den Haushalt, Kochen sei seine LieblingsbeschÃ¤ftigung. Die meisten Termine bei

Ärzten könne er zu Fuß wahrnehmen, sein Auto stehe überwiegend im Parkhaus. Für kleinere Strecken könne er das Auto der Pizzeria nehmen. Der Freundeskreis sei groß, alle seien hilfsbereit.

Die Psychomotorik sei unauffällig gewesen, die Bewusstseinslage klar, Orientierungs- und Wahrnehmungsstörungen hätten keine bestanden. Die Stimmungslage sei ausgeglichen, themenabhängig gedrückt. Die Schwingungs- und Resonanzfähigkeit zeige sich unbeeinträchtigt, das emotionale Schwingungsvermögen sei normal. Im Gespräch bestanden keine pathologisch affektiven Schwankungen, positive Emotionen seien auslösbar. Der Antrieb sei nicht vermindert. In der Depressionsskala sei mit 48 Punkten ein für eine mäßig ausgeprägte Depression sprechender Befund erhoben worden.

Die Beschwerdedarstellung sei nachvollziehbar erfolgt. Zum Untersuchungszeitpunkt sei der Klient ausgeglichen mit erhaltenem Schwingungsvermögen gewesen. Es sei dennoch nachvollziehbar, dass eine vermehrte Reizbarkeit bestehe, zum Teil auch eine Größenbelneigung. Teilweise würden Bilder vor seinen Augen erscheinen, allerdings nicht überwiegend Intrusionen vom Unfall. Es werde über Schlafstörungen berichtet. Im strukturierten Fragebogen simulierter Symptome bestanden Hinweise auf eine Neigung, auch ungewöhnliche Beschwerden zu bejahen. Es finde sich kein Hinweis für ein hirnganisches Psychosyndrom bei voller Geschäftsfähigkeit.

Neurologisch sei bei den passiven Bewegungen kein Druck- oder Bewegungsschmerz angegeben worden. Der Finger-Boden-Abstand (FBA) liege bei 5 cm, das Zeichen nach Lasèque sei beidseits negativ. Als Schlaganfallfolge zeige sich eine leichte Schwäche der Armmuskulatur links. Beim Durchbewegen bestehe eine leichte Muskeltonuserhöhung im linken Bein, ohne trophische Störungen. Es werde eine Hypästhesie der gesamten linken Körperhälfte angegeben.

Es ergäben sich keine wesentlichen Änderungen zum gut nachvollziehbaren Gutachten des M2. Beim Klient bestehe als relevante Vorerkrankung eine Subarachnoidalblutung mit der Folge einer Hemiparese links und neuropsychologischen Auffälligkeiten, die der behandelnde M4 zuletzt 2013 als vermutlichen Dauerzustand beschrieben habe. Schon damals habe eine vermehrte Reizbarkeit bestanden, die möglicherweise nach dem Unfallereignis 2017 nochmals zugenommen habe.

Nachvollziehbar habe nach dem Unfallereignis 2017 das Vollbild einer PTBS bestanden, sicherlich mitbestimmt durch das Miterleben des Krieges in Jugoslawien, wenngleich der Klient dort nicht aktiv als Soldat involviert gewesen sei. Sicherlich sei die Problematik zusätzlich mitbedingt durch die Migrationsproblematik und das Erleben der Subarachnoidalblutung mit daraus folgenden Defiziten sowie der vollständigen Änderung des Lebensplanes. Bereits nach der Subarachnoidalblutung hätten schon Eheprobleme durch den Rollenwechsel bestanden, da die Ehefrau bis dahin nicht habe arbeiten müssen. Möglicherweise habe es auch zeitweise Probleme mit Glücksspiel gegeben, wobei dies an anderer Stelle vom Klient negiert worden sei.

Das Vollbild einer PTBS lasse sich gegenwärtig nicht mehr nachweisen, der Kläger beschreibe eine Reizbarkeit, die seit dem Unfallereignis zugenommen habe. Auch diesbezüglich werde wiederum eine Besserung angegeben, die Grundstimmung habe ausgeglichen imponiert. Bei der Thematisierung und dem Durchsprechen des Unfallereignisses sei keine besondere vegetative Reaktion zu beobachten. Der Fragebogen zur Diagnose einer Depression zeige nur noch eine leichte depressive Symptomatik. Diese sei im Grunde nachvollziehbar, im Gegenteil sei der strukturierte Fragebogen simulierter Symptome auffällig, aber nicht extrem. Eine Bagatellisierung von Beschwerden, wie sie M2 gehen habe, bestehe daher nicht.

Bei dem Kläger hätten schon vor dem Unfallereignis psychische Auffälligkeiten bestanden, die durch das Unfallereignis zeitweise verschlimmert worden seien. Weiter hätten zeitweise typische Symptome einer PTBS vorgelegen. Es sei festzustellen, dass sich hier das Unfallereignis auf eine vorbestehende psychische Störung aufgepropft habe.

Eine exakte Trennung sei von der Natur der Sache her nicht möglich. Gesichert sei, dass bereits nach dem Schlaganfall neuropsychologische Auffälligkeiten bestanden hätten, die M4 2013 als Dauerzustand beschrieben habe und die zur Rente geführt hätten. Nach dem Unfall habe eine PTBS bestanden, wobei sich die Symptome überschneiden, sodass von einer Verschlimmerung vorbestehender reaktiv-psychiatrischer Symptome durch das Unfallereignis ausgegangen werden müsse, weiter davon, dass die Restsymptomatik ohne das Unfallereignis weniger stark ausgeprägt wäre. Insbesondere seien die Schlafstörungen, ein Teil der Reizbarkeit und das zwanghafte Kontrollieren sowie die Größenbeliebigkeit hier einzuordnen. Eine MdE von 20 v.H. auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet sei weiter angemessen.

Mit Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 31. Mai 2022 hat das SG im Verfahren S 8 U 4081/20 die dortige Beklagte verurteilt, Verletztenrente nach einer MdE von 45 v. H. für die Zeit vom 14. November 2017 bis 31. Oktober 2019 zu gewähren. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass sich die Erfahrungssätze zur Beurteilung der MdE im streitigen Zeitraum geändert hätten und deshalb bis Oktober 2019 nach den bei Schäferberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2016, S. 611 abgedruckten Erfahrungssätzen eine MdE von 20 v. H. anzunehmen sei. Die Phantomschmerzen seien zusätzlich mit einer MdE von 10 v.H. zu bewerten. Aus dem psychiatrischen Sachverständigenutachten ergebe sich, dass zunächst eine PTBS im Vollbild bestanden habe. Die nervenärztlichen Unfallfolgen seien bis zur Begutachtung durch M2 mit 25 v. H. zu bewerten, anschließend wegen der Besserung nur noch mit 20 v. H.. Mangels Überschneidungen seien die MdE-Einzelwerte vollständig zu addieren, sodass sich eine MdE von 45 v. H. ergebe.

Die beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg erhobene Berufung ([L 10 U 1916/22](#)) wurde mit Beschluss vom 10. Januar 2024 zurückgewiesen.

Nach Anhörung der Beteiligten hat das SG die Klage im vorliegenden Verfahren mit Gerichtsbescheid vom 28. Juni 2023 abgewiesen. Der Beklagte habe zu Recht einen GdS von 30 ab dem 1. September 2017 in Ansatz gebracht, der versorgungsärztlichen Einschätzung der K1 sei zu folgen. Im Funktionssystem „Gehirn einschließlich Psyche“ betrage der GdS 30. Eine intensive, engmaschige psychiatrische Behandlung finde nicht statt. Aus dem Urteil des SG vom 31. Mai 2022 ergebe sich nichts anderes. Das Funktionssystem „Arme“ sei mit einem GdS von 10 zu bewerten. Der Beklagte habe den GdS daher zutreffend mit 10 eingestuft, eine besondere berufliche Betroffenheit sei nicht zu erkennen, die Voraussetzungen eines Berufsschadensausgleichs seien nicht erfüllt.

Am 25. Juli 2023 hat der Kläger Berufung beim LSG Baden-Württemberg eingelegt. Er sei am 15. September 2017 ohne jeglichen Grund von einem Mann angegriffen und durch einen Pistolenschuss verletzt worden. Als der Mann von der Polizei gestellt worden sei, habe er seine Waffe ebenfalls eingesetzt, sei durch einen Schuss der Polizei lebensgefährlich verletzt worden und verstorben. Der GdS müsse mindestens 40 betragen. Er sei im Balkan-Krieg Opfer geworden und nach Deutschland geflüchtet, weil er sich vor weiteren Angriffen auf seine Person fürchtet habe. In Deutschland habe er sich sicher gefühlt, bis er von dem Täter angegriffen worden sei. Deshalb sei sein früheres Erlebnis wieder zum Vorschein gekommen und habe dazu geführt, dass er ein weiteres Trauma erlitten habe. Er leide unter Erscheinungen, die erstmals bei Soldaten dokumentiert worden seien, die im ersten Weltkrieg an der Front hätten kämpfen müssen und dabei seelischen Schaden genommen hätten. Für ihn gelte dasselbe. Er habe schreckliche Erlebnisse im Krieg auf dem Balkan erlebt, die jetzt wieder durchbrochen seien.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 28. Juni 2023 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, ihm unter Abänderung des Bescheides vom 30. März 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. September 2021 Beschäftigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von mindestens 40 ab dem 19. September 2017 zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Er verweist auf die angefochtene Entscheidung.

Der Senat hat die Akten des Verfahrens gegen die BG (S 8 U 4081/20 [L 10 U 1916/22](#)) beigezogen.

Mit Beschluss vom 29. Januar 2024 hat der Senat den Antrag des Klägers auf Gewährung von Prozesskostenhilfe abgelehnt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungs- und Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht ([Â§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz [SGG]) eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet ([Â§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist statthaft ([Â§ 143, 144 SGG](#)) und auch im übrigen zulässig, aber unbegründet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG vom 28. Juni 2023, mit dem die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([Â§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#)) auf Gewährung einer höheren Beschäftigtengrundrente unter Abänderung des Bescheides vom 30. März 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides ([Â§ 95 SGG](#)) vom 27. September 2021 abgewiesen worden ist. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei dieser Klageart grundsätzlich der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2009 – [B 6 KA 34/08](#) –, juris, Rz. 26; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, Kommentar zum SGG, 14. Aufl. 2023, [Â§ 54 Rz. 34](#)), ohne eine solche derjenige der Entscheidung.

Die Unbegründetheit der Berufung folgt aus der Unbegründetheit der Klage. Der Bescheid vom 30. März 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. September 2021 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten ([Â§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Auch zur Überzeugung des Senats kann er die Gewährung einer höheren Beschäftigtengrundrente nicht beanspruchen, sodass das SG die Klage zu Recht abgewiesen hat.

Materiell-rechtlich sind die Vorschriften des BVG in seiner bis 31. Dezember 2023 geltenden Fassung anzuwenden. Gemäß [Â§ 142 Abs. 1 Satz 1](#) Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV) in der ab 1. Januar 2024 geltenden Fassung erhalten Personen, deren Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, dass das Bundesversorgungsgesetz ganz oder teilweise für anwendbar erklärt, in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung bis zum 31. Dezember 2023 bestandskräftig festgestellt sind, diese Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach dem Gesetz, dass das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklärt, in der am 23. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter, soweit dieses Kapitel nichts anderes bestimmt. Über einen bis zum 23. Dezember 2023 gestellten und nicht bestandskräftig entschiedenen Antrag auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, dass das Bundesversorgungsgesetz ganz oder teilweise für anwendbar erklärt, ist nach dem im Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht zu entscheiden, [Â§ 142 Abs. 2 Satz 1 SGB XIV](#). Wird hierbei ein Anspruch auf Leistungen festgestellt, werden ebenfalls Leistungen nach Absatz 1 erbracht, [Â§ 142](#)

[Abs. 2 Satz 2 SGB XIV.](#)

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch ist [§ 1 Abs. 1 Satz 1 OEG](#) in Verbindung mit [§ 9 Abs. 1 Nr. 3 Alt. 1, § 30, § 31 BVG](#). Danach erhält wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des BVG, unter anderem auch Beschäftigtengrundrente nach [§ 31 Abs. 1 BVG](#), wer im Geltungsbereich des OEG oder auf einem deutschen Schiff oder Luftfahrzeug infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen seine oder eine andere Person oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat. Die Versorgung umfasst nach dem insoweit entsprechend anwendbaren [§ 9 Abs. 1 Nr. 3 BVG](#) die Beschäftigtenrente ([§§ 29 ff. BVG](#)). Nach [§ 30 Abs. 1 Satz 1 BVG](#) ist der GdS ab dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung des BVG und anderer Vorschriften des Sozialen Entschädigungsrechts vom 13. Dezember 2007 ([BGBl I S. 2904](#)) am 21. Dezember 2007 als Minderung der Erwerbsfähigkeit bezeichnet ab nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, welche durch die als Schädigungsfolge anerkannten körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen zu beurteilen. Der GdS ist nach Zehnergraden von 10 bis 100 zu bemessen; ein bis zu fünf Grad geringerer GdS wird vom höheren Zehnergrad mit umfasst ([§ 30 Abs. 1 Satz 2 BVG](#)). Beschädigte erhalten gemäß [§ 31 Abs. 1 BVG](#) eine monatliche Grundrente ab einem GdS von 30. Liegt der GdS unter 25 besteht kein Anspruch auf eine Rentenentschädigung (vgl. Senatsurteil vom 18. Dezember 2014 [L 6 VS 413/13](#) -, juris, Rz. 42; Dau, in: Knickrehm, Gesamtes Soziales Entschädigungsrecht, 2012, [§ 31 BVG](#), Rz. 2). Die Bewertung richtet sich nach den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz in ihrer am 1. Oktober 1998 geltenden Fassung der Ausgabe 1996 (AHP 1996) und nachfolgend seit Juli 2004 den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) in ihrer jeweils geltenden Fassung (AHP 2005 und 2008), welche zum 1. Januar 2009 durch die Anlage zu [§ 2 Versorgungsmedizin-Verordnung \(VersMedV\)](#) vom 10. Dezember 2008 inhaltsgleich ersetzt worden ist (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 [B 9 V 6/13 R](#) -, juris, Rz. 17).

Ausgehend von diesen Umständen ist der Kläger unstreitig Opfer eines rechtswidrigen, tätlichen Angriffs geworden, als er von dem Täter angeschossen und an der linken Hand verletzt worden ist. Hiervon ist auch der Beklagte folgerichtig mit dem angefochtenen Bescheid für den Senat bindend (vgl. [§ 77 SGG](#)) ausgegangen und hat dem Kläger deshalb Beschäftigtengrundrente nach einem GdS von 30 gewährt. Die Gewährung höherer Leistungen kann der Kläger auch zur Überzeugung des Senats nicht beanspruchen, da der Beklagte den GdS zutreffend mit 30 eingeschätzt hat.

Ohnehin ruht der Leistungsanspruch des Klägers ab dem 14. November 2017. Gemäß [§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BVG](#) ruht der Anspruch auf

VersorgungsbezÄ¼ge nÄ¼mlich, wenn beide AnsprÄ¼che auf derselben Ursache beruhen, in HÄ¼he der BezÄ¼ge aus der gesetzlichen Unfallversicherung. Diese Voraussetzungen sind erfÄ¼llt, da die BG das schÄ¼digende Ereignis â den Schuss auf den KlÄ¼ger â als Arbeitsunfall anerkannt hat und Verletztenrente seit dem 14. November 2017 leistet (vgl. den Bescheid vom 4. August 2020). Diese hat die BG im Rentenbescheid mit 393,33Ä¼ errechnet, sodass der Zahlbetrag deutlich Ä¼ber den nach [Ä¼ 31 Abs. 1 BVG](#) zu zahlenden BetrÄ¼gen liegt. Es kommt somit nicht entscheidungserheblich darauf an, dass das SG im Parallelverfahren die BG zur Zahlung einer Verletztenrente nach einer MdE von 45 v.Ä¼ H. bis 31. Oktober 2019 verurteilt hat, denn nach [Ä¼ 31 Abs. 1 BVG](#) in der bis 31. Dezember 2019 geltenden Fassung belief sich die BeschÄ¼digtengrundrente bei einem GdS selbst von 50 nur auf 274 Ä¼ und lag damit weiterhin unter der gewÄ¼hrten Verletztenrente.

Soweit das SG im Parallelverfahren von einer Ä¼ zeitweise Ä¼ hÄ¼heren MdE ausgegangen ist, bleibt dies ohne Auswirkungen auf den GdS und fÄ¼hrt deshalb zu keiner abweichenden Beurteilung. Das SG hat seine Bewertung ausdrÄ¼cklich auf eine Ä¼nderung der ErfahrungssÄ¼tze zur EinschÄ¼tzung der MdE gestÄ¼tzt und deshalb bis 31. Oktober 2019 eine HÄ¼herbewertung angenommen. Diese ErwÄ¼gungen lassen sich auf den GdS nicht Ä¼bertragen, da die maÄ¼gebenden VG im streitigen Zeitraum keine Ä¼nderung erfahren haben. Vielmehr bestimmt VG, Teil B, Nr. 18.13, dass der Verlust des Zeigefingers auch mit Teilen des dazugehÄ¼rigen Mittelhandknochens mit einem GdS von 10 zu bewerten ist. Ein hÄ¼herer Teil-GdS im Funktionssystem âArmeâ kommt daher nicht in Betracht. Dies folgt auch aus dem handchirurgischen SachverstÄ¼ndigengutachten desÄ¼ G2 aus dem Parallelverfahren, das der Senat im Wege des Urkundsbeweises ([Ä¼ 118 Abs. 1 SGG](#) i.Ä¼ V.Ä¼ m. [Ä¼Ä¼ 415](#) ff. Zivilprozessordnung [ZPO]) verwertet. Dieser hat Ä¼berzeugend dargelegt, dass die handchirurgische Versorgung zu keinen postoperativen Problemen fÄ¼hrte, die HandflÄ¼chenbeschwiellung seitengleich mittelprÄ¼chtig ausgeprÄ¼gt und die Muskulatur seitengleich geformt ist, also keine Anhaltspunkte fÄ¼r einen Mindergebrauch bestehen. Das Hautkolorit beschreibt er als normal und den vollstÄ¼ndigen Faustschluss links als mÄ¼glich. Eine SensibilitÄ¼tsstÄ¼rung hat er ebenso verneint wie eine relevante MuskelschwÄ¼che sowie keine Hinweise auf ein Nervenkompressionssyndrom gesehen. Eine Ä¼berwÄ¼rmung hat bereits M2 ausgeschlossen und auf ein normales Nagelwachstum verwiesen.

AusdrÄ¼cklich herausgestellt hat G2 weiter, dass bei Amputationen im Bereich der Mittelhandknochen zwar grundsÄ¼tzlich die Beweglichkeit der Ä¼brigen Finger eingeschrÄ¼nkt sein kann, dies beim KlÄ¼ger aber nicht der Fall ist, sondern Mittel-, Ring- und Kleinfinger frei beweglich und stabil sind. Letztlich hat er betont, dass die geringe Reduktion der HandauflageflÄ¼che zu keiner zusÄ¼tzlichen FunktionseinschrÄ¼nkung fÄ¼hrt. Daneben hat G2 auch keine sonstigen EinschrÄ¼nkungen im Funktionssystem gesehen, sondern die Schultergelenke als frei und ohne Hinweise auf eine SchwÄ¼che oder Muskelarthropathie befundet.

Im Funktionssystem âGehirn einschlieÄ¼lich Psycheâ besteht ein hÄ¼herer Teil-GdS als 20, wie ihn M2 und der SachverstÄ¼ndige M5 Ä¼bereinstimmend gesehen

haben, nicht.

Nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 begründeten Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen in Form leichterer psychovegetativer oder psychischer Störungen einen GdB von 0 bis 20, stärkere Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) einen GdB von 30 bis 40, schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten einen GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten einen GdB von 80 bis 100. Die funktionellen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung, insbesondere wenn es sich um eine affektive oder neurotische Störung nach F30.- oder F40.- ICD-10 GM handelt, manifestieren sich dabei im psychisch-emotionalen, körperlich-funktionellen und sozial-kommunikativen Bereich (vgl. Philipp, Vorschlag zur diagnoseunabhängigen Ermittlung der MdE bei unfallbedingten psychischen bzw. psychosomatischen Störungen, MedSach 6/2015, S. 255 ff.). Diese drei Leidensebenen hat auch das Bundessozialgericht in seiner Rechtsprechung angesprochen (vgl. BSG, Beschluss vom 10. Juli 2017 – [B 9 V 12/17 B](#) –, juris, Rz. 2). Dabei ist für die GdB-Bewertung, da diese die Einbußen in der Teilhabe am Leben in der (allgemeinen) Gesellschaft abbilden soll, vor allem die sozial-kommunikative Ebene maßgeblich (vgl. Senatsurteil vom 12. Januar 2017 – [L 6 Vh 2746/15](#) –, juris, Rz. 61). Bei dieser Beurteilung ist auch der Leidensdruck zu wärdigen, dem sich der behinderte Mensch ausgesetzt sieht, denn eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit meint schon begrifflich eher Einschränkungen in der inneren Gefühlswelt, während Störungen im Umgang mit anderen Menschen eher unter den Begriff der sozialen Anpassungsschwierigkeiten fallen, der ebenfalls in den VG genannt ist. Die Stärke des empfundenen Leidensdrucks äußert sich nach ständiger Rechtsprechung des Senats auch und maßgeblich in der Behandlung, die der Betroffene in Anspruch nimmt, um das Leiden zu heilen oder seine Auswirkungen zu lindern. Hiernach kann bei fehlender ärztlicher oder der gleichgestellten ([§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 28 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Krankenversicherung) psychotherapeutischen Behandlung durch bei gesetzlich Versicherten zugelassene Psychologische Psychotherapeuten in der Regel nicht davon ausgegangen werden, dass ein diagnostiziertes seelisches Leiden über eine leichtere psychische Störung hinausgeht und bereits eine stärker behindernde Störung im Sinne der GdB-Bewertungsgrundsätze darstellt (Senatsurteil vom 22. Februar 2018 – [L 6 SB 4718/16](#) –, juris, Rz. 42; vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17. Dezember 2010 – [L 8 SB 1549/10](#) –, juris, Rz. 31).

Das zugrunde gelegt besteht zur Überzeugung des Senats bei dem Kläger schädigungsbedingt keine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, die mit einem GdS von 30 zu bewerten ist. Der Sachverständige M5 hat nämlich, für den Senat nach Aktenlage überzeugend, herausgearbeitet, dass bei dem Kläger als relevante Vorerkrankung eine Subarachnoidalblutung mit Hemiparese links und neuropsychologischen Auffälligkeiten besteht, die schon vor dem Unfallereignis zu

einer vermehrten Reizbarkeit gefÃ¼hrt hat, was er selbst dem SachverstÃ¤ndigen berichtet hat. Als weitere begÃ¼nstigende Faktoren hat er die Migrationsproblematik und das Miterleben des Krieges in Jugoslawien benannt, wobei er â korrespondierend mit den anamnestischen Angaben des KlÃ¤gers â darauf hingewiesen hat, dass dieser dort nicht aktiv als Soldat involviert gewesen ist. Soweit in Befundberichten daher von einer aktiven Kriegsbeteiligung des KlÃ¤gers ausgegangen wird, trifft dies nicht zu.

Der SachverstÃ¤ndige M5 hat das Unfallereignis nachvollziehbar als eine Verschlechterung der Situation â von ihm als âaufpropfenâ bezeichnet â gesehen und ebenso wie M2 das nur vorÃ¼bergehende Bestehen des Vollbildes einer PTBS bestÃ¤tigt.

Zum Zeitpunkt seiner Untersuchung konnte er ein Vollbild der PTBS nicht mehr bestÃ¤tigen, was er Ã¼berzeugend damit begrÃ¼ndet, dass sich bei der Thematisierung und dem Durchsprechen des Unfallereignisses keine besondere vegetative Reaktion mehr gezeigt hat. Korrespondierend hierzu hat der KlÃ¤ger angegeben, seiner TÃ¤tigkeit als Pizzalieferant seit dem 14. November 2017 wieder nachzugehen. Die Stimmung des KlÃ¤gers hat er als ausgeglichen befundet, die Psychomotorik als unauffÃ¤llig. Es bestanden keine StÃ¶rungen des Bewusstseins, der Orientierung und der Wahrnehmung. Ebenso waren die Schwingungs- und ResonanzfÃ¤higkeit unbeeintrÃ¤chtigt. Bei nicht vermindertem Antrieb waren positive Emotionen ausÃ¤uÃerbar. Diese Beobachtungen des KlÃ¤gers finden sich bestÃ¤tigt in dem realen LeistungsvermÃ¶gen. In tatsÃ¤chlicher Hinsicht hat er bei dem KlÃ¤ger nÃ¤mlich einen strukturierten Tagesablauf und ein erhaltenes Interessenspektrum erhoben. Dieser hat insofern beschrieben, dass das Kochen seine Leidenschaft ist und er zweimal im Jahr zu Verwandtenbesuchen Reisen in den Kosovo mit dem Flugzeug oder dem PKW unternimmt, also erhebliche Strapazen auf sich nehmen kann. Weiter hat er das Bestehen eines groÃen Freundeskreises beschrieben sowie das regelmÃ¤Ãige Besuchen eines CafÃ©s, sodass sogar zahlreiche Sozialkontakte bestehen. Daneben sind ein tÃ¤glicher telefonischer Kontakt zu den Eltern sowie regelmÃ¤Ãige intensive Kontakte zu den Geschwistern berichtet worden.

Soweit der SachverstÃ¤ndige M5 eine leichte depressive Symptomatik anhand der FragebÃ¶gen gesehen hat, hat er dieses Ergebnis bereits durch den Hinweis darauf relativiert, dass sich im Gegenteil â dem strukturierten Fragebogen simulierter Symptome â auffÃ¤llige Ergebnisse zeigten. Dies kann aber schon deshalb dahinstehen, da der Gutachter M2 bereits Ã¼berzeugend ausgefÃ¼hrt hat, dass hinsichtlich der Biographie des KlÃ¤gers mehr fÃ¼r ein multifaktorielles BedingungsgefÃ¼ge der Depression spricht als dagegen. Ebenso hat G1 beraterisch ein monokausales BedingungsgefÃ¼ge verneint, was durch die vom SG im Parallelverfahren bei M4 beigezogenen Befundunterlagen gestÃ¼tzt wird, wonach schon 2012 eine medikamentÃ¶se Behandlung depressiver Symptome erfolgte und die Medikation ausdrÃ¼cklich zur Verbesserung der SchlafqualitÃ¤t eingesetzt wurde, also die Schlafprobleme ebenfalls vorbeschrieben sind.

Letztlich hat B2 versorgungsärztlich überzeugend dargelegt, dass sich der Phantomschmerz im Laufe der Zeit gebessert hat und keine medikamentöse Therapie erforderlich ist, sodass sie ebenfalls keinen höheren Teil-GdS als 20 gesehen hat. Weiter hat sie schlüssig dargelegt, dass der Verlust des Zeigefingers der linken Hand mit keinem höheren Teil-GdS als bewertet werden kann, sodass sie den Gesamt-GdS von 30 bereits im oberen Ermessensspielraum sieht. Daraus folgt gleichzeitig, dass wenn der Phantomschmerz gesondert bewertet wird – wie es insbesondere M2 vorgeschlagen hat – sich keine Erhöhung des Gesamt-GdS über 30 hinaus ergibt.

Eine besondere berufliche Betroffenheit, aufgrund derer der GdS höher zu bewerten wäre, liegt nicht vor. Hierbei handelt es sich um keinen selbstständigen Anspruch, sondern der GdS im allgemeinen Erwerbsleben nach [Â§ 30 Abs. 1 BVG](#) und das berufliche Betroffensein nach [Â§ 30 Abs. 2 BVG](#) sind als einheitliche Faktoren des einheitlichen Rentenanspruchs anzusehen. Die besondere berufliche Betroffenheit ist lediglich ein Umstand, der ebenso wie andere – medizinische – Bemessungsfaktoren für den GdS in Betracht kommen soll, sodass in einem Gerichtsverfahren nur insgesamt über die Höhe der Grundrente entschieden werden kann (vgl. Senatsurteil vom 24. Januar 2017 – [L 6 VH 789/15](#) –, juris, Rz. 64; vgl. auch BSG, Urteil vom 13. Dezember 1979 – [9A RV 56/78](#) –, juris, Rz. 19).

Der GdS ist unter anderem höher zu bewerten, wenn Beschädigte durch die Art der Schädigungsfolgen im vor der Schädigung ausgeübten oder begonnenen Beruf, im nachweisbar angestrebten oder in dem Beruf besonders betroffen sind, der nach Eintritt der Schädigung ausgeübt wurde oder noch ausgeübt wird ([Â§ 30 Abs. 2 Satz 1 BVG](#)). Das ist insbesondere der Fall, wenn auf Grund der Schädigung weder der bisher ausgeübte, begonnene oder nachweisbar angestrebte noch ein sozial gleichwertiger Beruf ausgeübt werden kann ([Â§ 30 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 BVG](#)), zwar der vor der Schädigung ausgeübte oder begonnene Beruf weiter ausgeübt wird oder der nachweisbar angestrebte Beruf erreicht wurde, Beschädigte jedoch in diesem Beruf durch die Art der Schädigungsfolgen in einem wesentlich höheren Ausmaß als im allgemeinen Erwerbsleben erwerbsgemindert sind ([Â§ 30 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BVG](#)), oder die Schädigung nachweisbar den weiteren Aufstieg im Beruf gehindert hat ([Â§ 30 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 BVG](#)).

Der Ursachenzusammenhang zwischen den Schädigungsfolgen und der besonderen beruflichen Betroffenheit ist nach den gleichen Grundsätzen zu beurteilen, wie der der haftungsbegründenden und -ausfallenden Kausalität. Für den Anspruch auf besondere berufliche Betroffenheit genügt es dabei, wenn die Schädigungsfolgen allein oder aber im Vergleich mit den Nichtschädigungsfolgen und anderen schädigungsunabhängigen Umständen etwa gleichwertig zu dem Erfolg beigetragen haben. Kommt dagegen einer Nichtschädigungsfolge eine überragende Bedeutung für den Erfolg zu, so ist dieser nicht schädigungsbedingt im Rechtssinne, denn die Nichtschädigungsfolge verdrängt die anderen und ist allein als Ursache im Rechtssinne anzusehen. Im Einzelfall muss die Entscheidung darüber, welche Bedingungen im Rechtssinne als

Ursache oder Mitursache zu gelten haben und welche nicht, aus der Auffassung des praktischen Lebens abgeleitet werden (vgl. BSG, Urteil vom 20. Juli 2005 [â€â€ B 9a V 1/05 R](#) [â€â€](#), juris, Rz. 33 ff.).

Diese Voraussetzungen sind nicht erfÃ¼llt, nachdem der KlÃ¤ger bereits aufgrund der Hirnblutung 2009 [â€â€](#) also schÃ¤digungsunabhÃ¤ngig [â€â€](#) Ã¼ber kein LeistungsvermÃ¶gen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr verfÃ¼gt, wie aus dem Rehabilitationsentlassungsbericht folgt und weshalb die DRV Rente wegen voller Erwerbsminderung zahlt. Den Minijob als Pizzalieferant konnte der KlÃ¤ger darÃ¼ber hinaus nach dem schÃ¤digenden Ereignis bereits 2017 wieder aufnehmen, sodass eine besondere berufliche Betroffenheit auch aus diesem Grund ausscheidet.

Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben und war zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 193 SGG](#).

GrÃ¼nde, die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben, da die Voraussetzungen des [Â§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Â

Erstellt am: 31.05.2024

Zuletzt verÃ¤ndert am: 23.12.2024