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 KlÃ¤gers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 28. Juni 2023 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

<u>Tatbestand</u>

Der KlÃ¤ger begehrt die GewÃ¤hrung einer hÃ¶heren BeschÃ¤digtengrundrente nach dem Gesetz Ã¼ber die EntschÃ¤digung der Opfer von Gewalttaten (OEG) i.Â V.Â m. dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) aufgrund eines tÃ¤tlichen 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 zustÃ¤ndigen Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BG) als Arbeitsunfall anerkannt worden und der KlÃ¤ger bezieht Verletztenrente nach einer Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (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 â□□bewaffnetâ□□, war aber nicht bei der Armee. 1992 ist er mit Hilfe eines Freundes Ã¼ber Kroatien in die Bundesrepublik Deutschland (BRD) eingereist. FÃ¼r den Kosovokrieg hat er sich â□□ nach seinen Angaben â□□ freiwillig gemeldet, ist aber nicht als Soldat im Krieg gewesen. In der BRD war er zunÃ¤chst Ã¼berwiegend in Teilzeit- und AushilfstÃ¤tigkeiten sowie Ã¼ber Leihfirmen beschÃ¤ftigt. 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 zusÃ¤tzlich auf Minijob-Basis bei einer Pizzeria als Fahrer. 1996 hat er seine acht Jahre jÃ¼ngere Ehefrau geheiratet, die zwischenzeitlich in einer Krankenhauskantine arbeitet. Der KlÃ¤ger hat zwei volljÃ¤hrige TÃ¶chter und einen noch minderjÃ¤hrigen Sohn, bewohnt wird eine 100 qm groÃ□e Mietwohnung mit Garten (vgl. Anamnese des SachverstÃ¤ndigen M5).

Am 10. Oktober 2017 beantragte er bei dem Landratsamt L1 (LRA) die GewÃ¤hrung von Leistungen nach dem OEG. Er sei am 15. September 2017 Zufallsopfer einer SchieÃ□erei geworden, das Projektil habe ihn am linken Unterarm und Zeigefinger getroffen. Der linke Zeigefinger habe amputiert werden mÃ¼ssen.

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

Der KlÃ¤ger war als Pizzalieferant tÃ¤tig und bremste sein Fahrzeug zweimal ab, da er nach der Lieferadresse suchte. Der B1 M1 (nachfolgend: TÃ¤ter) befand sich mit seinem Roller direkt hinter dem PKW des KlÃ¤gers. Wegen des Abbremsens kam es im Bereich der Kreuzung zu einer verbalen Streitigkeit zwischen dem KlÃ¤ger und dem TÃ¤ter, in deren Verlauf letzterer eine Waffe zog und auf den KlÃ¤ger schoss. Der zunÃ¤chst geflÃ¼chtete TÃ¤ter konnte identifiziert werden. Bei dem Versuch der vorlÃ¤ufigen Festnahme erlitt er einen Kopfschuss durch die Polizei und verstarb letztlich.
Das LRA holte den Befundschein des H2 ein. Dieser fÃ¼hrte aus, dass bei dem KlÃ¤ger ein Zustand nach Subarachnoidalblutung bei HCM-Aneurysma bestehe. Neuere Befunde der letzten beiden Jahre gebe es nicht. Die letzte neurologische Untersuchung im MÃ¤rz 2013 habe eine MerkfÃ¤higkeitsstÃ¶rung gezeigt. Wesentliche neurologische AusfÃ¤lle bestÃ¼nden nicht mehr.

Weiter wurde das Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse (A1) eingeholt. Die BG teilte zunÃ¤chst mit, dass der Fall noch der beratenden FachÃ¤rztin vorliege und am 11.Â April 2019, dass der KlÃ¤ger zuletzt eine RehabilitationsmaÃ□nahme durchlaufen habe und ein Gutachten in Auftrag gegeben werde.

Aufgrund ambulanter Untersuchung vom 21. Januar 2020 erstellte S1 fÃ¼r die BG das Erste Rentengutachten. Dieser stellte als Verletzungsfolgen eine tangentiale Durchschussverletzung der RÃ¼ckhand links mit TrÃ¼mmerschussbruch 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 KlÃ¤ger habe angegeben, an dem fraglichen Abend als Pizza-Lieferant auf der Suche nach einer Adresse gewesen zu sein. Der TÃ¤ter sei auf einem Roller hinter ihm gewesen. Es sei zu einer verbalen Streitigkeit gekommen, in deren Verlauf der TÃ¤ter eine Waffe gezogen und geschossen habe.

Der KlÃ¤ger habe Ã¼ber regelmÃ¤Ãïge Phantomschmerzen geklagt, die jeden zweiten Tag auftrÃ¤ten. Er setze regelmÃ¤Ãïig Spiegeltherapie zur Linderung der Beschwerden ein. Seit dem 14. November 2017 arbeite er wieder als Pizzalieferant und fahre wieder Auto. Subjektiv bestehe noch eine SchwÃ¤che im Bereich der linken Hand. Gelegentlich verspÃ¼re 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 HandrÃ¼ckens Ã¼ber 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 hohlhandwÃ¤rts bestehe eine HypÃ¤sthesie. Die gesamte obere ExtremitÃ¤t sei frei beweglich, die gemessenen UmfÃ¤nge seien links geringgradig vermindert. Bei bekannter HalbseitenlÃ¤hmung 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 gegenÃ¼ber gab der KlÃ¤ger an, dass die erste psychiatrische Behandlung nach der ersten Operation im Krankenhaus in M3 erfolgt sei. Er habe Ãïngste, unruhigen Schlaf gehabt und nicht verstehen kÃ¶nnen, was passiert sei. SpÃ¤ter seien Phantomschmerzen aufgetreten, die Behandlung sei mit GesprÃ¤chen, nicht mit Medikamenten erfolgt. Es bestÃ¼nden weiterhin Schmerzen in der linken Hand, die Kraft sei nicht da. Immer wieder komme es trotz Spiegeltherapie zu Phantomschmerzen. Nach dem Schlaganfall 2009 bestÃ¼nden motorische EinschrÃ¤nkungen im linken Arm und Bein.

Die neurologische Untersuchung habe eine leichte Faszialisparese links, eine latente Linkssymptomatik mit FeinmotorikstÃ¶rung links und GangbildstÃ¶rung links ergeben. An der linken Hand sei der zweite Strahl mit reizlosen Narben amputiert. Motorisch hÃ¤tten Arme und Beine eine leichte ErhÃ¶hung des Muskeltonus links und eine normgerechte passive Beweglichkeit gezeigt. Bei PrÃ¼fung der groben Kraft ergÃ¤be sich eine leichte Hemiparese links mit FeinmotorikstÃ¶rung und geringer Bradydysdiadochokinese. Der Armhalte-Versuch habe eine leichte Pronation links und der Beinhalte-Versuch eine Schwere links gezeigt, aber kein Absinken. Eine StÃ¶rung der Haupttemperatur an den ExtremitÃ¤ten sei nicht nachweisbar. Die Beschwielung der HandflÃ¤chen sei regelrecht. Eine Ãïberwärmung sei nicht nachweisbar, das Nagelwachstum an Hand und FuÃï normal.

Der KlÃ¤ger sei pÃ¼nktlich alleine mit dem PKW angereist. Die KÃ¶rperhaltung sei verkrampft gewesen, die KÃ¶rperpflege habe sich ordentlich gezeigt. Das Ausdrucksverhalten, die Mimik und Gestik seien etwas stumpf und teils verkniffen. Die psychomotorische Unruhe sei gering. Der KlÃ¤ger habe im Beschwerdevortrag zur Bagatellisierung seiner Beschwerden geneigt. Er sei klar, zu Ort, Zeit und Person orientiert gewesen. Eine Bewusstseinseinengung habe nicht bestanden, der Antrieb sei auffÃ¤llig reduziert, die SpontanitÃ¤t gering. Auf psychischem Gebiet habe sich der KlÃ¤ger in sich gekehrt und verschlossen gezeigt, habe sich nach einer Stunde etwas Ã¶ffnen kÃ¶nnen.

Die AffektivitÃ¤t sei leicht depressiv verstimmt, die Stimmung ernst, skeptisch, missmutig und moros. Die PrimÃ¤raffekte seien sÃ¤mtlich nachweisbar, aber zum depressiven Pol verschoben. Das Affektverhalten zeige sich eingeengt und starr, angedeutet reizbar. Eine Abstumpfung der GefÃ¼hle sei nachweisbar, im Affektbereich habe ein wenig schwingungsfÃ¤higes Affektverhalten bestanden, welches kaum angepasst worden sei. Eine vermehrte Ãngstlichkeit sei nachweisbar. Das formale Denken und der Denkablauf seien betont logisch, Zeichen von Verlangsamung im Denken bestÃ¼nden nicht. Das inhaltliche Denken sei ohne AuffÃ¤lligkeiten. Die Konzentration sei wÃ¤hrend der Untersuchung leicht gespannt gewesen, die MerkfÃ¤higkeit habe keine AuffÃ¤lligkeiten ergeben. Es sei eine leichte bis mittelschwere StÃ¶rung von Krankheitswert nachweisbar.

In der Akte sei eine depressive Symptomatik nachgewiesen, teils schwer, aktuell leichtgradig. Fasse man die Biographie des KlÃ¤gers zusammen, spreche mehr fÃ¼r ein multifaktorielles BedingungsgefÃ¼ge der Depression als fÃ¼r eine monokausale Verursachung der depressiven StÃ¶rung durch den Ãberfall mit Schusswaffenverletzung. Neben einem Vorschaden auf psychischem Gebiet, der aber nicht zu einer Behandlung gefÃ¼hrt habe, liege eine leichte HirnschÃ¤digung 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 teilursÃ¤chlich auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren 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 Ãbergang in eine posttraumatische BelastungsstÃ¶rung (PTBS) bei Besserung unter Therapie sowie aktuell noch bestehender Teilsymptomatik sei mit einer MdE von 20 v.Â H. zu bewerten, die Phantomschmerzen mit einer MdE von 10 v.Â H., sodass auf seinem Fachgebiet eine MdE von 25 v.Â H. bestehe, dauerhaft von 20 v.Â H.. Unklar sei die Einordnung der depressiven Symptomatik.

AnschlieÃend gelangte der Entlassungsbericht der Kliniken S2 Ã¼ber die stationÃ¤re 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, dassÂ M2 wenig auf die Aktenlage und nicht auf offenkundig bestehende Belastungsfaktoren eingehe. Die Anamnese sei zu knapp gehalten. Diagnostisch kÃ¶nne von eine teilremittierten PTBS ausgegangen werden, die mit einer MdE von 20 v.Â 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 versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahme der B2 vorgelegt. Danach sei G1 beratungsÃ¤rztlich von einer teilremittierten posttraumatischen BelastungsstÃ¶rung 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 medikamentÃ¶se Therapie sei bislang nicht erforderlich. In der Gutachtensituation gegenÃ¼ber M2 habe der KlÃ¤ger angegeben, unregelmÃ¤Ãig Ibuflam einzunehmen. Der Verlust des Zeigefingers einer Hand werde nach den Versorgungsmedizinischen GrundsÃ¤tzen (VG) mit 10 bewertet, zusÃ¤tzlich komme die Teilamputation des zweiten Mittelhandknochens links dazu, aus der keine wesentliche weitere FunktionseinschrÃ¤nkung folge. Ein Gesamt-GdS von 30 bewege sich damit im oberen Bemessungsspielraum.

Das SG hat die Akte des parallel gegen die BG gefÃ¼hrten Verfahrens S 8 U 4081/20 beigezogen.

Aus dieser hat sich das handchirurgische SachverstÃ¤ndigengutachten des G2 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 27. Juli 2021 ergeben. Dieser hat ausgefÃ¼hrt, dass von Seiten der handchirurgischen Versorgung keine postoperativen Probleme bestanden hÃ¤tten. Die Weichteile im Bereich der linken Hand seien vÃ¶llig reizlos. Die HandflÃ¤chenbeschwielung sei seitengleich mittelprÃ¤chtig ausgeprÃ¤gt, die Muskulatur seitengleich geformt. Das Hautkolorit der linken Hand sei normal ohne Stauungszeichen nach lÃ¤ngerem HerabhÃ¤ngenlassen. Die FingernÃ¤gel zeigten beidseits ein gesundes Aussehen.

Die Beweglichkeit der Schultergelenke sei frei, Hinweise auf eine SchwÃ¤che oder Muskelarthrophie, insbesondere linksseitig, bestÃ¼nden nicht. Rechts seien die groben Griffformen problemlos mÃ¶glich, links kÃ¶nne ein vollstÃ¤ndiger Faustschluss demonstriert werden, insbesondere schlieÃe klein- und mittelfingerseitig der Faustschluss gut ab.

Beidseits liege keine relevante MuskelschwÃ¤che und keine Seitendifferenz bei den MuskelumfÃ¤ngen vor, eine SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung sei vom KlÃ¤ger nicht angegeben worden. Hinweise auf Nervenkompressionssyndrome fÃ¤nden sich nicht. Die MdE betrage 10 v. H. seit dem Beginn der ArbeitsfÃ¤higkeit am 14. November 2017. Bei Fingerverlusten gelte es zu berÃ¼cksichtigen, ob die Mittelhand mitbetroffen sei. Bei zusÃ¤tzlicher Amputation im Bereich der Mittelhand seien unter UmstÃ¤nden die Ã¼brigen Finger eingeschrÃ¤nkt, was beim KlÃ¤ger nicht der Fall sei. Der Mittel-, Ring- und Kleinfinger seien vollstÃ¤ndig frei beweglich und stabil. Die geringe Reduktion der HandauflageflÃ¤che fÃ¼hre ebenfalls zu keiner zusÃ¤tzlichen FunktionseinschrÃ¤nkung. Eine MdE von 20 v.H. werde nach dem Konsensuspapier der MdE-Expertengruppe zur ÃberprÃ¼fung der MdE-Erfahrungswerte bei GliedmaÃenverlusten von Oktober 2019 nicht mehr erreicht.

Das SG hat im Parallelverfahren die Behandlungsunterlagen des bis 2013 behandelnden M4 beigezogen, der den KlÃ¤ger bis 2013 behandelt hat. Aus seinen Befundunterlagen hat sich ergeben, dass er bei dem KlÃ¤ger am 18.Â Mai 2012 einen depressiven Gedankengang und ein NachgrÃ¼beln sowie ein

â□□Morgentiefâ□□ 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 AusmaÃ□ 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 bestÃ¼nden 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 groÃ□en 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

Ãrzten kÃ¶nne er zu FuÃ wahrnehmen, sein Auto stehe Ã¼berwiegend im Parkhaus. FÃ¼r kleinere Strecken kÃ¶nne er das Auto der Pizzeria nehmen. Der Freundeskreis sei groÃ, alle seien hilfsbereit.

Die Psychomotorik sei unauffÃ¤llig gewesen, die Bewusstseinslage klar, Orientierungs- und WahrnehmungsstÃ¶rungen hÃ¤tten keine bestanden. Die Stimmungslage sei ausgeglichen, themenabhÃ¤ngig gedrÃ¼ckt. Die Schwingungs- und ResonanzfÃ¤higkeit zeige sich unbeeintrÃ¤chtigt, das emotionale SchwingungsvermÃ¶gen sei normal. Im GesprÃ¤ch bestÃ¼nden keine pathologisch affektiven Schwankungen, positive Emotionen seien auslÃ¶sbar. Der Antrieb sei nicht vermindert. In der Depressionsskala sei mit 48 Punkten ein fÃ¼r eine mÃ¤Ãig ausgeprÃ¤gte Depression sprechender Befund erhoben worden.

Die Beschwerdedarstellung sei nachvollziehbar erfolgt. Zum Untersuchungszeitpunkt sei der KlÃ¤ger ausgeglichen mit erhaltenem SchwingungsvermÃ¶gen gewesen. Es sei dennoch nachvollziehbar, dass eine vermehrte Reizbarkeit bestehe, zum Teil auch eine GrÃ¼belneigung. Teilweise wÃ¼rden Bilder vor seinen Augen erscheinen, allerdings nicht Ã¼berwiegend Intrusionen vom Unfall. Es werde Ã¼ber SchlafstÃ¶rungen berichtet. Im strukturierten Fragebogen simulierter Symptome bestÃ¼nden Hinweise auf eine Neigung, auch ungewÃ¶hnliche Beschwerden zu bejahen. Es finde sich kein Hinweis fÃ¼r ein hirnorganisches Psychosyndrom bei voller GeschÃ¤ftsfÃ¤higkeit.

Neurologisch sei bei den passiven Bewegungen kein Druck- oder Bewegungsschmerz angegeben worden. Der Finger-Boden-Abstand (FBA) liege bei 5 cm, das Zeichen nach LasÃ¨que sei beidseits negativ. Als Schlaganfallfolge zeige sich eine leichte SchwÃ¤che der Armmuskulatur links. Beim Durchbewegen bestehe eine leichte MuskeltonuserhÃ¶hung im linken Bein, ohne trophische StÃ¶rungen. Es werde eine HypÃ¤sthesie der gesamten linken KÃ¶rperhÃ¤lfte angegeben.

Es ergÃ¤ben sich keine wesentlichen Ãnderungen zum gut nachvollziehbaren Gutachten desÂ M2. Beim KlÃ¤ger bestehe als relevante Vorerkrankung eine Subarachnoidalblutung mit der Folge einer Hemiparese links und neuropsychologischen AuffÃ¤lligkeiten, die der behandelnde M4 zuletzt 2013 als vermutlichen Dauerzustand beschrieben habe. Schon damals habe eine vermehrte Reizbarkeit bestanden, die mÃ¶glicherweise nach dem Unfallereignis 2017 nochmals zugenommen habe.

Nachvollziehbar habe nach dem Unfallereignis 2017 das Vollbild einer PTBS bestanden, sicherlich mitbegÃ¼nstigt durch das Miterleben des Krieges in Jugoslawien, wenngleich der KlÃ¤ger dort nicht aktiv als Soldat involviert gewesen sei. Sicherlich sei die Problematik zusÃ¤tzlich mitbedingt durch die Migrationsproblematik und das Erleben der Subarachnoidalblutung mit daraus folgenden Defiziten sowie der vollstÃ¤ndigen Ãnderung des Lebensplanes. Bereits nach der Subarachnoidalblutung hÃ¤tten schon Eheprobleme durch den Rollenwechsel bestanden, da die Ehefrau bis dahin nicht habe arbeiten mÃ¼ssen. MÃ¶glicherweise habe es auch zeitweise Probleme mit GlÃ¼cksspiel gegeben, wobei dies an anderer Stelle vom KlÃ¤ger negiert worden sei.

Das Vollbild einer PTBS lasse sich gegenwÃ¤rtig nicht mehr nachweisen, der KlÃ¤ger beschreibe eine Reizbarkeit, die seit dem Unfallereignis zugenommen habe. Auch diesbezÃ¼glich 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 Gegentest sei der strukturierte Fragebogen simulierter Symptome auffÃ¤llig, aber nicht extrem. Eine Bagatellisierung von Beschwerden, wie sie M2 gehen habe, bestehe daher nicht.

Bei dem KlÃ¤ger hÃ¤tten schon vor dem Unfallereignis psychische AuffÃ¤lligkeiten bestanden, die durch das Unfallereignis zeitweise verschlimmert worden seien. Weiter hÃ¤tten zeitweise typische Symptome einer PTBS vorgelegen. Es sei festzustellen, dass sich hier das Unfallereignis auf eine vorbestehende psychische StÃ¶rung aufgepropft habe.

Eine exakte Trennung sei von der Natur der Sache her nicht mÃ¶glich. Gesichert sei, dass bereits nach dem Schlaganfall neuropsychologische AuffÃ¤lligkeiten bestanden hÃ¤tten, die M4 2013 als Dauerzustand beschrieben habe und die zur Rente gefÃ¼hrt hÃ¤tten. Nach dem Unfall habe eine PTBS bestanden, wobei sich die Symptome Ã¼berschnitten, sodass von einer Verschlimmerung vorbestehender reaktiv-psychiatrischer Symptome durch das Unfallereignis ausgegangen werden mÃ¼sse, weiter davon, dass die Restsymptomatik ohne das Unfallereignis weniger stark ausgeprÃ¤gt wÃ¤re. Insbesondere seien die SchlafstÃ¶rungen, ein Teil der Reizbarkeit und das zwanghafte Kontrollieren sowie die GrÃ¼belneigung hier einzuordnen. Eine MdE von 20 v.H. auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet sei weiter angemessen.

Mit Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung vom 31. Mai 2022 hat das SG im Verfahren SÂ 8Â UÂ 4081/20 die â dortige â Beklagte verurteilt, Verletztenrente nach einer MdE von 45Â v. H. fÃ¼r die Zeit vom 14. November 2017 bis 31. Oktober 2019 zu gewÃ¤hren. Im Ãbrigen hat es die Klage abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es ausgefÃ¼hrt, dass sich die ErfahrungssÃ¤tze zur Beurteilung der MdE im streitigen Zeitraum geÃ¤ndert hÃ¤tten und deshalb bis Oktober 2019 nach den bei SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2016, S. 611 abgedruckten ErfahrungssÃ¤tzen eine MdE von 20 v. H. anzunehmen sei. Die Phantomschmerzen seien zusÃ¤tzlich mit einer MdE von 10 v.H. zu bewerten. Aus dem psychiatrischen SachverstÃ¤ndigengutachten ergebe sich, dass zunÃ¤chst eine PTBS im Vollbild bestanden habe. Die nervenÃ¤rztlichen Unfallfolgen seien bis zur Begutachtung durch M2 mit 25 v. H. zu bewerten, anschlieÃend wegen der Besserung nur noch mit 20 v.Â H.. Mangels Ãberschneidungen seien die MdE-Einzelwerte vollstÃ¤ndig zu addieren, sodass sich eine MdE von 45 v. H. ergebe.

Die beim Landessozialgericht (LSG) Baden-WÃ¼rttemberg erhobene Berufung (L 10 U 1916/22) wurde mit Beschluss vom 10. Januar 2024 zurÃ¼ckgewiesen.

Nach AnhÃ¶rung 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 versorgungsÃ¤rztlichen EinschÃ¤tzung der K1 sei zu folgen. Im Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□ 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 â□□Armeâ□□ 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 erfÃ¼llt.

Am 25. Juli 2023 hat der KlÃ¤ger Berufung beim LSG Baden-WÃ¼rttemberg 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 lebensgefÃ¤hrlich verletzt worden und verstorben. Der GdS mÃ¼sse mindestens 40 betragen. Er sei im Balkan-Krieg Opfer geworden und nach Deutschland geflÃ¼chtet, weil er sich vor weiteren Angriffen auf seine Person gefÃ¼rchtet habe. In Deutschland habe er sich sicher gefÃ¼hlt, bis er von dem TÃ¤ter angegriffen worden sei. Deshalb sei sein frÃ¼heres Erlebnis wieder zum Vorschein gekommen und habe dazu gefÃ¼hrt, 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 hÃ¤tten kÃ¤mpfen mÃ¼ssen und dabei seelischen Schaden genommen hÃ¤tten. FÃ¼r ihn gelte dasselbe. Er habe schreckliche Erlebnisse im Krieg auf dem Balkan erlebt, die jetzt wieder durchgebrochen seien.

Der KlÃ¤ger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 28. Juni 2023 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, ihm unter AbÃ¤nderung des Bescheides vom 30.Â MÃ¤rz 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. September 2021 BeschÃ¤digtengrundrente nach einem Grad der SchÃ¤digungsfolgen von mindestens 40 ab dem 19. September 2017 zu gewÃ¤hren.

Der Beklagte beantragt,

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung des KlÃ¤gers zurÃ¼ckzuweisen.

Er verweist auf die angefochtene Entscheidung.

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

Mit Beschluss vom 29. Januar 2024 hat der Senat den Antrag des KlÃ¤gers auf GewÃ¤hrung von Prozesskostenhilfe abgelehnt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mÃ¼ndliche Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt.

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

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die form- und fristgerecht (Â§ 151 Sozialgerichtsgesetz [SGG]) eingelegte Berufung des KlÃ¤gers, Ã¼ber die der Senat im EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheidet (Â§Â 124 Abs. 2 SGG), ist statthaft (Â§Â§ 143, 144 SGG) und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet.

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 GewÃ¤hrung einer hÃ¶heren BeschÃ¤digtengrundrente unter AbÃ¤nderung des Bescheides vom 30. MÃ¤rz 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides (Â§ 95 SGG) vom 27.Â September 2021 abgewiesen worden ist. MaÃgebender Zeitpunkt fÃ¼r die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei dieser Klageart grundsÃ¤tzlich der Zeitpunkt der letzten mÃ¼ndlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2009 â Â BÂ 6Â KAÂ 34/08Â â, 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 UnbegrÃ¼ndetheit der Berufung folgt aus der UnbegrÃ¼ndetheit der Klage. Der Bescheid vom 30. MÃ¤rz 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. September 2021 ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten (Â§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG). Auch zur Ãberzeugung des Senats kann er die GewÃ¤hrung einer hÃ¶heren BeschÃ¤digtengrundrente 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. GemÃ¤Ã Â§ 142 Abs. 1 Satz 1 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV) in der ab 1. Januar 2024 geltenden Fassung erhalten Personen, deren AnsprÃ¼che nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, dass das Bundesversorgungsgesetz ganz oder teilweise fÃ¼r anwendbar erklÃ¤rt, in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung bis zum 31. Dezember 2023 bestandskrÃ¤ftig festgestellt sind, diese Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach dem Gesetz, dass das Bundesversorgungsgesetz fÃ¼r anwendbar erklÃ¤rt, in der am 23. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter, soweit dieses Kapitel nichts anderes bestimmt. Ãber einen bis zum 23. Dezember 2023 gestellten und nicht bestandskrÃ¤ftig entschiedenen Antrag auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, dass das Bundesversorgungsgesetz ganz oder teilweise fÃ¼r anwendbar erklÃ¤rt, 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 fÃ¼r den geltend gemachten Anspruch ist Â§Â 1Â Abs.Â 1Â SatzÂ 1Â OEG in Verbindung mit Â§Â 9 Abs.Â 1 Nr.Â 3 Alt. 1, Â§Â 30, Â§Â 31 BVG. Danach erhÃ¤lt wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des BVG, unter anderem auch BeschÃ¤digtengrundrente nach Â§Â 31 Abs.Â 1 BVG, wer im Geltungsbereich des OEG oder auf einem deutschen Schiff oder Luftfahrzeug infolge eines vorsÃ¤tzlichen, rechtswidrigen tÃ¤tlichen Angriffs gegen seine oder eine andere Person oder durch dessen rechtmÃ¤Ãige Abwehr eine gesundheitliche SchÃ¤digung erlitten hat. Die Versorgung umfasst nach dem insoweit entsprechend anwendbaren Â§Â 9 Abs.Â 1 Nr.Â 3 BVG die BeschÃ¤digtenrente (Â§Â§Â 29 ff. BVG). Nach Â§Â 30 Abs.Â 1 SatzÂ 1 BVG ist der GdS â bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zur Ãnderung des BVG und anderer Vorschriften des Sozialen EntschÃ¤digungsrechts vom 13. Dezember 2007 (BGBl I S.Â 2904) am 21. Dezember 2007 als Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit bezeichnet â nach den allgemeinen Auswirkungen der FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen, welche durch die als SchÃ¤digungsfolge anerkannten kÃ¶rperlichen, geistigen oder seelischen GesundheitsstÃ¶rungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen zu beurteilen. Der GdS ist nach Zehnergraden von 10 bis 100 zu bemessen; ein bis zu fÃ¼nf Grad geringerer GdS wird vom hÃ¶heren Zehnergrad mit umfasst (Â§Â 30 Abs.Â 1 SatzÂ 2 BVG). BeschÃ¤digte erhalten gemÃ¤Ã Â§Â 31Â Abs.Â 1 BVG eine monatliche Grundrente ab einem GdS von 30. Liegt der GdS unter 25 besteht kein Anspruch auf eine RentenentschÃ¤digung (vgl. Senatsurteil vom 18. Dezember 2014 â L 6 VS 413/13 -, juris, Rz. 42; Dau, in: Knickrehm, Gesamtes Soziales EntschÃ¤digungsrecht, 2012, Â§Â 31 BVG, Rz. 2). Die Bewertung richtet sich nach den âAnhaltspunkten fÃ¼r die Ã¤rztliche GutachtertÃ¤tigkeit im sozialen EntschÃ¤digungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetzâ in ihrer am 1. Oktober 1998 geltenden Fassung der Ausgabe 1996 (AHP 1996) und nachfolgend â seit Juli 2004 â den âAnhaltspunkten fÃ¼r die Ã¤rztliche GutachtertÃ¤tigkeit im sozialen EntschÃ¤digungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)â in ihrer jeweils geltenden Fassung (AHP 2005 und 2008), welche zum 1. Januar 2009 durch die Anlage zu Â§Â 2 Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 inhaltsgleich ersetzt worden ist (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 â B 9 V 6/13 R -, juris, Rz. 17).

Ausgehend von diesen MaÃstÃ¤ben ist der KlÃ¤ger unstreitig Opfer eines rechtswidrigen, tÃ¤tlichen Angriffs geworden, als er von dem TÃ¤ter angeschossen und an der linken Hand verletzt worden ist. Hiervon ist auch der Beklagte folgerichtig mit dem angefochtenen Bescheid â fÃ¼r den Senat bindend (vgl. Â§ 77 SGG) â ausgegangen und hat dem KlÃ¤ger deshalb BeschÃ¤digtengrundrente nach einem GdS von 30 gewÃ¤hrt. Die GewÃ¤hrung hÃ¶herer Leistungen kann der KlÃ¤ger auch zur Ãberzeugung des Senats nicht beanspruchen, da der Beklagte den GdS zutreffend mit 30 eingeschÃ¤tzt hat.

Ohnehin ruht der Leistungsanspruch des KlÃ¤gers ab dem 14. November 2017. GemÃ¤Ã Â§Â 65Â Abs.Â 1 Satz 1 Nr. 1 BVG ruht der Anspruch auf

VersorgungsbezÃ¼ge nÃ¤mlich, wenn beide AnsprÃ¼che auf derselben Ursache beruhen, in HÃ¶he der BezÃ¼ge aus der gesetzlichen Unfallversicherung. Diese Voraussetzungen sind erfÃ¼llt, da die BG das schÃ¤digende Ereignis â den Schuss auf den KlÃ¤ger 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 393,33Â â¬ errechnet, sodass der Zahlbetrag deutlich Ã¼ber den nach Â§ 31 Abs. 1 BVG zu zahlenden BetrÃ¤gen 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.Â H. bis 31. Oktober 2019 verurteilt hat, denn nach Â§ 31 Abs. 1 BVG in der bis 31. Dezember 2019 geltenden Fassung belief sich die BeschÃ¤digtengrundrente bei einem GdS selbst von 50 nur auf 274 â¬ und lag damit weiterhin unter der gewÃ¤hrten Verletztenrente.

Soweit das SG im Parallelverfahren von einer â zeitweise â hÃ¶heren MdE ausgegangen ist, bleibt dies ohne Auswirkungen auf den GdS und fÃ¼hrt deshalb zu keiner abweichenden Beurteilung. Das SG hat seine Bewertung ausdrÃ¼cklich auf eine Ãnderung der ErfahrungssÃ¤tze zur EinschÃ¤tzung der MdE gestÃ¼tzt und deshalb bis 31. Oktober 2019 eine HÃ¶herbewertung angenommen. Diese ErwÃ¤gungen lassen sich auf den GdS nicht Ã¼bertragen, da die maÃgebenden VG im streitigen Zeitraum keine Ãnderung erfahren haben. Vielmehr bestimmt VG, Teil B, Nr. 18.13, dass der Verlust des Zeigefingers auch mit Teilen des dazugehÃ¶rigen Mittelhandknochens mit einem GdS von 10 zu bewerten ist. Ein hÃ¶herer Teil-GdS im Funktionssystem âArmeâ kommt daher nicht in Betracht. Dies folgt auch aus dem handchirurgischen SachverstÃ¤ndigengutachten desÂ G2 aus dem Parallelverfahren, das der Senat im Wege des Urkundsbeweises (Â§ 118 Abs. 1 SGG i.Â V.Â m. Â§Â§ 415 ff. Zivilprozessordnung [ZPO]) verwertet. Dieser hat Ã¼berzeugend dargelegt, dass die handchirurgische Versorgung zu keinen postoperativen Problemen fÃ¼hrte, die HandflÃ¤chenbeschwielung seitengleich mittelprÃ¤chtig ausgeprÃ¤gt und die Muskulatur seitengleich geformt ist, also keine Anhaltspunkte fÃ¼r einen Mindergebrauch bestehen. Das Hautkolorit beschreibt er als normal und den vollstÃ¤ndigen Faustschluss links als mÃ¶glich. Eine SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung hat er ebenso verneint wie eine relevante MuskelschwÃ¤che sowie keine Hinweise auf ein Nervenkompressionssyndrom gesehen. Eine ÃberwÃ¤rmung hat bereits M2 ausgeschlossen und auf ein normales Nagelwachstum verwiesen.

AusdrÃ¼cklich herausgestellt hat G2 weiter, dass bei Amputationen im Bereich der Mittelhandknochen zwar grundsÃ¤tzlich die Beweglichkeit der Ã¼brigen Finger eingeschrÃ¤nkt sein kann, dies beim KlÃ¤ger aber nicht der Fall ist, sondern Mittel-, Ring- und Kleinfinger frei beweglich und stabil sind. Letztlich hat er betont, dass die geringe Reduktion der HandauflageflÃ¤che zu keiner zusÃ¤tzlichen FunktionseinschrÃ¤nkung fÃ¼hrt. Daneben hat G2 auch keine sonstigen EinschrÃ¤nkungen im Funktionssystem gesehen, sondern die Schultergelenke als frei und ohne Hinweise auf eine SchwÃ¤che oder Muskelarthrophie befundet.

Im Funktionssystem âGehirn einschlieÃlich Psycheâ besteht ein hÃ¶herer Teil-GdS als 20, wie ihn M2 und der SachverstÃ¤ndige M5 Ã¼bereinstimmend gesehen

haben, nicht.

Nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 begrÃ¼nden Neurosen, PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rungen, Folgen psychischer Traumen in Form leichterer psychovegetativer oder psychischer StÃ¶rungen einen GdB von 0 bis 20, stÃ¤rkere 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) einen GdB von 30 bis 40, schwere StÃ¶rungen (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 StÃ¶rung nach F30.- oder F40.- ICD-10 GM handelt, manifestieren sich dabei im psychisch-emotionalen, kÃ¶rperlich-funktionellen und sozial-kommunikativen Bereich (vgl. Philipp, Vorschlag zur diagnoseunabhÃ¤ngigen Ermittlung der MdE bei unfallbedingten psychischen bzw. psychosomatischen StÃ¶rungen, MedSach 6/2015, S. 255 ff.). Diese drei Leidensebenen hat auch das Bundessozialgericht in seiner Rechtsprechung angesprochen (vgl. BSG, Beschluss vom 10. Juli 2017 â□□Â BÂ 9Â VÂ 12/17Â BÂ â□□, juris, Rz. 2). Dabei ist fÃ¼r die GdB-Bewertung, da diese die EinbuÃ□en in der Teilhabe am Leben in der (allgemeinen) Gesellschaft abbilden soll, vor allem die sozial-kommunikative Ebene maÃ□geblich (vgl. Senatsurteil vom 12. Januar 2017 â□□Â LÂ 6Â VHÂ 2746/15Â â□□, juris, Rz. 61). Bei dieser Beurteilung ist auch der Leidensdruck zu wÃ¼rdigen, dem sich der behinderte Mensch ausgesetzt sieht, denn eine â□□wesentliche EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeitâ□□ meint schon begrifflich eher EinschrÃ¤nkungen in der inneren GefÃ¼hlswelt, wÃ¤hrend StÃ¶rungen im Umgang mit anderen Menschen eher unter den Begriff der â□□sozialen Anpassungsschwierigkeitenâ□□ fallen, der ebenfalls in den VG genannt ist. Die StÃ¤rke des empfundenen Leidensdrucks Ã¤uÃ□ert sich nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des Senats auch und maÃ□geblich in der Behandlung, die der Betroffene in Anspruch nimmt, um das Leiden zu heilen oder seine Auswirkungen zu lindern. Hiernach kann bei fehlender Ã¤rztlicher oder der gleichgestellten (Â§Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 28 Abs. 3 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch â□□ Krankenversicherung) psychotherapeutischen Behandlung durch â□□ bei gesetzlich Versicherten zugelassene â□□ Psychologische Psychotherapeuten in der Regel nicht davon ausgegangen werden, dass ein diagnostiziertes seelisches Leiden Ã¼ber eine leichtere psychische StÃ¶rung hinausgeht und bereits eine stÃ¤rker behindernde StÃ¶rung im Sinne der GdB-BewertungsgrundsÃ¤tze darstellt (Senatsurteil vom 22. Februar 2018 â□□Â LÂ 6Â SBÂ 4718/16Â â□□, juris, Rz. 42; vgl. auch LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 17. Dezember 2010 â□□Â LÂ 8Â SBÂ 1549/10Â â□□, juris, Rz. 31).
Das zugrunde gelegt besteht zur Ã□berzeugung des Senats bei dem KlÃ¤ger schÃ¤digungsbedingt keine stÃ¤rker behindernde StÃ¶rung mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit, die mit einem GdS von 30 zu bewerten ist. Der SachverstÃ¤ndige M5 hat nÃ¤mlich, fÃ¼r den Senat nach Aktenlage Ã¼berzeugend, herausgearbeitet, dass bei dem KlÃ¤ger als relevante Vorerkrankung eine Subarachnoidalblutung mit Hemiparese links und neuropsychologischen AuffÃ¤lligkeiten 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 auslÃ¶sbar. 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 Gegentest 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 beratungsÃ¤rztlich 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 versorgungsÃ¤rztlich Ã¼berzeugend dargelegt, dass sich der Phantomschmerz im Laufe der Zeit gebessert hat und keine medikamentÃ¶se Therapie erforderlich ist, sodass sie ebenfalls keinen hÃ¶heren Teil-GdS als 20 gesehen hat. Weiter hat sie schlÃ¼ssig dargelegt, dass der Verlust des Zeigefingers der linken Hand mit keinem hÃ¶heren 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 â wie es insbesondere M2 vorgeschlagen hat â sich keine ErhÃ¶hung des Gesamt-GdS Ã¼ber 30 hinaus ergibt.

Eine besondere berufliche Betroffenheit, aufgrund derer der GdS hÃ¶her zu bewerten wÃ¤re, liegt nicht vor. Hierbei handelt es sich um keinen selbststÃ¤ndigen 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 â medizinische â Bemessungsfaktoren fÃ¼r den GdS in Betracht kommen soll, sodass in einem Gerichtsverfahren nur insgesamt Ã¼ber die HÃ¶he der Grundrente entschieden werden kann (vgl. Senatsurteil vom 24.Â Januar 2017 â L 6 VH 789/15 â, juris, Rz. 64; vgl. auch BSG, Urteil vom 13. Dezember 1979 âÂ 9Â RVÂ 56/78 â, juris, Rz. 19).

Der GdS ist unter anderem hÃ¶her zu bewerten, wenn BeschÃ¤digte durch die Art der SchÃ¤digungsfolgen im vor der SchÃ¤digung ausgeÃ¼bten oder begonnenen Beruf, im nachweisbar angestrebten oder in dem Beruf besonders betroffen sind, der nach Eintritt der SchÃ¤digung ausgeÃ¼bt wurde oder noch ausgeÃ¼bt wird (Â§ 30 Abs. 2 Satz 1 BVG). Das ist insbesondere der Fall, wenn auf Grund der SchÃ¤digung weder der bisher ausgeÃ¼bte, begonnene oder nachweisbar angestrebte noch ein sozial gleichwertiger Beruf ausgeÃ¼bt werden kann (Â§ 30 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 BVG), zwar der vor der SchÃ¤digung ausgeÃ¼bte oder begonnene Beruf weiter ausgeÃ¼bt wird oder der nachweisbar angestrebte Beruf erreicht wurde, BeschÃ¤digte jedoch in diesem Beruf durch die Art der SchÃ¤digungsfolgen in einem wesentlich hÃ¶heren AusmaÃ als im allgemeinen Erwerbsleben erwerbsgemindert sind (Â§ 30 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BVG), oder die SchÃ¤digung nachweisbar den weiteren Aufstieg im Beruf gehindert hat (Â§ 30 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 BVG).

Der Ursachenzusammenhang zwischen den SchÃ¤digungsfolgen und der besonderen beruflichen Betroffenheit ist nach den gleichen GrundsÃ¤tzen zu beurteilen, wie der der haftungsbegrÃ¼ndenden und -ausfÃ¼llenden KausalitÃ¤t. FÃ¼r den Anspruch auf besondere berufliche Betroffenheit genÃ¼gt es dabei, wenn die SchÃ¤digungsfolgen allein oder aber im Vergleich mit den NichtschÃ¤digungsfolgen und anderen schÃ¤digungsunabhÃ¤ngigen UmstÃ¤nden etwa gleichwertig zu dem Erfolg beigetragen haben. Kommt dagegen einer NichtschÃ¤digungsfolge eine Ã¼berragende Bedeutung fÃ¼r den Erfolg zu, so ist dieser nicht schÃ¤digungsbedingt im Rechtssinne, denn die NichtschÃ¤digungsfolge verdrÃ¤ngt die anderen und ist allein als Ursache im Rechtssinne anzusehen. Im Einzelfall muss die Entscheidung darÃ¼ber, 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□□ B 9a V 1/05 R â□□, juris, Rz. 33 ff.).

Diese Voraussetzungen sind nicht erfÃ¼llt, nachdem der KlÃ¤ger bereits aufgrund der Hirnblutung 2009 â□□ also schÃ¤digungsunabhÃ¤ngig 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 verändert am: 23.12.2024