

---

**Datum:** 11.10.2016  
**Gericht:** Sozialgericht Aachen  
**Spruchkörper:** 12. Kammer  
**Entscheidungsart:** Urteil  
**Aktenzeichen:** S 12 VG 20/14  
**ECLI:** ECLI:DE:SGAC:2016:1011.S12VG20.14.00

---

**Sachgebiet:** Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht  
**Rechtskraft:** nicht rechtskräftig

---

**Tenor:**

Der Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 30.08.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.05.2014 verurteilt, bei dem Kläger aufgrund der bei dem Kläger festgestellten Schädigungsfolgen ab dem 28.06.2013 eine Versorgung nach einem GdS von 70 zu gewähren. Der Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers dem Grunde nach.

---

- Tatbestand: 1
- Zwischen den Beteiligten ist die Höhe der dem Kläger zustehenden Versorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG) i.V.m. dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (Opferentschädigungsgesetz - OEG) streitig. 2
- Der am 00.00.0000 geborene Kläger stellte 1997 erstmalig einen Antrag nach dem Opferentschädigungsrecht. Im Rahmen des damaligen Verwaltungsverfahrens legte er unter anderem ein Urteil der 7. großen Strafkammer des Landgerichts Aachen vom 16.12.1982 (67 [24] KLS/21 Js 703/82) vor, in dessen Gründen zu II. unter anderem ausgeführt wurde: 3
- "Gegen 14.00 Uhr des 11. Mai 1982 verließ er (der Täter) seine Wohnung und begab sich auf die Straße. Zu dieser Zeit trug er seine braune Perücke, die er schon längere Zeit in seiner Wohnung aufbewahrte. Dort traf er den ihm da-mals unbekannten Schüler N. P., geboren am 00.00.0000, der zu diesem Zeitpunkt 12 Jahre war. Er faßte nun den Entschluß, den Jungen, 4

von dem er annahm, daß er noch nicht 14 Jahre alt sei, in seine Wohnung zu locken. Er bat den N. P., für ihn in der nahegelegenen Imbißstube zwei Flaschen Bier zu holen. Er gab ihm 3,00 DM und forderte ihn auf, das Bier in die Wohnung I., N.-straße, zu bringen. Der Junge kam der Bitte des Angeklagten nach wäh-rend der Angeklagte eilends nach Hause ging. Nach der Rückkehr von der Imbißstube klingelte N. P. an der Klingel "I. Es wurde ihm jedoch zunächst nicht geöffnet. Sodann klingelte er bei einem Nachbarn des Angeklagten; als-dann wurde ihm die Haustür geöffnet. So gelang er zu der Wohnung des An-geklagten auf der ersten Etage. Die Wohnungstür stand offen. Als P. geklopft hatte, kam der Angeklagte, packte ihn am Hals und zog ihn ins Wohnzimmer. Mit seiner Schreckschußpistole, die er aus seiner Tasche nahm, bedrohte er P. und forderte ihn auf, sich auszuziehen. Dieser Aufforderung kam der völlig eingeschüchterte und ängstliche P. nach und zog sich bis auf die Strümpfe aus. Sodann zwang ihn der Angeklagte ins Schlafzimmer, wo er ihn aufforder-te, sich auf die dort auf dem Boden befindlichen Matratzen zu legen, die ihm als Bett dienten. Als P. dieser Aufforderung nachgekommen war, zog sich auch der Angeklagte bis auf die Strümpfe aus, legte seine Pistole auf die Kommode neben den Matratzen und legte sich auch auf das Bett. Sodann spielte der Angeklagte an dem Glied des 12-jährigen und zwang ihn, an sei-nem erigierten Glied zu spielen. Dabei machte der Angeklagte dem Jungen vor, wie er dies zu machen habe. Schließlich forderte der Angeklagte den Jungen auf, sich herumdrehen. Sodann steckte er einen Finger in den After des Jungen. Dabei gelangte der Finger in den äußeren Analring des Jungen, P. wurde dabei nicht verletzt. Im Anschluß daran zwang er den Jungen, sein (des Angeklagten) Glied in den Mund zu stecken. Diesem Verlangen kam der verängstigte Junge widerwillig nach. Anschließend zwang er den Jungen dazu, weiterhin an seinem (des Angeklagten) Glied zu manipulieren. Auf Verlangen des Angeklagten musste er so lange an seinem Glied auf- und abreiben, bis es beim Angeklagten zum Samenerguß kam. Der Angeklagte zeigte dem 12-jährigen Jungen daraufhin einen Pornofilm, in dem Männer homosexuelle Handlungen durchführten. Danach konnte P. sich auf seine Bitte hin anziehen und die Wohnung des Angeklagten verlassen. Dabei drohte der Angeklagte noch, die Eltern des Jungen zu erschießen, wenn er etwas erzählen würde. Gleichwohl informierte der Junge seine Mutter, die sodann die Polizei benach-richtigte. Noch heute leidet das Kind N. P. unter den Folgen der Tat. Er ist überängstlich, springt nachts gelegentlich auf und ruft nach seiner Mutter. Bis vor etwa einem Monat noch riß es sich aus Nervosität wiederholt Haare aus."

Mit Bescheid vom 25.08.1998 stellte das Versorgungsamt B. zunächst das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung als Schädigungsfolge der oben geschil-derten Gewalttat fest, welche eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE – jetzt: Grad der Schädigungsfolgen: GdS) von 30 v.H. bedinge. Auf den hiergegen einge-legten Widerspruch stellte das Versorgungsamt B. weitere Ermittlungen an. In die-sem Rahmen kam der durch das Versorgungsamt beauftragte Gutachter Dr. Q. zu der Einschätzung, auch eine beim Kläger vorliegende Colitis ulcerosa könne – unter Berücksichtigung der seinerzeit geltenden Ziffer 107 der Anhaltspunkte für die ärztli-che Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Scherbe-hindertengesetz (AHP 1996) – gemäß § 1 Abs. 3 BVG im Sinne einer Kann-Versorgung als Schädigungsfolge anerkannt werden.

5

Mit Änderungsbescheid vom 23.03.1999 stellte das Versorgungsamt B. fest, dass die beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen posttraumatische Belastungsstörungen und Colitis ulcerosa durch schädigende Einwirkungen im Sinne des § 1 OEG hervorgerufen wurden und die hieraus resultierende Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE – jetzt: Grad der Schädigungsfolgen: GdS) 50 v. H. beträgt. Die Anerkennung der Colitis ulcerosa erfolgte dabei in Anwendung des § 1 Abs. 3 BVG.

6

Mit Bescheid vom 11.04.2013 stellte die Städteregion B. beim Kläger aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer chronischen Darmentzündung und einer Fusionsstörung der rechten oberen Gliedmaße einen Grad der Behinderung (GdB) von 70 fest.

Am 28.06.2013 stellte der Kläger beim Beklagten einen Antrag auf Neufeststellung von Beschädigtenversorgung. Hierbei gab er an, die bei ihm festgestellten Versorgungsleiden einer posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) und einer Colitis ulcerosa hätte sich verschlimmert. Er leide mehr unter der Angststörung, Zwängen (Zählen und Wege), Schlafstörungen, Alpträumen, selbstschädigenden Verhalten und Verfolgungswahn. Darüber hinaus machte er als weitere Schädigungsfolgen eine Funktionsstörung der rechten oberen Gliedmaßen geltend. Diese habe er sich im Rahmen einer durch die Angststörung und Verfolgungswahn ausgelösten Flucht mit folgendem schlimmen Sturz zugezogen. Auch die Zwänge (Handlungen und Gedanken) seien als zusätzliche Schädigungsfolge ebenso anzuerkennen wie die Persönlichkeitsstörung. Die Schübe der Colitis hätten sich verstärkt und träten spontan auf, so dass er nicht mehr in der Lage sei, das Haus zu verlassen, wodurch sich auch die Kontrollzwänge in der Wohnung zusätzlich verstärkt hätten.

8

Im Rahmen der Antragstellung legte der Kläger ein Gutachten nach Aktenlage des Arztes der Agentur für Arbeit Dr. N. vom 13.02.2013, Arztberichte des M.-hospitals B., des N.-hospitals B., des B.-Krankenhauses B. sowie ärztliche Stellungnahmen des Neurologen und Psychiaters Dr. L. und des Allgemeinmediziners Dr. T. vor.

9

Der Beklagte holte zudem Befundberichte des Neurologen und Psychiaters Dr. L. und des Allgemeinmediziner Dr. T. ein und wertete diese, nach Einsichtnahme in die Schwerbehindertenakte der Städteregion durch den Facharzt für Innere Medizin und Sozialmedizin, Landesobermedizinalrat Dr. C., aus. Dieser kam zu der Einschätzung, beim Kläger sei es zu einer Verschlimmerung der nicht schädigungsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen gekommen, eine Verschlimmerung der anerkannten Schädigungsfolgen sei demgegenüber nicht belegt.

10

Mit Bescheid vom 30.08.2013 lehnte der Beklagte daraufhin den Antrag auf Feststellung einer höheren Versorgung nach dem BVG ab.

11

Hiergegen legte der Kläger am 11.09.2013 Widerspruch ein. Zur Begründung des Widerspruchs legte der Kläger ein Schreiben der B. Laienhelfer Initiative e.V. betreffend die Erfahrungen im ambulanten betreuten Wohnen, Atteste des Dr. L. und des Dr. T. sowie ein Attest und vorläufige Entlassungsberichte des B.-Krankenhauses B. vor. Zu diesen Unterlagen nahm erneut Dr. C. Stellung und schlug die Einholung einer fachpsychiatrischen gutachterlichen Stellungnahme vor. Diese erfolgte durch den Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychiatrie und Psychotherapie Dr. M., der ausführte, aufgrund des äußerst komplexen Störungsbildes sei eine psychiatrische Begutachtung bei einem erfahrenen Gutachter angezeigt. Er schlage Dr. C. in Aachen vor.

12

Der Kläger wurde daraufhin durch den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. T. gutachterlich untersucht. Dr. T. kam in seinem Gutachten vom 03.03.2014 zu der Einschätzung als schädigungsbedingte Folgen seien weiterhin die posttraumatische Belastungsstörung und die Colitis ulcerosa anzusehen. Daneben bestehende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (ICD 10 F.42.2), sonstige nicht organische psychotische Störungen (ICD 10 F 28), eine rezidivierende depressive Störung – gegenwärtig schwer (ICD 10 F 33.2) und ein pathologisches Stehlen (Kleptomanie – ICD 10 F 63.2) seien demgegenüber nicht schädigungsbedingt. Hinsichtlich der Schädigungsfolgen

13

seien Verschlimmerungen nicht zu erkennen.

Im März 2014 legte der Kläger einen abschließenden Entlassbericht des B.-Krankenhauses über einen stationären und teilstationären Aufenthalt im Januar und Februar 2014 vor. 14

Mit Widerspruchsbescheid vom 05.05.2014 wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers als unbegründet zurück. 15

Am 13.05.2014 hat der Kläger, vertreten durch seinen Prozessbevollmächtigten Klage erhoben. Er hat im Laufe des Verfahrens eine fachärztliche Stellungnahme des behandelnden Neurologen und Psychiaters Dr. L. vom 24.11.2014 zu den Akten gebracht. 16

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Befundberichts des Dr. L. und überdies ein neurologisch psychiatrisches Gutachten des Facharztes für Neurologie Psychiatrie und Psychotherapie Dr. C. nebst eines neuropsychologische Zusatzgutachtens des Diplom-Psychologen PD Dr. L. in Auftrag gegeben. Zu diesen Gutachten hat der Beklagte durch seinen ärztlichen Dienst mehrfach Stellung genommen. Den Gutachtern ist Gelegenheit gegeben worden, zu den Ausführungen der medizinischen Berater des Beklagten, des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie – Sozialmedizin Dr. C. und der Ärztin für Chirurgie – Sozialmedizin Frau Landesobermedizinalrätin S.-C., Stellung zu nehmen. Das Gericht hat überdies noch ein internistisches Zusatzgutachten des Dr. N. eingeholt, welches in die Begutachtung des Hauptgutachters Dr. C. mit eingeflossen ist. Der Beklagte hat auch zum internistischen Zusatzgutachten eine Stellungnahme abgeben. 17

Am 11.10.2016 hat ein Termin zur mündlichen Verhandlung stattgefunden, in dem der Kläger, gestützt auf die gerichtlich eingeholten Gutachten, beantragt hat, 18

den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 30.08.2013 in der Gestalt der Widerspruchsbescheides vom 05.05.2014 zu verurteilen, bei ihm aufgrund der festgestellten Schädigungsfolgen nunmehr eine Versorgung nach einem GdS von 70 ab Antragstellung zu gewähren 19

Der Beklagte hat beantragt, 20

die Klage abzuweisen. 21

Zur Begründung hat er im Wesentlichen auf die von seinen ärztlichen Beratern formulierten Zweifel an der Überzeugungskraft der Gutachten verwiesen. Ein höherer GdS sei letztlich nicht objektiviert. 22

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die beigezogene Verwaltungsakte des Beklagten sowie die Gerichtsakte Bezug genommen, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist. 23

Entscheidungsgründe: 24

Die zulässige Klage ist begründet. Der Kläger ist durch die angefochtenen Bescheide gemäß § 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beschwert, weil diese rechtswidrig sind. Dem Kläger steht ab dem 28.06.2013 eine Versorgung nach dem OEG i.V.m. BVG aus einer GdS von 70 und nicht lediglich 50 zu. 25

Nach § 1 Abs. 1 OEG erhält eine Person, die im Geltungsbereich dieses Gesetzes infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen seine oder eine andere Person 26

oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des BVG. Das Vorliegen eines vorsätzlichen rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen den Kläger ist zwischen den Beteiligten unstreitig und auch das Gericht sieht es als nachgewiesen an, dass der Kläger am 11.05.1982 im jugendlichen Alter Opfer einer brutalen Gewalttat geworden ist.

Hierdurch wurden beim Kläger auch kausal Schädigungsfolgen hervorgerufen. Für die Frage der Kausalität gilt die sog. "Theorie der wesentlichen Bedingung". Eine Bedingung ist danach dann wesentlich - und damit im Entschädigungsrecht beachtlich - wenn sie neben anderen Bedingungen für den Eintritt der Rechtsfolge annähernd gleichwertig ist und innerhalb der Grenze liegt, die durch den Schutzzweck der Rechtsnorm gezogen wird (so Rohr/Sträßer/Dahm, Bundesversorgungsgesetz, 7. Aufl., Stand: Oktober 2015, § 1-58, m.w.N.; Gelhausen, in: Kunz/Zellner/Gelhausen/Weiner, Kommentar zum OEG, 5. Aufl. 2010, Anhang I Rn. 24 ff.). Es genügt insoweit die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs, d.h. es muss nach der geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang sprechen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 15.12.1999, B 9 VS 2/98 R = juris). Dabei ist insbesondere bei seelischen Beeinträchtigungen, anders als bei körperlichen Beschwerden, in der Regel – wie auch im vorliegenden Fall – besonders problematisch, den rechtlich nach den jeweiligen Entschädigungsgesetzen entscheidenden Vorgang - also das die Entschädigungspflicht auslösende Ereignis - als die wesentliche medizinische Ursache festzustellen. Es verbleibt – worauf das Bundessozialgericht in einschlägigen Fällen zu Recht hinweist – stets die Frage, ob nicht andere wesentlich mitwirkende Bedingungen, etwa eine bereits vorbestehende Anlage von Krankheitswert, für die Ausbildung einer seelischen Dauererkrankung vorhanden sind (Bundessozialgericht, Urteil vom 12.06.2003, B 9 VG 1/02 R).

Beim Kläger liegen derzeit im Wesentlichen folgende Gesundheitsbeeinträchtigungen vor: 28

1 (komplexe) posttraumatische Belastungsstörung 2 Colitis ulcerosa 3 Anamnestic 29  
allergisches Asthma bronchiale 4 Rechtsbetonte Struma nodosa 5 Atopisches Ekzem 6  
Radikulopathien im Bereich der Wirbelsäule 7 Funktionsstörung rechte obere Gliedmaße

Bestandskräftig – und damit für alle Beteiligten, einschließlich des Gerichts bindend – 30  
festgestellt sind bislang durch Bescheid vom 23.03.1999 als Schädigungsfolgen eine  
posttraumatische Belastungsstörung sowie eine Colitis ulcerosa. Letztere erfolgte seinerzeit  
in Anwendung des § 1 Abs. 3 Satz 2 BVG im Wege der sog. "Kann-Versorgung". Nach dieser  
Vorschrift, die auch im OEG entsprechend Anwendung findet, kann – mit Zustimmung des  
Bundesministeriums für Arbeit und Soziales – eine Gesundheitsstörung auch dann als Folge  
einer Schädigung anerkannt werden, wenn die zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung  
als Folge einer Schädigung erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist,  
weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der medizinischen Wissenschaft  
Ungewissheit besteht. Von einer solchen Ungewissheit ist auszugehen, wenn es keine  
einheitliche Lehrmeinung, sondern verschiedene ärztliche Lehrmeinungen gibt, wobei nach  
der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts von der Beurteilung auf dem Boden der  
"Schulmedizin" (gemeint ist damit der allgemein anerkannte Stand der medizinischen  
Wissenschaft) auszugehen ist (vgl. BSG, Urteil vom 27.08.1998, Az.: B 9 VJ 2/97 R = juris,  
vgl. dazu auch Bayerisches Landessozialgericht Urteil vom 19.11.2014 – L 15 VS 19/11 =  
juris). Aber auch für die Annahme einer Kannversorgung reicht allein die Möglichkeit des  
Ursachenzusammenhangs oder die Nichtausschließbarkeit des Ursachenzusammenhangs  
nicht aus. Es muss vielmehr wenigstens eine wissenschaftliche Lehrmeinung geben, die die

Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs positiv vertritt; das Bundessozialgericht spricht hier auch von der "guten Möglichkeit" eines Zusammenhangs (Bayerisches Landessozialgericht Urteil vom 19.11.2014 – L 15 VS 19/11 = juris unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 12.12.1995 - 9 RV 17/94 = juris; BSG Urteil vom 07.07.2008 - B 9/9a VS 5/06 = juris). Existiert eine solche Meinung überhaupt nicht, fehlt es an der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nicht infolge einer Ungewissheit; denn alle Meinungen stimmen dann darin überein, dass ein Zusammenhang nicht hergestellt werden kann (BSG, Urteil vom 10.11.1993, Az.: 9/9a RV 41/92).

Soweit der ärztliche Dienst des Beklagten nun in seinen Stellungnahmen dargelegt aus welchen Gründen die Colitis ulcerosa unter Berücksichtigung der medizinischen Lehrmeinung nicht in kausalem Zusammenhang mit der Gewalttat und der hieraus resultierenden psychischen Situation des Klägers gesehen werden könne, ist dies im vorliegenden Fall - unabhängig von der Frage, wie die Ergebnisse der vom Sachverständigen Dr. N. zitierten Untersuchungen von Fuller-Thomson/West/Sulman/Baird (in *Inflamm. Bowel Dis.* 2015: 21, 2640-2648 "Childhood Matreatment is associated with Ulcerative Colitis but not Crohn's Disease: Findings from a Population-based Study") und Sansone/Sansone (in *Innov Clin Neurosci.* 2015:12, 34-37 "Irritable Bowel Syndrome: Relationships with abuse in childhood") zu bewerten sind – unbeachtlich, ist diese Erkrankung bei Kläger doch bereits seit Langem als Schädigungsfolge anerkannt. Fraglich ist damit vorliegend nicht ob sondern in welchem Umfang diese Erkrankung bei der Ermittlung des GdS des Klägers zu berücksichtigen ist. 31

Nun hat der Gutachter Dr. C. in seinem Gutachten vom 04.05.2015 neben der bereits als Schädigungsfolge anerkannten Diagnosen der posttraumatischen Belastungsstörung (ICD 10 F 43.1 G) und der Colitis ulcerosa (ICD 10 K 51 G) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden, schizoiden, selbstunsicheren, impulsiven und emotional-instabilen Merkmalen (ICD 10 F 61 G) diagnostiziert. Soweit der ärztliche Berater des Beklagten Dr. C. in seiner Stellungnahme vom 15.06.2015 bemängelt, diese gestellten Diagnosen seien durch den Sachverständigen nicht hinreichend begründet bzw. stünden im Widerspruch oder zumindest in einem Spannungsverhältnis zur geltenden wissenschaftlichen Lehrmeinung in Bezug auf Traumafolgestörungen, kann die Kammer dies im Ergebnis nicht nachvollziehen. Es dürfte unbestritten sein, dass es sich bei dem Beschwerdebild des Klägers um ein komplexes Störungsbild handelt; jedenfalls sieht es die Kammer aufgrund der entsprechenden Feststellungen des Dr. M. in seiner auf Veranlassung des Beklagten eingeholten Stellungnahme im Verwaltungsverfahren ("äußerst komplexes Störungsbild"), den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. L, dem Bericht aus dem B.-Krankenhaus vom 27.06.2014 sowie der Feststellungen des Gutachters Dr. C. als nachgewiesen an. Gerade in einem solchen Fall ist die Stellung einer ICD kodierten Diagnose nicht einfach und kann auch durchaus unterschiedlich sein, wie die beim Kläger im Laufe der Zeit von den verschiedensten Behandlern gestellte Diagnosen zeigen. Die Codierung nach ICD 10 dient dabei nicht unwesentlich abrechnungstechnischen Zwecken. Medizinisch-therapeutisch ist die Diagnose freilich kein Selbstzweck sondern dient einer möglichst krankheits- und symptombezogenen Therapie (vgl. zu Diagnose, Prognose und Therapie als methodologische Grundelemente der Medizin, Jäger, Aktuelle psychiatrische Diagnostik, 2015, S 16 ff.). 32

Dr. C. hat hier zunächst – und insoweit mag dies letztlich der Sachlage in der Bezeichnung nur unzureichend gerecht werden – den Weg gewählt die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zu bestätigen und überdies – insbesondere unter Berücksichtigung der Ergebnisse des testpsychologischen Zusatzgutachtens - die einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit paranoiden, schizoiden, selbstunsicheren, impulsiven und 33

emotional-instabilen Merkmalen zu stellen, um deutlich zu machen, dass das beim Kläger vorliegende Störungsbild über dasjenige einer post-traumatischen Belastungsstörung hinausgeht.

Dass der Beklagte in diesem Zusammenhang bemängelt, die Kriterien einer post-traumatischen Belastungsstörung seien nur unzureichend geprüft bzw. durch den Gutachter nur unzureichend dargelegt worden, ist nach Auffassung der Kammer nicht nachvollziehbar. 34

In der Tat geht der Gutachter weder ausdrücklich auf die nach ICD 10 noch die im "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM IV) bzw. des aktuellen DSM V erforderlichen Voraussetzungen für die Annahme einer PTBS ausdrücklich ein. Hierzu bestand nach Auffassung der Kammer indes aufgrund der umfangreichen Stellungnahmen, Gutachten, ärztlichen Berichten und der Tatsache, dass eine Posttraumatische Belastungsstörung bereits seit der ersten Antragstellung als Schädigungsfolge vom Beklagten anerkannt ist, auch keine Veranlassung. 35

Der Gutachter Dr. C. hat vielmehr – und dies nach Auffassung der Kammer überzeugend – dargelegt, dass in der Zwischenzeit unter Berücksichtigung der Entwicklung des Gesundheitszustands und der zahlreichen stationären und teilstationären Behandlungen, eine Verschlimmerung der gesundheitlichen Gesamtsituation eingetreten ist, welche letztlich durch die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung nur noch unzureichend beschrieben wird. Der Gutachter plädiert dafür, das beim Kläger bestehende chronifizierte Erkrankungsbild als "komplexe Posttraumatische Belastungsstörung" zu beschreiben, um damit dem objektivierten breiten Spektrum kognitiver, affektiver und psychosozialer Beeinträchtigungen – gerade im Hinblick auf die Entwicklung über Jahre bzw. Jahrzehnte – gerecht zu werden; et-was, dass die die Beschreibung der Akutsymptomatik einer PTBS in ICD-10 bzw. DSM-IV bzw. V nicht leiste. Beim Kläger konnte der Gutachter die für sog. "komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen" typischen Veränderungen in der Affektregulation und in der Impulsregulation mit einem inadäquaten Umgang mit Ärger, mit autodestruktivem Verhalten, Suizidalität, aber auch Störungen der Sexualität sowie exzessivem Risikoverhalten ebenso wie Veränderungen in Aufmerksamkeit und Bewusstsein, einhergehend mit zeitlich begrenzten dissoziativen Episoden oder Depersonalisationserleben feststellen. Auch darüber hinaus als chronische Folgen beschriebene Veränderungen der Selbstwahrnehmung und des Selbstwertgefühls, Veränderungen in den Beziehung zu anderen mit Unfähigkeit anderen zu vertrauen, ferner Somatisierung, insbesondere mit gastrointestinalen Symptomen (vorliegend die Colitis ulcerosa), chronischen Schmerzen, anderen Konversionssymptomen ließen sich beim Kläger finden. 36

Der Gutachter räumt damit ein, dass es letztlich auch aus seiner Sicht fraglich erscheint, eine Persönlichkeitsstörung als eigenständige Diagnose zu stellen (wie im ursprünglichen Gutachten geschehen). Letztlich handele es sich um eine "komplexe PTBS". Diese – und hierin sieht der Gutachter das Problem in der Benennung – ist im deutschen Sprachraum aber gerade noch nicht vollständig etabliert. 37

Nach Auffassung der Kammer hat der Gutachter Dr. C. letztlich klar und nachvollziehbar dargelegt, dass beim Kläger es im Laufe der Zeit zu einer psychischen Störung gekommen ist, die sich durch ein mannigfaltiges Störungsbild bemerkbar macht. Vor diesem Hintergrund geht der Einwand des ärztlichen Beraters des Beklagten fehl, der Gutachter habe – obwohl er die Frage nach weiteren Schädigungsfolgen als den anerkannten verneint habe – erstmalig eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden, schizoiden, selbstunsicheren, impulsiven und emotional-instabilen Merkmalen als Schädigungsfolge bewertet. Dies hat der Gutachter nach Auffassung der Kammer gerade nicht. Er hat – wie 38

oben dargelegt – lediglich versucht, das beim Kläger vorliegende komplexe Störungsbild in die im deutschsprachigen Raum derzeit geltende Fachnomenklatur zu bringen. Hierdurch ist bei der Kammer auch keinesfalls der Eindruck entstanden, die Diagnosevergabe bei psychischen Erkrankungen unterliege grundsätzlich einer enormen Willkür. Nach Auffassung der Kammer ist es aber durchaus so, dass gerade in Fällen komplexer Störungsbilder die entsprechende Eindeutigkeit der Nomenklatur zwangsläufig an ihre Grenzen stößt.

Für die Kammer steht – unter Berücksichtigung der vorliegenden medizinischen Unterlagen, insbesondere unter Auswertung der Gutachten und Stellungnahmen des Dr. C., des PD Dr. L. sowie des Dr. N. unter Einbeziehung der Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes des Beklagten und den vorliegenden Arzt- und Befundberichten der behandelnden Ärzte des Klägers fest, dass die beim Kläger vorliegenden psychischen Beeinträchtigungen allesamt auf die Gewalttat zurückzuführen sind. 39

Die von Dr. T. in seinem im Auftrag des Beklagten erstellten Gutachten vorgenommene Differenzierung zwischen einer psychiatrischen Schädigungsfolge und psychiatrischen Nichtschädigungsfolgen überzeugt nicht. Schon Dr. T. verwies darauf, dass aus seiner Sicht erhebliche Vermischungen und Überlagerungen vorlägen. Die Kammer geht – aus den vom Gutachter Dr. C. überzeugend dargelegten Gründen – davon aus, dass eine solche Trennung unzutreffend ist und ein einheitliches Krankheitsbild und Kausalitätsgeschehen unzutreffend aufspaltet. Die Kammer schließt sich insoweit der Sichtweise des Gutachter Dr. C. an, wonach die psychischen Beschwerden des Klägers, die seit 1983 berichtet werden, als ein Kontinuum aufzufassen sind. Die Tatsache, dass der Verlauf sich wechselnd gestaltete und auch Intervalle mit weniger ausgeprägter oder zumindest weniger dokumentierter Symptomatik vorliegen, steht dazu in keiner Weise im Widerspruch, vielmehr ist ein solcher Verlauf für Patienten mit derartigen Störungen im zeitlichen Verlauf und je nach aktueller Befindlichkeit typisch. Bereits oben wurde darauf hingewiesen, dass dies – und insbesondere die verschiedensten im Laufe der Zeit gestellten Diagnosen - der deskriptiven Systematik des ICD-10 geschuldet ist. Exogene Faktoren, die als konkurrierende Ursache für die vom Gutachter Dr. C. nachvollziehbar beschriebene Verschlechterung des Zustands des Klägers in Betracht kommen könnten, konnten vom Gutachter nicht festgestellt werden. Soweit der Kläger selbst immer wieder auftretende eheliche Probleme beschreibt, so können diese als Folge der klinischen Symptomatik und nicht als deren Auslöser verstanden werden. 40

Nach alledem steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass die gesamte gesundheitliche Situation – soweit die Psyche und die Darmerkrankung betroffen sind – als Schädigungsfolge zu berücksichtigen ist. Hierbei kann nach Auffassung der Kammer hinsichtlich der Psyche vor dem Hintergrund der beschriebenen Schwierigkeiten der psychiatrischen Systematisierung die bisherige Bezeichnung der Schädigungsfolge durchaus beibehalten werden. 41

Diese gesundheitlichen Schädigungen rechtfertigen nach Auffassung der Kammer insgesamt den vom Kläger begehrten GdS von 70. 42

Die beim Kläger vorliegende Schädigungsfolge der Colitis ulcerosa ist vom Beklagten seinerzeit mit einer MdE von 30 v.H. berücksichtigt worden. Soweit der gerichtlich bestellte Gutachter Dr. N. vorliegend hier von einer MdE von 50 auszugehen, ist dies unzutreffend. Vor diesem Hintergrund erscheint auch die vom Gutachter Dr. N. vorgenommene Bewertung der GdS von 60 gemäß Teil B Ziffer 10.2.2 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze als zu hoch. Sie ist, dies steht zur Überzeugung der Kammer fest, letztlich mit dadurch begründet, dass der Gutachter von einem zu hohen Ausgangswert ausgeht. Für die Kammer steht auf Grund der vorliegenden internistischen und gastroenterologischen Unterlagen sowie den Feststellungen des Gutachters Dr. N. fest, dass der Kläger unter einer seit Jahrzehnten 43



bestehenden Colitis ulcerosa leidet. Voraussetzung für die Annahme eines GdB von mindestens 50 sind schwere Auswirkungen der Erkrankung, welche sich u.a. in einer erheblichen Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes niederschlagen. Eine solche Beeinträchtigung ist beim Kläger nicht objektiviert. Bei der Untersuchung durch Dr. N. schilderte der Kläger, sein Gewicht sei konstant. Ermittelt wurde es mit 85 kg bei einer Größe von 183 cm, was einem BDI von 25,38 – und damit nach der WHO dem Normgewicht an der Grenze zur Präadipositas – entspricht (vgl.

[http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)). Die Kammer geht auf Grundlage der durchgeführten Ermittlungen davon aus, dass bei dem Kläger eine chronische Colitis vorliegt, die – und hier sieht die Kammer durchaus Überschneidungen zum psychischen Bild – teilweise heftig floride sowie daneben auch unauffälligere Phasen hat. Eine wesentliche Verschlimmerung der rein somatischen Beschwerden zum Zeitpunkt der bereits 1999 festgestellten Schädigungsfolge Colitis ulcerosa sieht die Kammer nicht als objektiviert an. Die Verschlimmerung bezieht sich vielmehr auf das Gesamtbild der beim Kläger vorliegenden Beeinträchtigungen, die nach Auffassung der Kammer insbesondere durch die psychischen Beschwerden – zusammen mit einer psychosomatischen Komponente der Darmerkrankung – geprägt sind. Es ist insoweit weiterhin von einer GdS von 30 auszugehen, wobei die psychischen Besonderheiten (Fokussierung des Klägers auf dieses Leiden) im Rahmen der psychischen Bewertung mit berücksichtigt werden können.

Insoweit liegen beim Kläger – dies steht zur Überzeugung der Kammer nach Auswertung der vorliegenden Gutachten und Befunde fest – beim Kläger gemäß Teil B Ziffer 3.7 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze schwere Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsstörungen vor, welche für sich bereits einen Bewertungsspielraum von 50 bis 70 eröffnen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts können zur Auslegung der Begriffe "mittelgradige" und "schwere" soziale Anpassungsschwierigkeiten die vom ärztlichen Sachverständigenbeirat am Beispiel des "schizophrenen Residualzustandes" entwickelten Abgrenzungskriterien herangezogen werden (vgl. BSG, Urteil vom 23. April 2009 - B 9 VG 1/08 R = juris Rn. 43. juris unter Bezugnahme auf die Beschlüsse des ärztlichen Sachverständigenbeirats vom 18./19. März 1998 und vom 8./9. November 2000; so unlängst auch LSG Berlin-Brandenburg Urteil vom 06.02.2013 - L 11 SB 245/10 = juris Rn. 45 ff; vgl. auch Wendler/Schillings, Versorgungsmedizinische Grundsätze, Teil B Ziffer 3.7; Steffens, in: Nie-der/Losch/Thomann, Behinderungen zutreffend einschätzen und begutachten, B 3, S 86 ff.). Danach werden leichte soziale Anpassungsschwierigkeiten angenommen, wenn z. B. Berufstätigkeit trotz Kontaktschwäche und/oder Vitalitätseinbuße auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch ohne wesentliche Beeinträchtigung möglich ist (wesentliche Beeinträchtigung nur in besonderen Berufen, z. B. Lehrer, Manager) und keine wesentliche Beeinträchtigung der familiären Situation oder bei Freundschaften, d. h. keine krankheitsbedingten wesentlichen Eheprobleme bestehen. Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten werden angenommen bei einer in den meisten Berufen sich auswirkenden psychischen Veränderung, die zwar eine weitere Tätigkeit grundsätzlich noch erlaubt, jedoch eine verminderte Einsatzfähigkeit bedingt, die auch eine berufliche Gefährdung einschließt; als weiteres Kriterium werden erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung genannt, aber noch keine Isolierung, noch kein sozialer Rückzug in einem Umfang, der z. B. eine vorher intakte Ehe stark gefährden könnte. Schließlich liegen nach dieser Einstufung schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten dann vor, wenn die weitere berufliche Tätigkeit sehr stark gefährdet oder ausgeschlossen ist; als weiteres Kriterium werden schwerwiegende Probleme in der Familie oder im Freundes- oder Bekanntenkreis bis zur Trennung von der Familie, vom Partner oder Bekanntenkreis benannt. Eine weitere Konkretisierung und Spezifizierung kann darüber hinaus anhand der Vorgaben des ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) aus dem Jahr 2005

erfolgen, welche die Alltagtauglichkeit ausdifferenzierter beschreiben, als dies durch die oben genannten Beschlüsse des Sachverständigenbeirats gewährleistet wird (vgl. hierzu auch Steffens, in: Nieder/Losch/Thomann, Behinderungen zutreffend einschätzen und begutachten, B 3, S 86 ff.). Der Kläger ist – dies steht zur Überzeugung der Kammer fest - in seinem Alltagsleben infolge seiner seelischen Beeinträchtigung, die wie oben dargelegt insgesamt sich als Schädigungsfolge darstellen, erheblich eingeschränkt. Er berichtete gegenüber dem Gutachter Dr. C. zum Tagesablauf, dass er sehr unregelmäßig aufstehe, manchmal um acht Uhr, manchmal auch erst mittags um zwölf, vor allem wenn er nachts schlecht geschlafen habe. Er trinke nach dem Aufstehen Kaffee, frühstücke, ziehe sich an, meist gehe er dann spazieren, manchmal im Wald, manchmal im Park, das sei sehr unterschiedlich. Wenn er sich in der Lage fühle einzukaufen, koche er sehr gerne. Kochen sei sein Hobby. An manchen Tagen sei ihm das nicht möglich, dann bestelle er beispielsweise Pizza. Des Weiteren berichtete er über Zwangsgedanken, häufiges Zählen, sowie Zwangsgedanken die er als "Skills" bezeichnet, beispielsweise dahingehend, dass er bestimmte Wege in gleicher Weise auch zurücknehmen müsse. Treppen, wenn er sei erklommen habe, müsse er auch wieder herabgehen und könne dann nicht etwa den Aufzug benutzen. Er berichtet weiter über wiederkehrende suizidale Impulse, die er jedoch bis jetzt weitgehend habe kontrollieren können. In der Zeit zwischen 2006 und 2011 sei es – so der Kläger – zu "pathologischem Stehlen" gekommen. Er habe damit innere Anspannung herunter regulieren können. Er sei zu einer Bewährungsstrafe wegen verminderter Schuldfähigkeit verurteilt worden, seitdem habe er nicht nur die Auflagen erfüllt, sondern habe auch keine weiteren Delikte mehr begangen.

Für die Kammer zeigt sich in den Äußerungen des Klägers – zusammen mit den in der Verwaltungsakte befindlichen Aussagen der Betreuer aus dem Bereich ambulantes Betreutes Wohnen und den Ausführungen des Gutachters Dr. C. – dass er allein nur sehr eingeschränkt in der Lage ist, eine geordnete Tagesstruktur zu gestalten und für sich selbst zu sorgen. Tätigkeiten im Haus oder sonstige Beschäftigungen sind nämlich stark abhängig von den klinischen Symptomen des Klägers. Dies gilt auch soweit der Kläger angibt sehr gerne zu wandern und Badminton zu spielen so wie offensichtlich auch mit Interesse bestimmte Sendungen im Fernsehen (insbesondere Fußball) zu verfolgen. Der Kläger ist damit in wesentlichen Sozial- und Alltagskompetenzen erheblich eingeschränkt, was sich letztlich auch in der Unfähigkeit zur regelmäßigen Arbeit und zu nachvollziehbar geschilderten Problemen in der Ehe führt. In diesem Zusammenhang sind insbesondere auch die zahlreichen teilstationären und stationären Aufenthalte des Klägers insbesondere im B.-Krankenhaus zu berücksichtigen.

Diese Einschätzung ist für die Kammer auf der Grundlage des Gutachtens des Dr. C. einschließlich der ergänzenden Stellungnahme vom 02.09.2015 sowie der Ergebnisse der neuropsychologischen Zusatzbegutachtung durch PD Dr. L. gesichert.

Nach Auffassung der Kammer sind – wie bereits oben angedeutet – in diesem Zusammenhang auch die vom Gutachter Dr. C. und zudem den behandelnden Ärzten im B.-Krankenhaus beschriebene psychischen Aspekte der Colitis ulcerosa im Sinne der gedanklichen Fokussierung des Klägers auf diesen Bereich zu berücksichtigen. Insgesamt erscheint der Kammer vorliegend für den Bereich der Psyche beim Kläger ein GdS von 60 zutreffend. Soweit der Gutachter Dr. C. in seinem Gutachten keine separaten GdS für die einzelnen Schädigungsfolgen auswirft, wird dies auch nach Auffassung der Kammer durch den Beklagten zu Recht gerügt. Etwaige Verstärkungen oder Überschneidungen sind vielmehr in der Bildung des Gesamt-GdS zu berücksichtigen, vgl. Teil A Ziffer 3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Dies mag, in Fällen wie dem vorliegenden schwierig

sein, ist aber zu leisten. Soweit der Gutachter Dr. C. in seiner zweiten Stellungnahme vom 12.02.2016 den GdS für die Psyche mit 40 und den GdS für das Funktionssystem Verdauungsorgane bewertet, kann sich die Kammer dieser Einschätzung nicht anschließen. Es steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass eine entsprechende Wertung die Wertigkeit der Funktionsbeeinträchtigungen unzutreffend beschreibt. Wie oben dargelegt erscheint der GdS von 60 für die Colitis ulcerosa beim Kläger als erheblich zu hoch. Der GdS für die Psyche ist demgegenüber mit 40 unterbewertet. Insoweit ist von mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten auszugehen, die zur Überzeugung der Kammer auch nicht nur so eben, sondern voll erreicht sind. Hierbei ist, auch dies wurde bereits dargelegt, auch der psychische Leidensdruck des Klägers im Hinblick auf die Darmerkrankung sowie deren – jedenfalls vom Kläger subjektiv empfundene – Entstehung zu berücksichtigen. Hier ist ein GdS von 60 zu treffend.

Hieraus ist ein Gesamt-GdS von 70 zu bilden. Nach Teil A Ziffer 3 lit c) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist bei der Beurteilung des Gesamt-GdS in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdS bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigung dem ersten GdS 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Nach den Feststellungen des Gutachters Dr. C. (mit Ausnahme der Darlegungen in der zweiten ergänzenden Stellungnahme, die von der Kammer letztlich nicht nachvollzogen werden können) stehen beim Kläger die psychischen Beeinträchtigungen absolut im Vordergrund, wobei in diesem Zusammenhang erneut darauf hinzuweisen ist, dass hierbei auch die erheblich stärkere psychische Reaktion des Klägers auf die Darmerkrankung mitberücksichtigt wird. Diese bedingt einen GdS von 60, der durch die somatischen Beschwerden im Sinne der Colitis ulcerosa (Einzel-GdS 30) auf 70 zu erhöhen ist. Eine weitere Erhöhung des GdS kommt vorliegend nicht in Betracht. Eine Vergleichbarkeit mit Personen bei denen schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten vorliegen, ist beim Kläger derzeit nicht gegeben. Hierin sieht sich die Kammer letztlich auch durch die sozialmedizinische Einschätzung der Gutachter Dr. C. und Dr. N. bestätigt.

48

Die übrigen beim Kläger festgestellten Gesundheitsstörungen stellen demgegenüber keine kausal auf die Gewalttat zurückzuführenden Schädigungsfolgen dar. Sie sind bei der Bildung des GdS nicht weiter zu berücksichtigen.

49

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 183,193 SGG.

50