

## OEG UND POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

das eine ein Gesetz, das in den fast 30 Jahren seines Bestehens immer noch – auch unter Juristen - unbekannt ist, das andere ein psychopathologischer Befund nach schweren traumatischen Ereignissen. Wenn wir Signalworte wie

- Entführung Landshut
- Bombenattentat Oktoberfest oder Diskothek Labelle
- Brandanschlag in Solingen
- Eschede Unglück
- Amoklauf Erfurt
- 11.09. New York
- oder Tsunamie und Erdbeben-/Hurrican Katastrophen hören

taucht fast wie selbstverständlich gleichzeitig der Begriff der posttraumatischen Belastungsstörung auf, und zwar so häufig, dass die Kritiker diese Diagnose zur Modeerscheinung gestempelt haben und beklagen, hier werde ein Krankheitsbild hochgespielt, das so manchem „Belastetem mit offizieller Anspruchshaltung“ eine Bühne der Selbstbeweihräucherung und Zuwendungssicherung beschere.

„Jedem gelebten Leben seine posttraumatische Belastungsstörung ...“, so lautet ein ironisches Zitat und wir Sozialrechts- und Opferanwälte werden beschuldigt, diese Entwicklung heftig zu schüren.

Mir hat einmal ein Kollege Strafverteidiger entgegengehalten: „Sie immer mit ihren traumatischen Folgen: Ich war im Krieg. Da müsste ich erst recht eine posttraumatische Belastungsstörung haben.“ Und in der Tat mag man sich fragen, warum man angesichts massenhafter traumatischer Ereignisse in der Vergangenheit keine entsprechenden Entschädigungsentscheidungen findet.

Buchstäblich kaum eine Generation vor 1945 hatte eine intakte, von äußeren kollektiven Katastrophen verschonte Familiengeschichte.

Neben den millionenfachen Opfern des Holocaust wurden bis Anfang 1955 2,73 Millionen Wehrmachtstote und 1,24 Millionen Vermisste – einschließlich der in der Kriegsgefangenschaft Gestorbenen – registriert. Heutige aktuelle Untersuchungen gehen von 4,71 Millionen Todesfällen aus. Mehr als 2 Millionen Zivilisten kamen bis Flucht und Vertreibung ums Leben. Am Ende des zweiten Weltkrieges waren über 11 Millionen deutsche Soldaten auf 12.000 Kriegsgefangenenlager in 80 Staaten verteilt. Die Gesamtzahl der Vergewaltigungen wird auf 1,9 Millionen geschätzt. Etwa 20 % der vergewaltigten Frauen wurden schwanger; 90 % trieben ab.

1950 gab es in der Bundesrepublik 2,01 Millionen Kriegsgeschädigte des 1. und 2. Weltkrieges, davon etwa 1.5 Millionen zu 30 % und mehr in ihrer Erwerbstätigkeit beeinträchtigt.

Ende 1952 befanden sich in der Bundesrepublik 2,58 Millionen deutsche Heimatvertriebene und in der DDR 3,8 Millionen. Angesichts der millionenfachen Erfahrung von Tod und Leid durch Völkermord, Tod, Vertreibung, Obdachlosigkeit und Hunger (Leben ist Trauma) aus 2 Weltkriegen fällt es nicht schwer, sich vorzustellen, daß für die individuellen Folgen von Trauma weder in der Praxis der Versorgungsämter noch in der Wissenschaft in der Nachkriegszeit Platz war. Erst vor dem Hintergrund einer geänderten und gesicherten Lebenswirklichkeit war es der Psychiatrie möglich, sich den individuellen Folgen von Traumata anzunehmen.

Bei der Beurteilung der medizinisch-psychiatrischen Folgen von belastenden Ereignissen ging die psychiatrische Wissenschaft in ihren Anfängen vom Konzept der traumatischen Neurose aus, die dem Auftreten einer Unfallneurose ein organisches Korrelat in Form von Hirnläsionen zuordnete.

In der Folgezeit meinte man zu erkennen, dass viele Fälle solcher Störungen nicht Folgen von Nervenläsionen seien, sondern funktionelle Störungen darstellten.

Die rein mechanischen Ansichten veränderten sich in Deutschland dann mit dem Neuropathologen Oppenheim, der ausführte:

„Für die Entstehung der Krankheit ist das physische Trauma nur zum Teil verantwortlich zu machen. Die Hauptrolle spielt das psychische. Der Schreck, die Gemütserschütterung. Die Verletzung schafft allerdings direkte Folgezustände, die in der Regel keine wesentliche Bedeutung gewinnen würde, wenn nicht die krankhaft alterierte Psyche auf diese Beschwerden die dauernde Krankheit schiefe.“

Über mehrere Stationen vertrat dann bis etwa in die 60er Jahre die überwiegende Lehrmeinung in der Psychiatrie die Auffassung, dass traumatische Ereignisse nur vorübergehende Störungen verursachten und beim gesunden Individuum nach einer gewissen Zeit wieder abklängen. Klängen sie nicht ab, so läge dies nur daran, dass eine bereits vorgeschädigte Persönlichkeit vorgelegen habe. Die Persönlichkeit entwickle gezielt (= Rentenneurose) oder unbewusst eine schädliche Fehlhaltung, die man therapeutisch behandeln könne, jedenfalls aber nicht durch Rentenleistungen unterstützen dürfe.

Vor diesem Hintergrund und als Folge dieser psychiatrischen Lehrmeinung haben KZ-Opfer, Kriegsbeschädigte und -heimkehrer oft jahrelang um die Anerkennung von Langzeitschäden als traumatisch verursacht kämpfen müssen, bis durch das Konzept des erlebensaktiven Persönlichkeitswandels die Aufmerksamkeit auf ein typisch psychiatrisches Zustandsbild in Folge einer **langjährigen seelischen Dauerbelastung** gelenkt wurde, bei dem in Anbetracht des ungewöhnlichen Ausmaßes der erlittenen Schädigung die Folgen als adäquat bezeichnet wurden.

Ein Wirkungszusammenhang zwischen **singulären** Extrembelastungen und krankhaften Störungen blieb weiterhin bis weit in die 70er Jahre unerforscht.

„Es gibt in der Literatur kaum Informationen über die Auswirkungen von Vergewaltigung. Das Thema Vergewaltigung wird nur selten und nebenbei erwähnt, als wäre Vergewaltigung ein relativ unbedeutendes Ereignis im Leben eines Menschen.“ So hieß es in einem Artikel der amerikanischen Therapeuten Callonn/ Atkesonnoch Mitte der 70er Jahre.

Im Juli 1974 veröffentlichten Burgess/ Hohenstrom einen einflussreichen Artikel über das Vergewaltigungstraumasyndrom, mit dem sich die Erkenntnisse Bahn zu brechen begann, dass eine Vergewaltigung ein so schwerwiegendes Ereignis ist, dass es nahezu immer zu erheblichen psychischen Folgeerscheinungen kommt, oftmals zu jahrelangen Folgeschäden, bei denen das Symptombild des Vergewaltigungstraumas den charakteristischen psychoreaktiven Störungen nach Extrembelastungen anderer Art ähnelt.

Erst Mitte der 80er Jahre setzte sich in der deutschen Fachliteratur die Auffassung, dass Vergewaltigung als singuläres Ereignis zu schweren und nachhaltigen Schäden führen kann.

Seither ist die Anzahl der festgestellten Betroffenen posttraumatischer Störungen nachhaltig angestiegen und Kritiker sehen die Kausalität so, dass man Betroffene hat, seit man eine Diagnose hat.

In der versicherungsrechtlichen, der asylrechtlichen, der strafrechtlichen und der unfallversicherungsrechtlichen Literatur – überall taucht der Begriff auf. Er spielt in der Soldatenversorgung nach Auslandseinsätzen ebenso eine Rolle, wie im Rahmen der Häftlingshilfe und letztlich auch dem Opferentschädigungsrecht.

Das Thema beleuchtet das Opferentschädigungsrecht daher eigentlich nur stellvertretend für eine zunehmende Anzahl von Rechtsgebieten, in denen die posttraumatische Belastungsstörung eine Rolle spielt.

Mit der Inflation der Diagnose hat die posttraumatische Belastungsstörung in der Rechtsanwendung an Gewicht und Wert verloren.

Einerseits ist man sich heute darüber einig, dass sie nur eine der möglichen **langfristigen** Folgen nach einem traumatischen Ereignis darstellt.

Daneben werden mit dem Erleben traumatischer Erfahrungen heute häufig auch somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Borderline Persönlichkeitsstörungen, multiple Persönlichkeitsstörungen/dissoziative Identitätsstörungen in Zusammenhang gebracht. So hatte das Landessozialgericht NRW in seiner Entscheidung vom 13.01.2004 - L 6 VGI 14/02 - darüber zu entscheiden, ob die Diagnose einer Borderline-Störung bzw. eine dissoziative Persönlichkeitsstörung den Rückschluss auf eine vorsätzlichen rechtswidrigen tätlichen Angriff zulasse und dies verneint. Er hat beispielhaft neben der posttraumatischen Belastungsstörung für die narzistische Persönlichkeitsstörung die grundsätzliche Bindung an die Kriterien des DSM -IV bzw. des ICD-10 betont. (LSG NRW vom 13.07.2004 - Az: L 6 VH 52/00)

Andererseits beantwortet die Diagnose noch nicht die Frage nach dem „ob“ der Entschädigung und erst recht nicht nach ihrer Höhe.

So liest man es jedenfalls bei Herr Dr. med. Fabra, Gutachten im Medizinischen Gutachteninstitut Hamburg, der z.B. in der Zeitschrift Versicherungsmedizin 2002 unter Hinweis darauf, dass die Diagnose PTSD und damit die Last für die Solidargemeinschaft der Versicherten im Anwachsen begriffen sei, kritisch und pointiert ausgeführt hat:

„Zu verurteilen ist die gelegentlich anzutreffende Gewohnheit, jede Art psychogene Störung in Folge eines Unfalls aus posttraumatische Belastungsstörung zu klassifizieren; wobei in machen Fällen wohl allzu unkritisch die Diagnose PTSD mit eine für die versicherungs- und leistungsbegründende Unfallfolge gleichgesetzt wird.“

Dass man sich damit nicht ohne weiteres bei Versicherten und Versorgungsberechtigten Freunde schafft, liegt auf der Hand.

Aber was ist der Hintergrund dieser Kritik, was sind die soft facts, die Überzeugungen, was die nachprüfbaren hard facts?

Der ehemalige Vorsitzender des OEG-Senates beim BSG hat einmal ebenso pointiert formuliert hat, was jeden Psychiater eigentlich hätte zum Aufschreien veranlassen müssen:

„ Für Krankheiten kann kaum je überzeugend festgestellt werden, dass der nach den einschlägigen Gesetzen entschädigungspflichtige Vorgang die scheidende medizinische Ursache war. Vergangenheit, Umwelteinflüsse, Lebensführung, andere Vorgänge im Lebenslauf des Geschädigten sind als mehr oder minder stark wirkende Ursachen praktisch immer festzustellen, aber nicht sachgerecht zu gewichten. Dies gilt insbesondere für seelische Krankheiten, die nicht auf Nervenverletzungen sondern auf seelischen Einwirkungen beruhen.

In solchen Fällen kann das medizinische Gutachten regelmäßig nichts überzeugendes zur Ursachenfrage aussagen [BSG vom 18.10.95 – 9/9a RVG 4/92 S. 4 m.w.N]

Der Aufschrei ist ausgeblieben.

Die Praxis hat sich nicht an die Entscheidung gehalten, anfänglich, weil man es für eine Einzelfallentscheidung hielt, mittlerweile hat das BSG seine Sicht der Dinge in der Entscheidung vom 12.06.2003 ein zweites Mal bestätigt und betont, dass die

Feststellungen zur generellen Eignung bestimmter Belastungen als Auslöser von Schädigungsfolgen in den Anhaltspunkten nicht durch ein Einzelfallgutachten widerlegt werden kann. [BSG v. 10.06.2003, BGVG 1/02 R]

Nach wie vor werden hundertfach teure Gutachten eingeholt, die etwas zur Kausalität zwischen psychischer Schädigung und tätlichen Angriff sagen sollen.

Dabei werden dann die Prinzipien der Kausalitätsbeurteilung nach wie vor wild miteinander vermischt. Leonhardt, hat in seinem Aufsatz „Posttraumatische psychische Störungen – Kausalitätsbeurteilung im sozialen Entschädigungsrecht“ dagegen klar dargelegt, dass man zwischen medizinischer und rechtlicher Kausalität unterscheiden müssen:

1. Kausalität meint den Zusammenhang von Ursache und Wirkung.
2. Es handelt sich um einen apriorischen Begriff, eine Konstruktion, die dazu dient, Phänomene auf eine aussagekräftige, der Erkenntnis förderliche Weise in Beziehung zu setzen. Er ist als solches **nicht nachprüfbar**, sondern dient – umgekehrt – der Nachprüfung der Richtigkeit von Vorstellungen von Beziehungen zwischen empirisch fassbaren Phänomen, die wir uns ausgedacht haben.
3. Das Denken der Mediziner ist durch einen Spezialfall, den **naturwissenschaftlichen** Kausalitätsbegriff geprägt. Dieser ist monolinear. Er beinhaltet, dass ein Phänomen eine eindeutig bestimmbare Ursache haben soll, die ihrerseits wiederum eine eindeutig bestimmbare Ursache haben soll. Dieser Kausalitätsbegriff entstammt der klassischen Mechanik und ist zwingend an eine **experimentelle Situation** gebunden. Nur dort kann er sinnvoll eingesetzt werden.

Es handelt sich um eine invitro – Situation, die nicht mit einer klinischen Situation verglichen werden kann.

4. Davon abzugrenzen ist das **rechtlich-normative** Kausalitätskonzept, das nicht der Erkenntnis der Natur dient, sondern der juristischen Erkenntnis mit dem Zweck des Urteilens: Weist der konkrete Fall Eigenschaften auf, so dass er unter die definierten Vorgaben des Gesetzgebers zu subsumieren ist? Speziell also: Ist die Beziehung zwischen einem äußeren Ereignis und einer Erkrankung so geartet, dass nach dem Willen des Gesetzgebers, der Betroffene aus den Mitteln der Gemeinschaft eine Entschädigung erhalten soll?
  
5. Rechtlich konkretisiert wird dieser Kausalitätsbegriff in der Theorie der wesentlichen Bedingung. Ausgangspunkt der BSG-Rechtsprechung war bisher stets dass der Mensch in seinem So-sein geschützt ist und nicht als gedachtes Wesen im Sinne eines ermittelten psychischen Querschnittsbefundes der Bevölkerung.

Die rechtliche Kausalität ist es, für die Juristen von Bedeutung ist. Dies bei den Sozialgerichten durchzusetzen ist immer wieder neu, Aufgabe der Fachanwälte für Sozialrecht.