

1. Die Frage, ob eine Krankheit innerhalb einer bestimmten Personengruppe infolge der versicherten Tätigkeit in erheblich höherem Grade als in der übrigen Bevölkerung auftritt (sogenannte Gruppentypik), beurteilt sich bei der Anwendung des § 551 Abs. 2 RVO bzw. des § 9 Abs. 2 SGB VII nach dem Maßstab der Wahrscheinlichkeit.
2. Entwicklungshelfer in Krisengebieten sind der Gefahr, infolge ihrer versicherten Tätigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, in erheblich höherem Grade ausgesetzt als die Allgemeinbevölkerung in Deutschland.

§ 551 Abs. 2 RVO (§ 9 Abs. 2 SGB VII)

Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 14.05.2009 – L 6 U 845/06 –  
Bestätigung des Urteils des SG Freiburg (Breisgau) vom 25.10.2005 – S 9 U 2976/04 –

Gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG hat das LSG die **Revision zugelassen**.

Der erkennende Senat misst der Frage, wie die Personengruppe zu bestimmen ist, die im Rahmen des § 551 Abs. 2 RVO und des § 9 Abs. 2 SGB VII in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung besonderen Einwirkungen ausgesetzt sein muss, grundsätzliche Bedeutung bei.

Ebenso bestehe noch Klärungsbedarf hinsichtlich der Frage, ob hinsichtlich der generellen Geeignetheit bestimmter Stoffe, Krankheiten hervorzurufen bzw. der generellen Geeignetheit bestimmter psychisch belastender Ereignisse, eine psychische Gesundheitsstörung hervorzurufen, die Wahrscheinlichkeit genügt oder ob insoweit der Vollbeweis erforderlich ist.

Das **Landessozialgericht Baden-Württemberg** hat mit **Urteil vom 14.05.2009 – L 6 U 845/06 –** wie folgt entschieden:

## Tatbestand

1

Streitig ist die Anerkennung einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wie eine Berufskrankheit nach § 9 Abs. 2 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) bzw. gemäß § 551 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung (RVO).

2

Der 1943 geborene Kläger absolvierte ein Studium der Diplomsozialarbeit. 1968 ging er in die Entwicklungshilfe. Im Einzelnen war er wie folgt beschäftigt:

3

- März 1968 bis Juni 1973 auf M. bei der F.
- Juli 1973 bis Juli 1975 in M. bei der F.
- August 1975 bis Dezember 1978 in D. bei dem D.(DED)
- Januar 1979 bis Januar 1983 in N. bei dem DED
- Februar 1983 bis Juni 1987 Assistent der Geschäftsleitung des DED in B.
- August 1987 bis Juli 1995 in T. für den DED
- 01.09.1995 bis Februar 1999 Referatsleiter im Regionalreferat W. des DED in B. mit mehreren Reisen in westA.nische Länder. Danach war er durchgehend arbeitsunfähig krank.



4

Anlässlich der stationären Behandlung in der Reha-Klinik G. vom 11.11. bis 18.12.1998 diagnostizierte Prof. Dr. H. u. a. eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen bei chronifizierter PTBS. Im Entlassungsbericht vom 04.01.1999 gab Prof. Dr. H. die anamnestischen Angaben des Klägers wieder, er leide seit Mitte 1996 unter ausgeprägten Einschlafstörungen und massiven Alpträumen, außerdem habe er über eine gesteigerte Reizbarkeit, intensive Schuldgefühle mit Selbstvorwürfen in Zusammenhang mit dem Einsatz von Mitarbeitern im Entwicklungsdienst, Konzentrationsstörungen und Hypervigilanz berichtet. Prof. Dr. H. führte aus, der Kläger sei mit mehreren Ereignissen konfrontiert gewesen, die lebensbedrohlich gewesen seien und eine schwere Verletzung und Bedrohung der physischen Integrität der eigenen Person und anderer (z. B. auch der Familienangehörigen) beinhaltet habe. Die traumatischen Ereignisse würden ständig in wiederholten, stark belastenden Alpträumen wieder erlebt. Die PTBS sei klinisch und testpsychologisch nachgewiesen und beeinträchtige die psychische und physische Funktionsfähigkeit derart, dass die derzeitige Berufstätigkeit nicht mehr ausgeübt werden könne. Von der damaligen B. (BfA) erhielt der Kläger eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit wegen eines am 18.02.1999 eingetretenen Versicherungsfalles (Bescheid vom 07.06.1999).

5

Am 01.02.1999 ging bei der Beklagten die Anzeige des DED über eine Berufskrankheit (BK) ein. Der Kläger führe seine PTBS auf den jahrelangen Aufenthalt in Krisengebieten, insbesondere die Konfrontation mit bürgerkriegsähnlichen Verhältnissen während der Zeit als Landesbeauftragter in T. zurück. Die Beklagte holte die Stellungnahme der Gewerbeärztin Dr. F. vom L. für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und Technische Sicherheit B. vom 14.06.1999 ein. Diese führte aus, es liege keine BK nach einer bestimmten Listennummer vor und auch für eine Erkrankung nach § 9 Abs. 2 SGB VII fänden sich keine Hinweise.

6

Mit Bescheid vom 08.02.2000 nahm die Beklagte auf die in Kopie beigefügte Stellungnahme Dr. F.s Bezug und lehnte die Anerkennung einer PTBS als BK nach der Berufskrankheitenverordnung (BKV) ab. Da der Kläger als hauptamtlicher Mitarbeiter des DED nicht zum Kreis der versicherten Personen gemäß § 1 des Entwicklungshelfergesetz (EhfG) gehört habe, sei auch § 10 EhfG nicht anwendbar. Zur Begründung seines hiergegen eingelegten Widerspruchs legte der Kläger die Erklärungen des H. vom 16.06.1999 und des Dr. S. vom 08.07.1999 vor, die beide als Botschafter der Bundesrepublik D. in T. tätig waren und eng mit dem Kläger zusammengearbeitet hatten. Darin werden die bürgerkriegsähnlichen Verhältnisse in T. in der Zeit von 1990 bis 1995 und die Belastungen beschrieben, denen der Kläger bei der Krisenbewältigung - insbesondere bei der Wahrnehmung der Verantwortung für die Sicherheit der DED-Mitarbeiter vor Ort - ausgesetzt war. Außerdem legte er die gutachterlichen Stellungnahmen von Prof. Dr. H. vom 25.03.2000 und 13.06.2000 vor. Dieser beschreibt darin zahlreiche extreme Belastungssituationen in der Zeit von 1970 bis 1995, die nach seiner Beurteilung in der Summe zu der PTBS geführt hätten. An der Diagnose bestehe kein Zweifel. Insbesondere leide der Kläger an den drei charakteristischen Hauptsymptomen der PTBS: wiederkehrende Erinnerungen (so genannte „Flashbacks“), ausgeprägtes Vermeidungsverhalten in Bezug auf so genannte „Hinweisreize“ (z. B. Kontakte mit ehemaligen Kollegen oder aktuelle Fernsehberichte über Katastrophen, Entführungen, Gewalt) sowie Übererregbarkeit. Mit Widerspruchsbescheid vom 25.07.2000 wies die Beklagte



den Widerspruch mit der Begründung zurück, da es sich bei der PTBS nicht um eine Listennummernerkrankung der Anlage zur BKV handele, könne eine Anerkennung nur nach § 9 Abs. 2 SGB VII erfolgen. Hierfür finde sich jedoch ebenfalls kein Raum, da für eine PTBS keine neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse vorlägen, die bewiesen, dass diese Krankheit durch besondere Einwirkungen verursacht werde, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt seien.

7

Hiergegen erhob der Kläger am 17.08.2000 Klage zum Sozialgericht F. (SG). Zur Begründung führte er aus, er und seine gesamte Familie hätten während der beruflichen Tätigkeit schwersten Belastungen standhalten müssen. Noch in der letzten Position als Referatsleiter für W. des DED in B. habe er die Verantwortung für 250 Mitarbeiter und einen Etat von 35 Millionen Mark gehabt. Er sei mehrfach mit kaum vorstellbaren traumatischen Ereignissen wie Gewalt, Tod, Vergewaltigung, schweren Verkehrsunfällen, Krieg, Erschießungen, schwere Erkrankungen der Mitarbeiter und vielem mehr konfrontiert gewesen. Aufgrund dieser Belastungen sei es in der letzten Zeit zu häufigeren Arbeitsunfähigkeitszeiten gekommen. Vor allem bei Reisen nach A. sei er an den Rand der Belastbarkeit gekommen. Durch kumulative Effekte dieser Belastungen leide er jetzt unter einer langfristigen Traumatisierung. Er lege u. a. die ärztliche Bescheinigung des Betriebsarztes des DED Dr. L. vom 19.10.1998 vor. Darin ist ausgeführt, aufgrund der Vorgeschichte (ständige Konfrontation mit großer Not, Leid und Zerstörung, Bedrohung durch Militär, Banden und Kriminalität, häufige akute Lebensgefahr für ihn und seine Mitarbeiter) sei das Beschwerdebild typisch für ein schweres Psychotrauma im Sinne einer PTBS. Außerdem lege er ein Papier der D. (GTZ) vom Juni 1998 zum Thema „Auslandseinsatz und Krise“ vor. Darin werden die zunehmenden krisenhaften Entwicklungen in vielen Entwicklungsländern und die immer häufigeren sehr belastenden existenziellen Erfahrungen, von denen Auslandsmitarbeiter und ihre Familien betroffen seien, sowie Maßnahmen zur Prävention und Intervention beschrieben. Weiter führte der Kläger aus, dem B. für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) lägen inzwischen dezierte Erkenntnisse über die PTBS vor. Hierzu lege er einen Aufsatz von S. zur psychischen Gesundheit von Kriseneinsatzkräften sowie die Niederschrift über die Tagung der Sektion „Versorgungsmedizin“ des ärztlichen Sachverständigenbeirats beim B. für Arbeit und Sozialordnung vom 12. bis 13.11.1997 zur Diagnose der PTBS vor. Im Übrigen sei der nach § 9 Abs. 2 SGB VII erforderliche wissenschaftliche Nachweis der gruppentypischen Überhäufigkeit der posttraumatischen Belastungsreaktionen durch epidemiologische Studien erbracht. Hierzu lege er den Aufsatz „Posttraumatische Belastungsreaktion bei Vietnam-Veteranen“ aus der Zeitschrift Deutsche Medizinische Wochenschrift 1990 vor.

8

Die Beklagte trat der Klage unter Aufrechterhaltung ihres bisherigen Standpunktes entgegen.

9

Das SG holte die Auskünfte des BMAS und des H. (HVBG) jeweils vom 01.03.2001 und des B. der Unfallkassen vom 05.03.2001 ein. Nach diesen Auskünften lagen dort jeweils keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu der Thematik posttraumatischer Belastungsstörungen bei Entwicklungshelfern vor. Der HVBG und der B. der Unfallkassen berichteten über dokumentierte Einzelfälle, bei denen eine PTBS als BK von Versicherten, die während ihrer Berufstätigkeit u. a. in Krisengebieten traumatisierenden Erlebnissen ausgesetzt waren, geltend gemacht worden



waren. Soweit bekannt, sei die Entschädigung als BK nach § 9 Abs. 2 SGB VII jeweils abgelehnt worden.

10

Das SG holte sodann das Gutachten von Dr. F., Chefarzt der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie von Erwachsenen der Klinik an der L. in O., vom 21.02.2002 zu der Frage ein, ob es Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft gebe, wonach posttraumatische Belastungsstörungen durch besondere Einwirkungen verursacht würden, denen Entwicklungshelfer oder hauptamtlich im Entwicklungsdienst Tätige bzw. andere abgrenzbare Personengruppen durch ihre Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Der Sachverständige führte aus, die Literaturrecherche habe nur wenige Artikel erbracht, die sich mit Entwicklungshelfern oder ähnlichen Berufen im Hinblick auf psychiatrische Erkrankungen beschäftigten. Viel Literatur und mittlerweile gesichertes Wissen hinsichtlich posttraumatischer Belastungsstörungen und anderer psychischer Erkrankungen hätten sich dagegen für die Berufsgruppen der Polizisten, Feuerwehrleute, Katastrophenhelfer, Kriegsveteranen und UN-Friedenstruppen ergeben. Hier seien deutlich höhere Prävalenzraten an PTBS oder anderen psychischen Störungen gefunden worden als in der Allgemeinbevölkerung. Die Auswertung der international gefundenen Literatur ergebe, dass sich die Bedingungen im Entwicklungsdienst in den letzten Jahren deutlich verschlechtert hätten. Entwicklungshelfer würden zunehmend in Krisenregionen eingesetzt, wo sie fast zwangsläufig Zeugen von Leid und Opfer von Gewalt würden. Dies geschehe häufig im Sinne einer kumulativen Traumatisierung, die nicht durch ein einzelnes gravierendes Ereignis gekennzeichnet sei, sondern durch die Häufung verschiedenster belastender Erlebnisse. Störungen, die daraus resultierten, erfüllten alle Kriterien einer PTBS außer dem so genannten Trauma-Kriterium, welches ein einzelnes, besonders belastendes Erlebnis wie den gewaltsamen Tod eines Menschen oder eigene erhebliche Verletzungen voraussetze. Neben der PTBS würden in den Artikeln andere stressbedingte Reaktionen wie Burn-out, Angsterkrankungen oder eine akute Belastungsreaktion sowie stoffgebundene Süchte, insbesondere Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit verschiedentlich genannt. Zusammenfassend ergebe sich aus der Literatur, dass langjährig im Entwicklungsdienst beschäftigte Personen in den letzten Jahren Bedingungen ausgesetzt gewesen seien, die die Entwicklung einer PTBS in erheblich höherem Maße wahrscheinlich werden ließen als in der Normalbevölkerung. Die Erkenntnisse würden vorwiegend auf Expertenmeinungen mit einem geringen Evidenzgrad (Grad V bei einer Skala von I -V) beruhen. Lediglich ein Artikel von Ericsson aus dem Jahr 2001, der auf einer Befragung von 113 nach Hause zurückgekehrten Mitarbeitern von fünf Hilfsorganisationen beruhe, erreiche annähernd Grad IV der Evidenz. Die PTBS scheine momentan die noch am besten gesicherte Krankheit bei der fraglichen Personengruppe zu sein. Rein formal gesehen dürfe man allerdings bei den gegenwärtig gültigen Diagnosesystemen bei kumulativen Traumen, von denen jedes einzelne nicht das Trauma-Kriterium der PTBS erfülle, die Diagnose einer PTBS nicht stellen, sondern müsse die Diagnose einer Anpassungsstörung als minderschwere Form der Reaktion auf die Belastungen wählen. Dieses Problem sei durch künftige Forschung und gegebenenfalls durch die Veränderung diagnostischer Kriterien zu lösen.

11

Das SG holte sodann das Gutachten von Prof. Dr. E., Oberarzt an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik des Universitätsklinikums F., vom 23.07.2002 zur Frage der beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen und der

individuellen Kausalität zwischen diesen Gesundheitsstörungen und der beruflichen Tätigkeit ein. Das Gutachten stützt sich auf eine Untersuchung des Klägers am 21.05.2002. Prof. Dr. E. kommt darin zu dem Ergebnis, dass der Kläger unter einem depressiven Syndrom und einem Angstsyndrom leide. Bei dem depressiven Syndrom handle es sich um eine depressive Episode mit somatischem Syndrom, die weitgehend bzw. vollständig remittiert sei. Bei dem Angstsyndrom handle es sich um Symptome einer Anpassungsstörung bzw. um Symptome einer PTBS, ohne dass eine eindeutige Diagnose nach ICD-10 möglich wäre. Die depressive Episode könne nicht mit Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf die Berufstätigkeit des Klägers zurückgeführt werden. Die Symptome des Angstsyndroms seien wahrscheinlich mit verursacht durch die depressive Episode. In ihrer spezifischen Form wären diese Symptome ohne Mitwirkung der beruflichen Faktoren aber nicht aufgetreten.

12

Mit Beschluss vom 07.07.2003 ordnete das SG das Ruhen des Verfahrens an. Unter dem 13.10.2003 legte der Kläger die als Diplomarbeit im Fach Psychologie an der H. Universität B. angefertigte Studie von B. vom 30.09.2002 über „Traumatische Ereignisse und deren Folgen für das Auslandspersonal des Deutschen Entwicklungsdienstes“, das Rundschreiben 21/03 des DED vom Mai 2003 hierzu mit Schlussfolgerungen von Dr. Z. und Dr. Sp., den Aufsatz von Wolfersdorf zur PTBS bei langjährig mit Tötungsdelikten bzw. Kindesmissbrauch beschäftigten Polizisten (Psychiatrische Praxis 2003, 588 ff.), den Entlassungsbericht der Rehaklinik G. vom 25.06.2004 über die stationäre Behandlung des Klägers vom 17.03. bis 12.05.2005 (Diagnosen u.a. chronifizierte PTBS, rezidivierende depressive Störung) und das an seinen Prozessbevollmächtigten gerichtete Schreiben des B. für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 19.05.2004 vor.

13

Am 19.08.2004 rief die Beklagte den Rechtsstreit wieder an, weil es keinen Sinn mache, noch länger zuzuwarten, ob sich der Sachverständigenbeirat irgendwann entscheide, ein Verfahren zur Anerkennung einer PTBS als BK einzuleiten. Ein solches Verfahren werde wohl deshalb überhaupt nicht eingeleitet werden, weil eine PTBS schon heute als Unfallfolge entschädigt werde, wenn sie denn vorliege. Der Kläger legte das Schreiben des B. für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 12.08.2004 vor.

14

Mit Urteil vom 25.10.2005 verurteilte das SG die Beklagte dem Grunde nach, die Erkrankung des Klägers „posttraumatische Belastungsstörung“ gemäß § 9 Abs. 2 SGB VII wie eine BK anzuerkennen und dem Kläger deswegen die gesetzlichen Entschädigungsleistungen zu gewähren. Zur Begründung führte es aus, nach § 9 Abs. 2 SGB VII hätten die Unfallversicherungsträger Krankheiten, die nicht in der BKV bezeichnet seien oder bei denen die dort bestimmten Voraussetzungen nicht vorlägen, wie eine BK als Versicherungsfall anzuerkennen, sofern im Zeitpunkt der Entscheidung nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft die Voraussetzungen für eine Bezeichnung nach § 9 Abs. 1 SGB VII erfüllt seien (so genannte Quasi-BK). Diese Voraussetzungen seien hier erfüllt, da der Kläger zu einer Personengruppe gehöre, die durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung besonderen Einwirkungen ausgesetzt sei, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft generell geeignet seien, Krankheiten der beim Kläger vorliegenden Art zu verursachen. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur gruppentypischen Gefährdung im Entwicklungsdienst Tätiger bestünden

insbesondere in Form der Diplomarbeit von J.. Darin werde die gegenüber der allgemeinen Bevölkerung erheblich erhöhte Einwirkungshäufigkeit im Sinne der Diagnosekriterien der PTBS gefährdender Ereignisse auf Entwicklungshelfer - gestützt auf die Befragung zurückgekehrter Entwicklungshelfer und ihrer Partner - dargelegt. Die Ergebnisse würden den Anhaltspunkten in den von Dr. F. zitierten Veröffentlichungen entsprechen. Trotz der eher geringen Anzahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen und der vergleichsweise niedrigen Validität sei festzustellen, dass es sich um das Gesamtbild der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu diesem Thema handle, welches die einhellige Meinung der einschlägig tätigen Wissenschaftler widerspiegele, wonach eine erhöhte gruppenspezifische Gefährdung bestehe. Die Überzeugung, dass der Kläger unter einer durch seine versicherte Tätigkeit hervorgerufenen PTBS leide, stützte das SG auf die Stellungnahme von Prof. Dr. H. vom 04.01.1999, die es im Wege des Urkundsbeweises verwertete. Das Gutachten von Prof. Dr. E. könne demgegenüber nicht überzeugen, da es erkennen lasse, dass dieser Sachverständige das der PTBS zugrundeliegende diagnostische Konzept wissenschaftlich ablehne oder ihm zumindest kritisch gegenüberstehe.

15

Gegen das ihr am 27.01.2006 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 20.02.2006 Berufung eingelegt. Sie hat die Auffassung vertreten, die gemäß § 9 Abs. 2 SGB VII notwendigen neuen Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft für die Erkrankung PTBS oder sonstige psychische Gesundheitsstörungen in Bezug auf die Berufsgruppe der Entwicklungshelfer und ihnen gleichzustellende Personen lägen nicht vor. Hierzu habe Dr. F. ausgeführt, dass eine wissenschaftliche Validierung der Tatsache, dass im Entwicklungsdienst tätige Personen in den letzten Jahren vermehrt Bedingungen ausgesetzt gewesen seien, die die Entwicklung einer PTBS in erheblich höherem Maße wahrscheinlich werden ließen als bei der Normalbevölkerung, noch ausstehe. Die Studie von J. genüge wissenschaftlichen Anforderungen nicht. Das SG habe außerdem zu Unrecht den individuellen Ursachenzusammenhang der Erkrankung des Klägers mit der gefährdenden Tätigkeit bejaht, obwohl es sich nach den Beurteilungen von Dr. E. bei der Erkrankung des Klägers um eine primäre affektive Störung vom Bild einer depressiven Episode handle. Die vom Kläger in Betracht gezogene analoge Anwendung des § 10 EhfG auf hauptamtlich als Entwicklungshelfer Tätige sei im Rahmen der Rechtsprechung schon wegen des Gewaltenteilungsprinzips nicht möglich.

16

Die Beklagte beantragt,

17

das Urteil des Sozialgerichts F. vom 25.10.2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen,

18

hilfsweise die Revision zuzulassen.

19

Der Kläger beantragt,

20

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen,

21

hilfsweise die Revision zuzulassen.



22

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Ergänzend vertritt er die Auffassung, der geltend gemachte Anspruch ergebe sich auch aus einer analogen Anwendung des § 10 Abs. 1 EfhG. Danach würden für (ehrenamtliche) Entwicklungshelfer Leistungen wie bei einem Arbeitsunfall oder einer BK erbracht, wenn die Gesundheitsstörung auf Verhältnisse zurückzuführen sei, die dem Entwicklungsland eigentümlich seien und für den Entwicklungshelfer eine besondere Gefahr auch außerhalb des Entwicklungsdienstes bedeuteten. Danach sei die Anerkennung der PTBS beim Kläger wie eine BK zumindest nach Artikel 3 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) geboten. Es existiere kein rechtfertigender Unterschied zwischen dem ehrenamtlichen Entwicklungshelfer im Sinne des EfhG und dem Kläger als hauptamtlich Beschäftigtem einer Entwicklungshilfeorganisation. Er hat außerdem den „Vermerk“ des DED vom 02.08.2006 zu seinem Fall vorgelegt. Darin wird die Anerkennung der geltend gemachten BK befürwortet.

23

Der Senat hat die Auskunft des BMAS vom 18.01.2007 und die Stellungnahmen des B. für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) vom 07.08.2007 eingeholt, außerdem das psychiatrisch-psychosomatische Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) von Prof. Dr. H. vom 07.05.2007. Das BMZ sieht für die Annahme einer unbewussten Regelungslücke im EfhG angesichts des klaren Gesetzeswortlauts und der - vorgelegten - Gesetzesmaterialien keinen Anhaltspunkt. In Bezug auf die Diplomarbeit von J. wird die Auffassung vertreten, diese habe methodische Mängel, die dazu führten, dass die Ergebnisse nicht nachvollziehbar seien. Insbesondere werde nicht ausreichend zwischen Entwicklungshelfern und hauptamtlichen Mitarbeitern des DED unterschieden. Die hauptamtlichen Mitarbeiter seien grundsätzlich nur zeitweise im Ausland beschäftigt und auch dort überwiegend in der Hauptstadt der Länder mit Verwaltungsaufgaben und Aufgaben der Personalführung betraut. Aus diesem Grund seien andere Untersuchungen, vor allem aus dem amerikanischen Bereich, die sich auf Personen bezögen, die während Katastrophen oder Krisen (Dürre, Krieg, Epidemien) in den betroffenen Gebieten in entsprechenden Projekten eingesetzt worden seien, hier nicht relevant. Vorgelegt wurden Muster eines Arbeitsvertrages und einer Aufgabenbeschreibung für einen beim DED beschäftigten Landesdirektor.

24

Prof. Dr. H. führt unter Berücksichtigung zahlreicher Literaturangaben aus, seit langem sei wissenschaftlich anerkannt, dass posttraumatische Belastungsstörungen durch besondere Ereignisse wie kriegerische Auseinandersetzungen, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle, Einbruch, das Erleben lebensbedrohlicher Ereignisse und auch Erkrankungen ausgelöst werden könnten. Bestimmte Personengruppen seien aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung diesen Gefahren ausgesetzt. Dies sei seit langem bekannt und erwiesen für Soldaten, Mitarbeiter im Krisen- und Katastrophenschutz wie Feuerwehrleute, Polizisten, Mitarbeiter des Technischen Hilfswerkes oder anderen sowie Menschen, die Verfolgung, Folter, Konzentrationslager oder Ähnliches überlebt hätten. Entwicklungshelfer seien eindeutig einer solchen Personengruppe zuzuordnen, wie dies zuletzt von J. nachgewiesen worden sei. Beim Kläger bestehe eine chronifizierte PTBS mit Aspekten einer traumaassoziierten Persönlichkeitsveränderung und dissoziativen Anteilen sowie trau-



maassoziiert im Sinne einer Traumafolgestörung eine chronifizierte depressive Störung, ein chronisches Hyperventilationssyndrom sowie der Verdacht auf einen zumindest riskanten Tranquilizergebrauch. Ursache hierfür seien die bereits früher angeführten beruflichen Einwirkungen, insbesondere die im Rahmen der Exploration (nochmals) dargelegten exponierten Einzelereignisse (Polizeikontrolle durch einen jugendlichen alkoholisierten bewaffneten Polizisten ohne zeitliche Angabe, tödlicher Motorradunfall eines Einheimischen 1975, Tod einer schwer verletzten Frau beim Transport durch den Kläger ins Krankenhaus 1992). Insbesondere diese Situationen würden heute noch alptraumartig und in Flashbacks wiederkehren und zu Vermeidung und Übererregbarkeit führen.

25

Die Beklagte hält das Gutachten nicht für überzeugend und trägt u. a. vor, die Diagnose der PTBS werde ohne die Abgrenzung anderer kausaler Noxen im Privatleben des Klägers, die zuvor umfangreich geschildert worden seien, der Tätigkeit für den DED zugeordnet. Das Fehlen von Brückensymptomen nach den belastenden Erlebnissen werde als Begründung für die Kausalität herangezogen, auch wenn dies nach der unfallmedizinischen Fachliteratur dagegen spreche. Der Sachverständige habe ferner nicht beachtet, dass der Kläger nicht Entwicklungshelfer, sondern hauptamtlicher Mitarbeiter des DED gewesen sei. Die Belastungssituation der hauptamtlichen Mitarbeiter sei mit denen der Entwicklungshelfer nicht zu vergleichen.

26

Der Kläger hat hierauf erwidert, die Aufgabenbeschreibungen und Dienstzeugnisse betreffend seine Tätigkeit in N. und in T. bewiesen, dass er nicht nur in der jeweiligen Landeshauptstadt gearbeitet habe, da er sich jeweils einen Eindruck von den Projekten vor Ort habe machen müssen und die Entwicklungshelfer vor Ort fachlich, aber auch in persönlichen Angelegenheiten habe beraten müssen. Ständig sei er „am Puls des Geschehens“ gewesen. Dort, wo es buchstäblich gebrannt habe und Menschen ermordet und Bürgerkriege geführt worden seien, Dörfer niedergebrannt und Entwicklungshelfer in persönlicher Gefahr gewesen seien, sei auch er anwesend gewesen, um sofort mit seinen umfangreichen Erfahrungen zumindest das Leben der Entwicklungshelfer zu retten und zu schützen. Darüber hinaus sei es eine allgemein bekannte Tatsache, dass die Hauptstädte der entsprechenden Länder wesentlich gefährlicher seien als das Leben in den Dörfern, da alle Krisensituationen in den Hauptstädten begännen. Nicht nachvollziehbar sei ferner, wie die Beklagte auf die Idee komme, er sei von 1992 bis 1995 überhaupt nicht in T. gewesen. Seine Dienstzeugnisse bewiesen das Gegenteil. Er hat insoweit den Eintrag vom 03.10.2000 aus dem „Tagebuch einer Weltumrundung“ von E., die Bestätigung des DED vom 06.09.2007 (Dienstszitz des Klägers von Februar 1979 bis Januar 1983 in N./N. und von August 1987 bis August 1995 in L./T.), seine Arbeitsverträge mit dem DED vom 06.12.1978 und 18.06.1987 sowie das Zwischenzeugnis vom 01.02.1988 und das Zeugnis vom 01.03.2001 vorgelegt.

27

Die Beklagte hat sodann die Stellungnahme des Neurologen und Psychiaters Dr. B. vom 12.10.2007 vorgelegt. Zum Gutachten von Prof. Dr. H. vom 07.05.2007 hat dieser ausgeführt, soweit der Sachverständige dargelegt habe, dass 45% der Mitarbeiter nach Einsätzen in Krisen- und Katastrophengebieten eine PTBS erlitten, sei diese Zahl im Prinzip zu bestätigen. Stets sei jedoch eine kritische Auseinandersetzung mit der subjektiven Symptomatik einer PTBS erforderlich. Oft finde bei Unfallreaktionen mehr oder weniger bewusst eine Verschiebung der eigenen

28

Problematik auf das äußere Ereignis statt (Unfall als Regressionsangebot). Wenn man die vom Kläger ausschließlich subjektiv geschilderten Ereignisse als gesichert ansehe, sei wohl davon auszugehen, dass das Kriterium A der PTBS erfüllt sei. Offen sei jedoch, ob bei dem Kläger eine erscheinungsbildlich erkennbare intrusive oder dissoziative Symptomatik auftrete, wenn er die entsprechenden Ereignisse schildere. Nicht erfüllt sei jedenfalls der Zeitfaktor einer PTBS. Es fehle hier jeder Nachweis einer verletzungsnahen psychischen Symptomatik, die erst mit jahrelanger Latenz (nach der Rückkehr nach D. im Jahr 1995) aufgetreten sei.

29

In der mündlichen Verhandlung vom 18.10.2007 hat der Senat den Kläger angehört. Er hat Angaben über seine Krankheitsentwicklung seit 1983 gemacht und mehrere ihn belastende Ereignisse während der Zeit seines Einsatzes in T. geschildert.

30

Der Senat hat von der Deutschen Rentenversicherung Bund die Rentenakten des Klägers beigezogen. Darin befinden sich u.a. der Arztbrief des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe vom 08.01.1997 über stationäre Behandlungen des Klägers im November 1996 (Diagnosen: u.a. Verdacht auf psychovegetativen Erschöpfungszustand), das Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. T. vom März 1999 und das Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. B. vom 02.01.2001. Mit Schriftsatz vom 13.03.2008 hat der Kläger ferner entsprechend einer Aufforderung des Senats ausführlich die Zustände in M., M., N. und T. dargestellt und in diesem Zusammenhang zahlreiche einzelne, ihn seelisch besonders belastende Ereignisse geschildert. Beigefügt war eine tabellarische Übersicht über die politische Entwicklung in T. in der ersten Hälfte der 90-er Jahre und ein von ihm verfasster Rundfunkaufruf vom März 1993.

Schließlich hat der Senat von dem Leiter des Bereichs Forensische Psychiatrie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in M., Prof. Dr. D., das nervenärztliche Gutachten vom 06.11.2008 mit der ergänzenden Stellungnahme vom 19.02.2009 sowie die Auskunft der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung vom 26.02.2009 eingeholt. Prof. Dr. D. hat von Seiten seines Fachgebiets die Diagnosen einer PTBS (ICD 10 F 43.1) und einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD 10 F 62.0) gestellt. Diese Störungen ließen sich mit Wahrscheinlichkeit wesentlich mitursächlich auf die vom Kläger im Schriftsatz vom 13.03.2008 geschilderten belastenden Ereignisse zurückführen. Dabei würde schon ein einzelnes dieser Ereignisse ausreichen, um eine PTBS hervorzurufen. Bei dem Kläger habe allerdings vermutlich das mehrfache Ausgesetztsein gegenüber solchen Ereignissen die Symptomatik einer PTBS und einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung verursacht. Vorbestehende psychische Gesundheitsstörungen, welche die traumatischen Ereignisse beeinflusst haben könnten, seien nicht erkennbar. Gegen außerberufliche Umstände als Verursachung spreche, dass der Kläger weder bei der jetzigen Begutachtung noch bei den früheren Begutachtungen über außerberufliche Traumata berichtet habe. Außerdem bezögen sich die erlebten Flashbacks bzw. die erinnerten Alpträume eindeutig auf Ereignisse und Situationen des früheren Berufslebens. Zur Frage, inwiefern Entwicklungshelfer oder andere bestimmte Berufsgruppen auf Grund ihrer beruflichen Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung dem Risiko ausgesetzt seien, eine PTBS zu entwickeln, hat sich der Sachverständige auf die umfangreichen Vorarbeiten bezogen, die Dr. F. in seinem Gutachten vom Februar 2002

zusammengetragen und kritisch evaluiert habe. Seither seien kaum relevante wissenschaftliche Studien hinzugekommen, welche diese Frage im direkten Vergleich zu Kontrollgruppen, sei es diejenige von Berufstätigen in der Normalbevölkerung, sei es diejenige von anderen Krisenhelfern (Feuerwehrleute, Soldaten, etc.) untersucht hätten. Ebenso wie zum Zeitpunkt des F. Gutachtens seien als die aufschlussreichsten internationalen Artikel nach wie vor diejenigen von Smith (1996) sowie von Ericsson (2001) zu nennen. Von Bedeutung sei ferner die Diplomarbeit von J., die inzwischen in einer internationalen Fachzeitschrift veröffentlicht worden sei sowie die Diplomarbeit von C. aus dem Psychologischen Institut der Universität T. (Traumatische Ereignisse und posttraumatische Belastungsstörungen bei Mitarbeitern des Technischen Hilfswerks) vom Februar 2002. Insgesamt bestehe nach wie vor das Dilemma, dass es für die Berufsgruppe der Entwicklungshelfer im Ausland keine Studien mit einer Vergleichsgruppe gebe, die eindeutig ein höheres Risiko gegenüber anderen Berufsgruppen oder der Normalbevölkerung zeigen würden, eine PTBS zu entwickeln. Dabei scheine es inzwischen international weitgehend gesichert, dass andere Berufsgruppen, bspw. Polizisten und Feuerwehrleute, Katastrophenhelfer, Sanitäter und in der Notaufnahme beschäftigte Personen sowie Kriegsveteranen und UN-Friedenstruppen ein deutlich höheres Risiko gegenüber der Allgemeinheit trügen, eine beruflich bedingte PTBS zu erleiden. Aus seiner Sicht wäre es daher verwunderlich, wenn dies bei den Entwicklungshelfern nicht so wäre, sofern sie ähnlich wie die anderen vorgenannten Berufsgruppen im Rahmen ihrer Tätigkeit eine erhöhte Traumaexposition aufwiesen. Dabei liege die Diplomarbeit von J. eine solch erhöhte Traumaexpositionsrate nahe. Hierzu hat die Beklagte vorgetragen, der Sachverständige habe die Frage des Gerichts, ob neue wissenschaftliche Erkenntnisse vorlägen, dass eine PTBS oder andere psychiatrische Gesundheitsstörungen bei bestimmten Personengruppen durch besondere Einwirkungen verursacht seien, denen diese in erheblich höherem Ausmaß ausgesetzt seien, im Ergebnis abschlägig beantwortet. Auch eine positive Beantwortung dieser Beweisfrage hätte für den Ausgang des Prozesses auch keine entscheidende Bedeutung, weil der Kläger kein Entwicklungshelfer im klassischen Sinn, sondern hauptamtlicher leitender Mitarbeiter des DED gewesen sei, der zum Einsatz und zur Kontrolle der Entwicklungshelfer entsandt worden sei. Es sei daher nur möglich, die Tätigkeit des Klägers mit der eines Entwicklungshelfers aufgrund der Zustände in den Einsatzgebieten zu vergleichen und auch dann stehe fest, dass die formellen Voraussetzungen zur Anerkennung einer Quasi-BK nicht vorlägen. Da dies der Punkt sei, an dem die Anerkennung insbesondere von psychischen Störungen bei allen anderen Berufsgruppen trotz nachvollziehbarer Exposition scheitern müsse, sei zum Abweichen von diesem Grundsatz der Verordnungsgeber aufgerufen, da sich eine Rechtsfortbildung contra legem verbiete. Der Kläger hat hierauf erwidert, das Ignorieren des Themas der PTBS und der dazu vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse bei den verantwortlichen Unfallversicherungsträgern sei kein Indiz dafür, dass neuere wissenschaftliche Erkenntnisse nicht vorlägen oder nicht bekannt seien. Gerade der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung müssten Fälle von Rettungsärzten, Rettungssanitätern, Feuerwehrmännern, Polizisten und anderen im öffentlichen Dienst Beschäftigten, die an PTBS erkrankt seien, geläufig sein. Publikationen über die Traumatisierung von Bundeswehrsoldaten bei Auslands- und Krieseinsätzen sind beigelegt worden..



32

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Akten des Senats, des SG und auf die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

## Entscheidungsgründe

33

Gemäß § 124 Abs. 2 SGG hat der Senat ohne mündliche Verhandlung entschieden, da sich die Beteiligten mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben und der Senat bei der insoweit zu treffenden Ermessensentscheidung berücksichtigt hat, dass am 18.10.2007 bereits eine mündliche Verhandlung durchgeführt worden ist.

34

Die gemäß §§ 143 und 144 SGG statthafte und gemäß § 151 Abs. 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat der Klage zu Recht stattgegeben, denn die angefochtenen Bescheide verletzen den Kläger in seinen Rechten. Das angefochtene Urteil ist lediglich insoweit zu korrigieren, dass die richtige Klageart zur Erreichung des vom Kläger angestrebten Ziels hier die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage gemäß § 54 Abs. 1 SGG und § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG ist. Zwar hat der Kläger auch beantragt, ihm wegen seiner wie eine BK anzuerkennenden PTBS „die gesetzlichen Entschädigungsleistungen zu gewähren“. Eine Leistungsklage nach § 54 Abs. 4 SGG wollte er damit aber ersichtlich nicht erheben, denn er hat keine konkreten Leistungsansprüche geltend gemacht und für den Erlass eines allgemein auf „Entschädigung“ gerichteten Grundurteils bietet das Gesetz keine Handhabe. Die Möglichkeit der Entscheidung durch Grundurteil ist nach § 130 Abs. 1 Satz 1 SGG auf Fälle beschränkt, in denen der Kläger eine oder mehrere ihrer Art nach feststehende Geldleistungen begehrt, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Geht es zunächst nur um die Frage der Entschädigungspflicht dem Grunde nach, steht im Entscheidungszeitpunkt noch nicht fest, welche der in Frage kommenden Leistungen (Krankenbehandlungen, Rehabilitation, Verletztengeld, Verletztenrente u.a.) im konkreten Fall tatsächlich beansprucht werden können und für welchen Zeitraum sie gegebenenfalls zu erbringen sind. Dem Antrag des Klägers, ihm deswegen die gesetzlichen Entschädigungsleistungen zu gewähren, kommt deshalb keine eigenständige Bedeutung zu (vergleiche BSG vom 07.09.2004 - B 2 U 46/03 R <SozR 4 - 2700 § 2 Nr. 3> und vom 15.02.2005 - B 2 U 1/04 R <SozR 4 - 2700 § 8 Nr. 12>).

35

Der vom Kläger verfolgte Anspruch auf Anerkennung der bei ihm bestehenden PTBS wie eine BK (sogenannte Wie-BK) richtet sich noch nach den bis zum 31.12.1996 geltenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO), da der als entschädigungspflichtig geltend gemachte Versicherungsfall nach den Angaben des Klägers „Mitte 1996“, also vor dem Inkrafttreten des SGB VII am 01.01.1997 eingetreten ist (vergleiche Artikel 36 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes <UVEG>, § 212 SGB VII).

36

Nach § 551 Abs. 2 RVO sollen die Träger der Unfallversicherung im Einzelfall eine Krankheit, auch wenn sie nicht in der BKVO bezeichnet ist oder die dort bestimmten Voraussetzungen nicht vorliegen, wie eine BK entschädigen, sofern nach neuen Erkenntnissen die übrigen Voraussetzungen des § 551 Abs. 1 RVO erfüllt sind. Zu



diesen Voraussetzungen gehören sowohl der ursächliche Zusammenhang der Krankheit mit der nach den §§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO versicherten Tätigkeit als auch die Zugehörigkeit des Versicherten zu einer bestimmten Personengruppe, die durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung besonderen Einwirkungen ausgesetzt ist, die nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft Krankheiten der betreffenden Art verursachen. Mit dieser Regelung soll nicht in der Art einer „Generalklausel“ erreicht werden, dass jede Krankheit, deren ursächlicher Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit im Einzelfall zumindest hinreichend wahrscheinlich ist, wie eine BK zu entschädigen ist. Vielmehr sollten dadurch Krankheiten zur Entschädigung gelangen, die nur deshalb nicht in die BK-Listen aufgenommen wurden, weil die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft über die besondere Gefährdung bestimmter Personengruppen in ihrer Arbeit bei der letzten Fassung der Anlage 1 (nach Inkrafttreten der BKV nur noch „Anlage“) zur BKVO noch nicht vorhanden waren oder trotz Nachprüfung noch nicht ausreichten (BSGE 79, 250, 251; BSG vom 04.06.2002 - B 2 U 20/01, veröffentlicht in Juris). Ob eine Krankheit innerhalb einer bestimmten Personengruppe im Rahmen der versicherten Tätigkeit häufiger auftritt als bei der übrigen Bevölkerung (sogenannte Gruppentypik) erfordert in der Regel den Nachweis einer Fülle gleichartiger Gesundheitsbeeinträchtigungen und eine langfristige zeitliche Überwachung derartiger Krankheitsbilder, um dann daraus schließen zu können, dass die Ursache für die Krankheit in einem schädigenden Arbeitsleben liegt. Ist im Ausnahmefall die gruppenspezifische Risikoerhöhung nicht mit der im allgemeinen notwendigen langfristigen zeitlichen Überwachung derartiger Krankheitsbilder zum Nachweis einer größeren Anzahl gleichartiger Gesundheitsstörungen zu belegen, da etwa aufgrund der Seltenheit der Erkrankung medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse durch statistisch abgesicherte Zahlen nicht erbracht werden können, kann zur Feststellung der generellen Geeignetheit der Einwirkung spezieller Noxen zur Verursachung der betreffenden Krankheit auch auf Einzelfallstudien, auf Erkenntnisse aus anderen Staaten sowie auf frühere Anerkennungen entsprechender Krankheiten wie BKen nach § 551 Abs. 2 RVO und damit zusammenhängende medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse zurückgegriffen werden (BSG aaO). Die generelle Geeignetheit der Einwirkung der gefährdenden Stoffe auf die Entstehung oder Verschlimmerung der Krankheit muss in der medizinischen Wissenschaft allgemein anerkannt sein. Hinsichtlich der Anforderungen an den Überzeugungsgrad, den die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die generelle Eignung zur Krankheitsverursachung aufweisen müssen, um eine positive Entscheidung über eine Anerkennung „wie eine BK“ zu begründen, genügt die Wahrscheinlichkeit (Mehrtens/Brandenburg, BKV, E § 9 SGB VII Seite 58 ff. und Seite 109, Stand Februar 2008, ebenso Koch in Lauterbach, Randziffer 257 zu § 9, Becker in Brackmann, Randnummern 56 ff. zu § 9; Keller, SGB 2001, 226, 228). Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass beim vernünftigen Abwägen aller Umstände die auf die berufliche Verursachung deutenden Faktoren so stark überwiegen, dass darauf die Entscheidung gestützt werden kann. Eine Möglichkeit verdichtet sich dann zur Wahrscheinlichkeit, wenn nach der geltenden ärztlich-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (Mehrtens/Brandenburg, aaO, Seite 59 m.N.).



37

Die Formulierung „sollen entschädigen“ bedeutet, dass in typischen Fällen entschädigt werden muss, nur in atypischen Fällen nicht, deren besondere Umstände der Unfallversicherungsträger zu beweisen hat (BSGE 35, 267, 269 f.). Praktisch führt dies - entsprechend der seit 01.01.1997 geltenden Bestimmung des § 9 Abs. 2 SGB VII - immer zu einem „Muss“ (zutr. Kass Komm-Ricke, Rdz. 15 zu § 551 RVO).

38

Im vorliegenden Fall gehörte der Kläger einer Personengruppe an, die durch ihre Arbeit in erheblich höherem Maße als die übrige Bevölkerung besonderen Einwirkungen ausgesetzt war, die eine PTBS hervorrufen können. Die gefährdete Personengruppe kann sich aus Personen eines einzelnen Berufs oder Berufszweiges oder auch aus Personen in unterschiedlichen Berufen zusammensetzen. Erforderlich ist lediglich, dass der Versicherte einer Gruppe zugerechnet werden kann, hinsichtlich derer durch die medizinische Forschung eine erhöhte Gefährdung durch konkrete berufstypische Einwirkungen verifiziert worden ist (vgl. Keller, SGB 2001, 226, 229). Da eine PTBS durch das Erleben ganz unterschiedlicher Vorgänge hervorgerufen werden kann, ist im vorliegenden Fall nach der Auffassung des Senats eine Gruppenbildung unter Anknüpfung an eine bestimmte Noxe, wie zum Beispiel Stäube, Dämpfe oder Gase nicht möglich. Stattdessen bietet es sich hier an, sämtliche Versicherte zu einer Gruppe zusammenzufassen, die mit Aufgaben der Entwicklungshilfe im weitesten Sinne in Staaten befasst sind, die zu der betreffenden Zeit als Krisengebiete gelten. Der Einfachheit halber wird im Folgenden von Entwicklungshelfern gesprochen. Insoweit kann es nach Auffassung des Senats keine Rolle spielen, ob der Versicherungsschutz des Entwicklungshelfers auf § 539 Abs. 1 Nr. 16 RVO oder auf § 2 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 i.V.m. Abs. 1 Nr. 1 SGB VII beruhte. In der Gruppe der Entwicklungshelfer sind mithin Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 EhfG und solche Personen zusammenzufassen, die wie der Kläger hauptamtlich in einem Beschäftigungsverhältnis zu einer deutschen Entwicklungshilfeorganisation wie dem DED stehen und ebenso wie Entwicklungshelfer durch ihren Aufenthalt in dem betreffenden Krisengebiet denselben psychischen Belastungen unterliegen.

39

Nach der Überzeugung des Senats ist hinreichend wahrscheinlich, dass Entwicklungshelfer in diesem Sinne besonderen Einwirkungen ausgesetzt sind, die geeignet sind, eine PTBS hervorzurufen. Hierfür stützt sich der Senat auf die ihn überzeugenden Gutachten von Dr. F. und Prof. Dr. D. sowie auf die Überlegung, dass Entwicklungshelfer in Krisengebieten ähnlichen Belastungen ausgesetzt sind bzw. waren wie Polizisten, Feuerwehrleute, Rettungssanitäter und in der Notaufnahme beschäftigte Personen sowie Kriegsveteranen und UN-Friedenstruppen. Ergänzend hat der Senat ferner die Studie von J. vom 30.09.2002, die Studie „Traumatische Ereignisse und posttraumatische Belastungsstörung bei Mitarbeitern des Technischen Hilfswerkes“ von C. vom Februar 2002, den Aufsatz „Auslandseinsatz und Krise“ von L. und L. vom Juni 1998 im Auftrag der D. (GTZ) sowie die vom Kläger vorgelegten Aufsätze und Abhandlungen von S. u.a. berücksichtigt. Wie Dr. F. in seinem Gutachten überzeugend dargelegt hat, haben sich die Bedingungen im Entwicklungsdienst in den letzten Jahren deutlich verschlechtert. So beschreiben Turner u. a. 1998 die erhebliche Zunahme getöteter Mitarbeiter von Hilfsorganisationen in den letzten Jahren. L. weist ebenfalls 1998 auf die Zunahme von Nothilfeprogrammen hin. Entwicklungshelfer werden zunehmend in Krisenregionen eingesetzt, wo sie fast zwangsläufig Zeugen von Leid oder Opfer von Gewalt werden.



Dies geschieht häufig im Sinne einer kumulativen Traumatisierung, die nicht durch ein einzelnes gravierendes Ereignis gekennzeichnet ist, sondern durch die Häufung verschiedenster belastender Ergebnisse. Auch wenn diese Ereignisse nicht das sogenannte A-Kriterium der PTBS nach dem DSM IV erfüllen, welches ein einzelnes, besonders belastendes Erlebnis wie den gewaltsamen Tod eines Menschen oder eigene erhebliche Verletzungen voraussetzt, kann eine sogenannte kumulative Traumatisierung bejaht werden. Zu dieser Überzeugung ist Dr. F. insbesondere im Hinblick auf die Arbeit von Smith aus dem Jahr 1996 gelangt. Dieser Entwicklung tragen Hilfsorganisationen und verwandte Einrichtungen wie z.B. der DED dahingehend Rechnung, dass zunehmend Schulungs- und Behandlungsprogramme angeboten werden, um seelische Schäden entweder präventiv zu verhindern oder in den Folgen durch Aufarbeitung und Behandlung abzumildern. Als nach humanitären Einsätzen auftretende psychiatrische Erkrankung wird die PTBS von den meisten in Frage kommenden Artikeln benannt. Auch Ericsson ist in seiner Arbeit von 2001 nach der Befragung von 113 zurückgekehrten Mitarbeitern von 5 Hilfsorganisationen zu dem Schluss gelangt, dass Entwicklungshelfer ein hohes Risiko haben, Opfer oder Zeugen traumatischer Ereignisse zu werden. 10% der Heimkehrenden hatten eine ausgeprägte PTBS, weitere 19% eine partielle PTBS. Fasst man sämtliche Ergebnisse zusammen, so zeigt sich, dass langjährig im Entwicklungsdienst tätige Personen in den letzten Jahren Bedingungen ausgesetzt waren, die die Entwicklung einer PTBS in erheblich höherem Maße wahrscheinlich werden lassen als in der Normalbevölkerung. Dieser Beurteilung hat sich Prof. Dr. D. im Wesentlichen angeschlossen. Er hat hierbei anders als Dr. F. auch noch die Diplomarbeit von J. berücksichtigt, die zu dem Ergebnis gekommen ist, das „Auslandspersonal“ des DED sei sehr viel häufiger (etwa 15 mal) traumatischen Ereignissen ausgesetzt als die Normalbevölkerung in D. oder in den U.; ebenfalls sei die absolute Häufigkeit einer PTBS bei Mitarbeitern des DED etwa 15 mal so hoch wie in D.. Soweit die Beklagte im Schriftsatz vom 02.02.2008 die Auffassung vertreten hat, Prof. Dr. D. habe die Frage des Gerichts nach wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Frage des Zusammenhangs zwischen einer PTBS und einem Dienst in Krisengebieten letztlich abschlägig beantwortet, vermag der Senat ihr hierin nicht zu folgen. Prof. Dr. D. hat ihr selbst in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19.02.2009 widersprochen. Nach Auffassung des Senats hat er hierin lediglich offen gelassen, ob § 9 Abs. 2 SGB VII bzw. § 551 Abs. 2 RVO im Fall des Klägers anzuwenden ist und ob sein konkretes Tätigkeitsfeld dem Beruf eines Entwicklungshelfers zuzuordnen ist.

40

Der Senat verkennt nicht, dass gegen die Studie von J. erhebliche methodische Einwände erhoben werden können, wie dies insbesondere das BMZ in seinem Schreiben vom 07.08.2007 getan hat. Insbesondere hätte auch nach Auffassung des Senats dargelegt werden müssen, von wem die verwendeten Fragebögen beantwortet worden sind, d.h. von Entwicklungshelfern oder aber von Angehörigen von Entwicklungshelfern. Ebenso wenig wurde unterschieden zwischen Entwicklungshelfern im Sinne des § 1 EfhG und hauptamtlichen Beschäftigten des DED. Außerdem haben von 1376 befragten Personen nur 23% geantwortet. Auch gegen die von Dr. F. herangezogenen Quellen können methodische Einwände erhoben werden. Er hat selbst eingeräumt, dass die Studie zur Frage von PTBS von Ericsson aus dem Jahr 2001 eine Kontrollgruppe vermissen lässt und dass Ereignisse beurteilt worden sind, die bereits bis zu vier Jahre zurücklagen. Bei der Arbeit von Smith von 1996 werden Einzelfälle beschrieben. Nach Auffassung des Senats kann jedoch epidemiologischen Erkenntnissen nicht die allein ausschlaggebende Bedeu-



tung zukommen, wenn auch das BSG im Grundsatz eine Fülle gleichartiger Gesundheitsbeeinträchtigungen zur Beurteilung der generellen Geeignetheit der betreffenden Einwirkung zur Verursachung der Krankheit fordert. Mit Keller, aaO Seite 229 geht der Senat davon aus, dass epidemiologische Aussagen nur ein, wenn auch ein wichtiges Anzeichen für eine erhöhte Gefährdung sind. Alternativ können Erkenntnisse auch auf andere wissenschaftlich gleichwertige Weise gewonnen werden, etwa durch kasuistische Auswertung typischer Geschehensabläufe, durch methodisch ausgewertete ärztliche Erfahrungen sowie durch Analogieschlüssen. Ein Analogieschluss bietet sich im Fall des Klägers an unter Berücksichtigung der Verhältnisse bei anderen Berufsgruppen wie Feuerwehrleuten, Rettungssanitätern, Katastrophenhelfern und Kriegsveteranen, bei denen - wie sowohl Dr. F. als auch Prof. Dr. D. für den Senat überzeugend dargelegt haben - schon viel länger und mittlerweile auch gut abgesicherte Erkenntnisse dahingehend vorliegen, dass hier deutlich höhere Prävalenzraten an PTBS gefunden werden als in der Allgemeinbevölkerung.

41

Mit dem SG geht auch der Senat davon aus, dass die zu beurteilende Gruppe der Entwicklungshelfer vergleichsweise klein ist und dass die Erforschung einer gruppentypisch erhöhten Prävalenz an PTBS weder wirtschaftlich noch militärisch von besonderem Interesse ist, so dass nicht erwartet werden kann, dass künftig diesbezügliche aufwändige epidemiologische Untersuchungen durchgeführt werden, die dem geforderten wissenschaftlichen Standard in jeder Hinsicht entsprechen. Unter den gegebenen Umständen reicht hier die relativ geringe Anzahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen auch unter Berücksichtigung von deren eingeschränkter Validität aus, um die Frage der Gruppentypik mit der geforderten Wahrscheinlichkeit zu bejahen, zumal es sich hierbei um die einhellige Meinung aller auf dem entsprechenden Fachgebiet tätigen Wissenschaftler handelt.

42

Die oben wiedergegebenen Erkenntnisse sind auch „neu“ im Sinne des § 551 Abs. 2 RVO. Die Erkenntnisse sind neu, wenn sie in der letzten Änderung der BKV bzw. der BKVO noch nicht berücksichtigt waren. Dies ist der Fall, wenn sie überhaupt erst nach dem Erlass der letzten BKV gewonnen worden sind oder zu diesem Zeitpunkt zwar im Ansatz vorhanden waren, aber trotz Nachprüfung als nicht ausreichend bewertet worden sind und sich erst danach zur sogenannten „BK-Reife“ verdichtet haben. Sind dem Ordnungsgeber jedoch Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft im Sinne des § 551 Abs. 1 RVO bzw. des § 9 Abs. 1 SGB VII entgangen und hat er deshalb eine Neufassung bzw. Ergänzung der Liste der Anlage zur BKV bzw. der Anlage 1 zur BKVO überhaupt nicht erwogen, ist ebenfalls Raum für die Anwendung des § 551 Abs. 2 RVO bzw. des § 9 Abs. 2 SGB VII. Das Untätigbleiben des Ordnungsgebers nach vorliegenden neuen Erkenntnisse ohne eigene Würdigung, wenn er diese Erkenntnisse übersehen und deshalb eine Entscheidung nicht erwogen hat, steht einer Ablehnung nicht gleich (Becker in Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Randziffern 310 und 311 zu § 9 SGB VII mit Nachweisen aus der Rechtsprechung des BSG). So verhält es sich hier. Der Ordnungsgeber und der Ärztliche Sachverständigenbeirat, Sektion Berufskrankheiten, haben sich nämlich noch nie mit der Frage befasst, ob und gegebenenfalls welche besonderen Einwirkungen bei der beruflichen Tätigkeit zu posttraumatischen Belastungsstörungen führen bzw. ob eine bestimmte Personengruppe in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung aufgrund der besonderen Einwirkungen bei der beruflichen Tätigkeit von posttraumatischen Belastungsstörungen

43

betroffen ist (Auskünfte des BMAS vom 01.03.2001 und vom 18.01.2007, des HVBG vom 01.03.2001, Schreiben des B.s für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 12.08.2004 an den Prozessbevollmächtigten des Klägers, vom 18.01.2007, Auskunft der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung vom 26.02.2009).

Auch die individuellen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Wie-BK sind im Fall des Klägers erfüllt. Auch im Rahmen des § 551 Abs. 2 RVO bzw. des § 9 Abs. 2 SGB VII ist zu prüfen, ob im Einzelfall der ursächliche Zusammenhang zwischen den Einwirkungen aufgrund der versicherten Tätigkeit und der Krankheit besteht. D.h., es ist im Prinzip dieselbe Prüfung wie bei der Anerkennung einer Listen-BK im Einzelfall bezogen auf die neuen Erkenntnisse über den Ursachenzusammenhang zwischen den vorliegenden Einwirkungen und der geltend gemachten Krankheit vorzunehmen (Becker aao, Randziffer 319 zu § 9 SGB VII). In tatsächlicher Hinsicht ist der Senat davon überzeugt, dass die Angaben des Klägers zu seinen seelischen Belastungen im A. Einsatz gegenüber seinen behandelnden Ärzten, insbesondere gegenüber Prof. Dr. H., wie sie in den Berichten vom 04.01.1999 und 13.06.2000 ihren Niederschlag gefunden haben, ferner die Angaben im verwaltungs- und im sozialgerichtlichen Verfahren (hier insbesondere im Schriftsatz vom 01.09.2000) sowie im Berufungsverfahren gegenüber Prof. Dr. H. bei der Untersuchung am 02.05.2007, gegenüber Prof. Dr. D. bei der Untersuchung am 07. und 22.10.2008 und gegenüber dem Senat in der mündlichen Verhandlung vom 18.10.2007 und insbesondere in der ausführlichen Darstellung im Schriftsatz vom 13.03.2008 in vollem Umfang der Wahrheit entsprechen. Bei seiner Anhörung in der mündlichen Verhandlung hat der Kläger nämlich einen absolut glaubhaften Eindruck gemacht. Ferner hat keiner der gehörten Ärzte eine Neigung zu Übertreibungen oder Aggravation beschrieben. Die verschiedenen Darstellungen des Klägers lassen auch keine Widersprüche erkennen. Gerade im Hinblick auf den intrusiven Charakter der Erinnerungen des Klägers an seine Erlebnisse in A. ist verständlich, dass er nicht bei jedem Anlass dieselben Ereignisse wiedergegeben hat. Ausgehend von den Angaben des Klägers insbesondere im Schriftsatz vom 13.03.2008 ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass die Belastungen, denen der Kläger während seiner berufsbedingten Aufenthalte in A. ausgesetzt war, durchaus vergleichbar sind mit denjenigen eines Entwicklungshelfers i. S. des § 1 EhfG, der in einem Krisengebiet seinen Dienst verrichtet hat. Hierfür sprechen insbesondere die Stellungnahme des Botschafters a. D. H. vom 16.06.1999 und die Bestätigung des Botschafters Dr. S. vom 08.07.1999, die eindrucksvoll erkennen lassen, dass der Kläger sich insbesondere in akuten Krisensituationen als der berühmte „Fels in der Brandung“ erwies und persönliche Interessen und Rücksichtnahmen weitgehend hintanstellte. Zusätzlich bestätigt wird dies durch den vom Kläger vorgelegten Auszug aus dem Tagebuch einer Weltumrundung, in dem E. über den Einsatz des Klägers bei Evakuierungsmaßnahmen in T. im Jahr 1992 berichtet hat. Soweit die Beklagte im Schriftsatz vom 12.10.2007 die Auffassung vertreten hat, die Erlebnisse des Klägers stellten sich im Vergleich zur Situation in A., R. und S. als undramatisch dar, ist nicht zu entscheiden, ob in anderen Staaten A., z.B. in U. unter der Herrschaft von Idi Amin oder während des Bürgerkriegs in R. noch schlimmere Zustände geherrscht haben. Die zusammenfassende Darstellung des Klägers im Schriftsatz vom 13.03.2008 lässt jedenfalls zweifelsfrei erkennen, dass der Kläger bei zahlreichen Anlässen, z.B. bei dem Passieren von betrunkenen Kontrollposten in Sperrgebieten oder auf der Dienstreise im Februar 1989 nach M. über B. in akuter Lebensgefahr war. Ähnlich kritisch war die Situation schon während der Rebellion gegen die Regierung



des Präsidenten T. in M. im Mai 1972, als der Kläger eine Bande Jugendlicher davon abhielt, ein Sozialzentrum völlig zu zerstören. Auf Grund der vom Kläger vorgelegten Bestätigung des DED vom 06.09.2007, der Arbeitsverträge vom 06.12.1978 und vom 18.06.1987 sowie aufgrund der vorgelegten Zeugnisse des DED hat sich der Senat ferner davon überzeugt, dass der Kläger in der Zeit vom 01.02.1979 bis 31.01.1983 als Landesbeauftragter für den N. seinen Dienstsitz in N. und vom 01.08.1987 bis 31.08.1995 als Landesbeauftragter für T. seinen Dienstsitz in L. hatte und während dieser Jahre mit Ausnahme seines Jahresurlaubs im Wesentlichen in N. und in T. gelebt hat. Aus den Ein- und Ausreisestempeln in dem vom Kläger vorgelegten Reisepass folgt nichts anderes. Die im Schriftsatz vom 13.03.2008 wiedergegebenen Extremerlebnisse bestätigen im Übrigen den Vortrag des Klägers, dass er als hauptamtlich Tätiger, insbesondere in der Position als Landesdirektor, genauso den Gefahren einer PTBS ausgesetzt war, wie Entwicklungshelfer in den jeweiligen Projekten selbst. Es leuchtet ein, dass er gerade bei den zahlreichen Reisen zu den Projektgebieten auch einer Vielzahl von gefährlichen Ereignissen für seine Person und seine Begleiter ausgesetzt war, so dass die Ereignisse, die zu seiner PTBS führten, in seiner Person kumulierten und sich konzentrierten.

44

In medizinischer Hinsicht hat sich der Senat vor allem auf Grund der Gutachten von Prof. Dr. H. vom 07.05.2007 und von Prof. Dr. D. vom 06.11.2008 davon überzeugt, dass der Kläger unter einer chronifizierten PTBS leidet, die den Definitionen der Nr. F 43.1 der ICD-10 und der Nr. 309.81 des DSM VI entspricht. Diese Diagnose findet sich im Übrigen auch in früheren Äußerungen Prof. Dr. H.s sowie in den im Auftrag des Rentenversicherungsträgers erstatteten Gutachten des Nervenarztes Dr. T. vom 09.03.1999 und von Dr. B. vom 02.01.2001. Letztlich spricht auch der im Gutachten von Prof. Dr. E. vom 23.07.2002 wiedergegebene psychische Befund für diese Diagnose. Dieser hat nämlich neben einem depressiven Syndrom auch ein aus seiner Sicht eigenständiges persistierendes Angstsyndrom mit Ein- und Durchschlafstörungen mit Alpträumen, ängstlicher Erregung und vegetativen Symptomen bei spezifischen Erinnerungen sowie ein Vermeidungsverhalten von angstauslösenden Situationen beschrieben. Zusätzlich hat er dargelegt, dieses Syndrom wäre nicht aufgetreten, hätte der Kläger nicht die traumatischen Erfahrungen im Entwicklungsdienst gemacht. Mit Prof. Dr. D. ist der Senat der Auffassung, dass der von Prof. Dr. E. erhobene klinische Befund differenzialdiagnostisch als PTBS einzuordnen ist. Der abweichenden Beurteilung von Dr. B. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 12.10.2007 vermochte der Senat nicht zu folgen. Soweit dieser ausgeführt hat, das A-Kriterium der PTBS könne als erfüllt angesehen werden, sofern man die vom Kläger ausschließlich subjektiv geschilderten Ereignisse als gesichert ansehe, hat er, worauf Prof. Dr. D. zutreffend hingewiesen hat, eher den Wahrheitsgehalt der Schilderungen des Klägers angezweifelt als die auf diesen Schilderungen beruhende Diagnose. Dr. B. hat jedoch mit keinem Wort begründet, warum am Wahrheitsgehalt der Angaben des Klägers zu zweifeln sei. Wie oben dargelegt besteht hierzu keinerlei Anlass. Soweit Dr. B. ausgeführt hat, er vermisse eine „erscheinungsbildlich erkennbare intrusive oder dissoziative Symptomatik, die sich bei dem Betroffenen zeige, wenn er die entsprechenden Ereignisse schildere, ist ihm entgegenzuhalten, dass der Kläger immer wieder betont hat, welche Überwindung ihn die Schilderung der ihn belastenden Ereignisse kostete und dass sich sein Gesundheitszustand insbesondere durch die im vorliegenden Prozess notwendige erneute Befassung mit den belastenden Ereignissen verschlechtert hat. Hiervon hat sich der Senat im Übrigen bei der Anhörung des Klägers in der mündli-

chen Verhandlung vom 18.10.2007 überzeugt. Auch die Argumentation von Dr. B., dass Helfen selbst eine psychisch-entlastende Handlung darstelle und die Entwicklung einer PTBS verhindere, überzeugt den Senat nicht, da solche Störungen ja sonst bei professionellen Helfern wie Feuerwehrleuten, Polizisten, Katastrophenhelfern etc. nicht auftreten dürften, was ausweislich der Bekundungen von Prof. Dr. D. in keiner Weise der klinischen Erfahrung entspricht. Soweit Dr. B. eine mögliche psychodynamische Pathogenese im Sinne des Phänomens "Unfall als Regressionsangebot" in Erwägung zieht, erkennt der Senat für eine solche Annahme ebenso wenig wie Prof. Dr. D. irgendwelche konkrete Anhaltspunkte. Dagegen spricht entscheidend, dass der Kläger trotz der zahlreichen belastenden Erfahrungen von 1968 bis zumindest 1995 kontinuierlich leistungsfähig und lebensstüchtig gewesen ist. Soweit Dr. B. auf den Zeitfaktor der PTBS abhebt, die spätestens sechs Monate nach dem Bedrohungsereignis manifest werden müsse, ist ihm entgegenzuhalten, dass sich nach der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur keine absolute Ausschlussfrist von 6 Monaten begründen lässt. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl., 2003 S. 229, fordern bei Überschreitung einer Latenzzeit von 6 Monaten eine sorgfältige differentialdiagnostische Abgrenzung durch einen spezialisierten Arzt. Diese ist hier durch Prof. Dr. H. und Prof. Dr. D. erfolgt. Außerdem ist im Falle des Klägers ein Kumulationseffekt zu berücksichtigen, der in der wissenschaftlichen Diskussion unter dem Begriff der kumulativen PTBS erfasst wird. Hieran ändert nichts, dass dieser Begriff noch nicht in den Diagnosesystemen der ICD 10 und des DSM IV abgebildet ist. Auf die Frage, ob eine kumulative PTBS auch dann bejaht werden kann, wenn das A-Kriterium eines Geschehens von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde, nicht erreicht wird, kommt es hier nicht an, weil die vom Kläger im Schriftsatz vom 13.03.2008 geschilderten Ereignisse diesen Anforderungen zum großen Teil entsprechen.

45

Gegen die Anwendung des § 551 Abs. 2 RVO bzw. des § 9 Abs. 2 SGB VII lässt sich im Übrigen nicht einwenden, hierfür bestehe kein Bedürfnis, weil eine PTBS jeweils als Folge eines Arbeitsunfalls anerkannt werden könne. Diese Möglichkeit scheidet zum Einen dann aus, wenn eine kumulative PTBS vorliegt, deren Einzelereignisse den in Abschnitt F 43.1 der ICD 10 geforderten Schweregrad nicht erreichen. Zum Anderen liegen bei einer Vielzahl psychischer Traumata in Folge belastender Ereignisse viele Versicherungsfälle eines Arbeitsunfalls vor, so dass der Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs mit einem bestimmten traumatisierenden Ereignis im Sinne des haftungsausfüllenden Kausalzusammenhangs kaum zu führen ist. In diesem Zusammenhang ist auch auf die durch Infektionserreger oder Parasiten verursachten Krankheiten sowie Tropenkrankheiten der Gruppe 3 der Anlage zur BKV hinzuweisen. Einer Infektionskrankheit liegt regelmäßig ein Arbeitsunfall zugrunde, da die Infektion innerhalb einer Arbeitsschicht eingetreten ist, der jedoch kaum jemals nachzuweisen sein wird. Um diese Schwierigkeiten zu vermeiden, wurden die besagten Infektionskrankheiten in die BKen-Liste aufgenommen.

46

Nach alledem erweist sich das angefochtene Urteil als richtig, weshalb die Berufung der Beklagten zurückzuweisen war.



47

Auf die von den Beteiligten erörterte Frage der analogen Anwendbarkeit des § 10 EhfG auf hauptamtliche Mitarbeiter einer Entwicklungshilfeorganisation, die während ihres Einsatzes im Entwicklungsland gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VII i. V. m. § 4 des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IV) nach dem Grundsatz der Ausstrahlung versichert sind, kam es nicht an, weil § 10 Abs. 1 EhfG im Sinne eines negativen Tatbestandsmerkmals voraussetzt, dass kein Arbeitsunfall und keine BK vorliegt.

48

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

49

Gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG hat der Senat die Revision zugelassen. Er misst der Frage, wie die Personengruppe zu bestimmen ist, die im Rahmen des § 551 Abs. 2 RVO und des § 9 Abs. 2 SGB VII in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung besonderen Einwirkungen ausgesetzt sein muss, grundsätzliche Bedeutung bei. Ebenso besteht noch Klärungsbedarf hinsichtlich der Frage, ob hinsichtlich der generellen Geeignetheit bestimmter Stoffe, Krankheiten hervorzurufen bzw. der generellen Geeignetheit bestimmter psychisch belastender Ereignisse, eine psychische Gesundheitsstörung hervorzurufen, die Wahrscheinlichkeit genügt oder ob insoweit der Vollbeweis erforderlich ist.