

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT OH 2015/2 vom 2. Juni 2010**

Sg Versicherungsgericht, 2010-06-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_OH\\_2015\\_2](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_OH_2015_2)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT OH 2015/2 du 2 juin 2010

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT OH 2015/2 del 2 giugno 2010

## **Regeste**

Art. 11 ff. OHG (in der bis 31. Dezember 2008 gültigen Fassung). Entschädigung. Natürliche Kausalität zwischen Straftat (schwere Körperverletzung durch HIV-Infektion) und gestützt darauf geltend gemachter Arbeitsunfähigkeit verneint. Vor dem Hintergrund der davon unabhängigen psychischen Leiden und psychosozialen Belastungen kann die Straftat und deren Folgen weggedacht werden, ohne dass auch die Arbeitsunfähigkeit entfällt. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. Mai 2016, OH 2015/2). Entscheid vom 13. Mai 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitgegenstand bildet der von der Rekurrentin für die Zeit ab 1. September 2008 geltend gemachte Anspruch auf eine Entschädigung durch die Opferhilfe (act. G 1.1, insbesondere Rz 9; zum zeitlichen Umfang des von der Rekurrentin geltend gemachten Entschädigungsanspruchs siehe deren Schreiben vom 3. November 2014, act. G 5.41.1, S. 3). Demgegenüber ist zwischen den Parteien unbestritten und ergibt sich aus den Akten, dass für die Zeit bis 31. August 2008 mangels ungedeckt gebliebenen Schadens keine Leistungspflicht der Vorinstanz besteht. 1.1 Am 1. Januar 2009 ist das totalrevidierte Bundesgesetz über die Hilfe an Opfer von Straftaten (OHG; SR 312.5) in Kraft getreten. Nach den Übergangsbestimmungen von Art. 48 lit. a OHG gilt das bisherige Recht (aOHG) für Ansprüche auf Entschädigung oder Genugtuung für Straftaten, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes verübt worden sind; für Ansprüche aus Straftaten, die weniger als zwei Jahre vor dem Inkrafttreten des totalrevidierten OHG verübt worden sind, gelten die Fristen nach Art. 25 OHG. Angesichts dessen, dass die Straftat im Jahr 2006 ausgeübt wurde (act. G 5.5.1, S. 6, Ziff. 3.4), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2008 gültigen OHG-Bestimmungen anwendbar. 1.2 Hilfe nach dem Opferhilfegesetz erhält jede Person, die durch eine Straftat in ihrer körperlichen, sexuellen oder psychischen Integrität unmittelbar beeinträchtigt worden ist (Opfer), und zwar unabhängig davon, ob der Täter ermittelt worden ist und ob er sich schuldhaft verhalten hat (Art. 2 Abs. 1 aOHG). 1.3 Gemäss Art. 11 Abs. 1 Satz 1 aOHG können Opfer einer in der Schweiz verübten Straftat im Kanton, in dem die Tat verübt wurde, eine Entschädigung oder Genugtuung geltend machen. Die Entschädigung, die höchstens Fr. 100'000.-- beträgt (Art. 13 Abs. 3 aOHG i.V.m. Art. 4 Abs. 1 der bis 31. Dezember 2008 gültigen, vorliegend anwendbaren Verordnung vom 18. November 1992 über die Hilfe an Opfer von Straftaten [aOHV; SR 321.51]), wird nach der Höhe des erlittenen Schadens und den Einnahmen des Opfers bemessen (Art. 13 Abs. 1 aOHG). Zwischen der Straftat und dem erlittenen Schaden muss ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang vorliegen (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Februar 2005, 1A.252/2004, E. 4.2 mit Hinweisen u.a. auf BGE 129 II 318 E. 3.3).

1.4 Auf Grund des Subsidiaritätsprinzips setzt der Anspruch auf finanzielle Opferhilfe voraus, dass das Opfer nicht von dritter Seite ausreichende Leistungen erhält. Die Opferhilfe erbringt grundsätzlich nur dann finanzielle Leistungen endgültig, wenn und insoweit kein anderer für die Kosten bzw. den Schaden aufkommt. Im Opferhilfeverfahren hat das Opfer deshalb glaubhaft zu machen, dass es keine oder nur ungenügende Leistungen des Täters und/oder anderer Dritter erhalten kann (Eva Weishaupt, Finanzielle Ansprüche nach Opferhilfegesetz, SJZ 98 [2002] Nr. 13, S. 329 mit Hinweis).

## E. 2

Die Vorinstanz wies das Gesuch um Entschädigung mit der Begründung ab, es fehle am natürlichen Kausalzusammenhang zwischen der HIV-Infektion und der von der Rekurrentin geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit bzw. des von ihr geltend gemachten Schadens (act. G 1.1).

2.1 Ein natürlicher Kausalzusammenhang ist gegeben, wenn das schadensstiftende Verhalten eine notwendige Bedingung (*conditio sine qua non*) für den eingetretenen Schaden ist, d.h. das fragliche Verhalten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch der eingetretene Erfolg entfiere bzw. nicht als in gleicher Weise bzw. zur gleichen Zeit als eingetreten gedacht werden könnte. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Verhalten die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere. Soweit der natürliche Kausalzusammenhang nicht mit wissenschaftlicher Genauigkeit nachgewiesen werden kann, genügt, dass er als überwiegend wahrscheinlich erscheint. Dies ist zu verneinen, wenn nach den besonderen Umständen des Falls neben den behaupteten weiteren Ursachen ebenso in Frage kommen oder sogar näher liegen (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 8. Februar 2011, 4A\_540/2010, E. 1.1 mit Hinweisen u.a. auf BGE 129 V 181 E. 3.1 und BGE 107 II 269; vgl. ferner zum natürlichen Kausalzusammenhang Urteil des Bundesgerichts vom 25. Februar 2005, 1A.252/2004, E. 4.2 mit Hinweisen).

2.2 Aus den umfangreichen IV-Akten (siehe Akten-CD in act. G 5.28.1) geht deutlich hervor, dass die Rekurrentin bereits vor der Straftat bzw. HIV-Infektion seit Jahren an psychischen Erkrankungen mit erheblicher Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit litt.

2.2.1 In der Anmeldung zum IV-Leistungsbezug vom 11. November 2001 gab die Rekurrentin an, sie leide seit „ca. 1994“ an einer immer wiederkehrenden Totalüberforderung und psychosomatisch schweren Beschwerden (IV-act. 1-5; vgl. auch die Ausführungen der Rekurrentin in der IV-Anmeldung vom 25. Februar 2005, IV-act. 22-6 und IV-act. 23), die zu einer vom 7. November bis 6. Dezember 2000 dauernden Hospitalisierung in der Klinik D.\_\_\_\_ geführt hatte (die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten eine „Anpassungsstörung bei Erschöpfungszustand mit depressiven Elementen und psychosomatischen Anteilen“; IV-act. 11-3). Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit 1994 bestehende Anpassungsstörung (Bericht vom 2. Dezember 2001, IV-act. 5-1). Überforderungen entstanden offenbar am Arbeitsplatz und im Umgang mit den beiden Söhnen (IV-act. 5-2). 2.2.2 Im psychiatrischen Gutachten vom 2. April 2002 stellte Dr. med. F.\_\_\_\_ folgende Diagnosen: eine Störung der Persönlichkeitsentwicklung mit histrionischen und depressiven Zügen sowie Zügen von Abhängigkeit und Asthenie; eine undifferenzierte Somatisierungsstörung; einen zeitweisen Suchtmittelabusus mit Alkohol und Benzodiazepinen (IV-act. 11-8). Des Weiteren lässt

sich daraus hinsichtlich der beruflichen Biographie entnehmen, dass die Rekurrentin bereits bei der im März 2000 aufgenommenen Tätigkeit als Sachbearbeiterin und Telefonistin überfordert gewesen war, was schliesslich im November 2000 zu einer freiwilligen Hospitalisation in die Klinik D. \_\_\_ geführt habe. Auch in einer darauf folgenden Anstellung als Büroangestellte sei sie überfordert gewesen (zum Charakter eines Nischenarbeitsplatzes der von 1985 bis 2000 ausgeübten Tätigkeit im väterlichen Betrieb und den bereits damals vorgefallenen psychisch begründeten Abwesenheiten siehe den Bericht des Berufsberaters vom 15. Juli 2002, IV-act. 15-1). Des Weiteren leide die Rekurrentin gemäss eigenen Angaben seit der Jugend unter psychischen Problemen und sei schon im Alter von 16 Jahren in psychiatrischer Behandlung gewesen (zur schwierigen Kindheit siehe IV-act. 112-31). Grosse psychische Schwierigkeiten habe sie im Zusammenhang mit der Scheidung (1995, IV-act. 11-4 ff.; zu den mit der Ehe „verbundenen Misshandlungen“ siehe den Sozialbericht des Spitals G. \_\_\_ vom 3. März 2005, IV-act. 35-10, und den Bericht der Psychiatrischen Klinik H. \_\_\_ vom 31. Juli 2007, IV-act. 102-5 oben) und mit den Entwicklungsproblemen ihres Sohnes gehabt („massiv überfordert“, IV-act. 11-8). Im Frühling 1996 sei sie ein erstes Mal psychiatrisch hospitalisiert gewesen (Psychiatrische Klinik I. \_\_\_). Zusätzlich bestünden starke Belastungen von Seiten der Ursprungsfamilie (IV-act. 11-7). Dr. F. \_\_\_ führte weiter aus, entsprechend der diagnostizierten Störung reagiere die Rekurrentin in psychosozialen Belastungssituationen einerseits mit somatoformen Störungen und andererseits mit Suchtmittelabusus. Es würde nicht erstaunen, wenn sie beim Persistieren der psychosozialen Problematik auch in Zukunft psychotische Symptome entwickeln würde. Eine weitere grosse Schwierigkeit ergebe sich in der Kommunikation mit dem Medizinalsystem, da sie ihre Beschwerden (auch die psychosozialen) auf der Körperebene kommuniziere (IV-act. 11-8). Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychischen Gründen eingeschränkt. Das Ausmass der Einschränkung sei aber aktuell unklar. Es bestünden massive, zum Teil aber nicht richtig durchschaubare soziale Probleme (Beziehung zu Kindern und Partner). Aus psychiatrischer Sicht sei es wünschenswert, „auf möglichst viele somatische Abklärungen und Behandlungen zu verzichten, weil die Explorandin daraus die Gewissheit holt, körperlich krank zu sein“ (IV-act. 11-9).

2.2.3 Vom 8. April bis 13. Mai 2003 war die Rekurrentin ein zweites Mal in der Klinik D. \_\_\_ hospitalisiert. Sie befand sich damals in einer starken Krise mit Alkohol- und Beziehungsproblemen. Sie habe sich erschöpft gefühlt. Der im Austrittsbericht vom 19. Mai 2003 niedergeschriebenen Krankheitsanamnese ist u.a. zu entnehmen, dass die Rekurrentin im psychischen Bereich etwa 3 Jahre lang wiederholt an immer wiederkehrenden unspezifischen Angstzuständen und Panikattacken mit Herzrasen, Schwindel und Zittern gelitten habe. Ausserdem seien psychosomatische Symptome wie Kopfschmerz und Herzrhythmusstörungen aufgetreten. Die in der Klinik behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2), einen schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1), einen Erschöpfungszustand mit depressiven Elementen bei Beziehungskrise und bei schädlichem Gebrauch von Alkohol (IV-act. 35-18 ff.)

2.2.4 Der behandelnde Dr. med. J. \_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 12. April 2005, die Versicherte leide seit 5 Jahren an rezidivierenden Erschöpfungszuständen mit depressiven Elementen und seit der Kindheit an Anpassungsstörungen. Eine leidensangepasste Tätigkeit hielt er während ca. 6 Stunden täglich ohne zusätzliche Leistungsminderung für zumutbar (IV-act. 35-5 ff.).

2.2.5 In der gegen die leistungsabweisende Verfügung der IV-Stelle erhobenen Einsprache vom 13. September 2005 führte die Rekurrentin aus, ihr Gesundheitszustand habe sich seit

Mai 2003 wesentlich verschlechtert. Sie sei „absolut nicht belastungsfähig“, sei schnell müde und habe nur noch wenig Kraft. Bei Überforderung leide sie zusätzlich an Erschöpfungsdepressionen und starken körperlichen Schmerzen. Wenn es so weitergehe, sei nicht auszuschliessen, dass sie eines Tages überhaupt nicht mehr arbeiten könne. Sie sei nicht in der Lage, mehr als 50% zu arbeiten (IV-act. 44; vgl. auch die Angaben der Rekurrentin in der Beschwerde vom 30. Januar 2006, IV-act. 55).

2.3 Die medizinische Aktenlage präsentiert sich hinsichtlich des (vorliegend massgebenden) seit dem 1. September 2008 bestehenden Gesundheitszustands wie folgt:

2.3.1 Aus dem von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten der MEDAS Ostschweiz vom 20. November 2008 ergibt sich, dass der HIV-Infekt und die anschliessende belastende medikamentöse Behandlung zu einer vorübergehend vollen Arbeitsunfähigkeit geführt haben für sämtliche Erwerbstätigkeiten, und zwar von September 2006 bis längstens 31. August 2008. Der psychiatrische Gutachter bescheinigte seit Januar 2005 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit mit dem Hinweis, dass es sich dabei um eine schwankende Einschränkung, „mal mehr, mal weniger“ handle (IV-act. 112-26; siehe auch die gutachterlichen Ausführungen in IV-act. 112-27 und IV-act. 112-37). Daraus geht hervor, dass die HIV-Infektion aus rein psychiatrischer Sicht zu keiner wesentlichen Veränderung der seit Januar 2005 gutachterlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit geführt hat, jedenfalls nicht über den 31. August 2008 hinaus. Dem MEDAS-Gutachten lassen sich zudem fortbestehende erhebliche familiäre Probleme entnehmen (IV-act. 112-35). Die Probleme ihres ältesten Sohns würden die Rekurrentin im Zeitpunkt der Begutachtung (25./27. August 2008, IV-act. 112-1) „stark beschäftigen“ (IV-act. 112-4). Aufgrund der Vorgeschichte und den erhobenen Befunden ging der psychiatrische MEDAS-Gutachter - in mit der vor der HIV-Infektion ergangenen Aktenlage (siehe hierzu vorstehende E. 2.2.1 ff.) zu vereinbarenden Weise - davon aus, die Rekurrentin leide an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit vor allem emotional instabilen, aber auch abhängigen und asthenischen Zügen. Hintergrund sei wahrscheinlich eine ständige Überforderung in der Kindheit, wo sie weder Unterstützung noch Geborgenheit und Liebe erfahren habe und früh auf sich selbst gestellt gewesen sei (IV-act. 112-36). Sodann wies der psychiatrische MEDAS-Gutachter darauf hin, dass die Prognose „aufgrund von vielen verschiedenen Belastungen“ eher ungünstig sei (IV-act. 112-37).

2.3.2 Aus den weiteren Akten ergibt sich nicht, dass sich die verschiedenen Belastungen der Rekurrentin zurückgebildet hätten. Vielmehr ist es zusätzlich Ende März 2009 zu einer Überforderung am Arbeitsplatz und einem „Arbeitsplatzkonflikt“ gekommen (IV-act. 148-1). RAD-Ärztin K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sprach von einer offensichtlich ziemlich eskalierten Lage am Arbeitsplatz (Stellungnahme vom 3. September 2009, IV-act. 148-2; vgl. auch die Stellungnahme vom 5. November 2009, IV-act. 154-1; im Bericht des Psychiatrischen Zentrums L.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2010 ist die Rede von einer „Erschöpfungsdepression bei Mobbing-Situation“, IV-act. 184-8).

2.3.3 Die Beurteilung des psychiatrischen MEDAS-Gutachters wird durch den Arztbericht der Klinik D.\_\_\_\_ vom 10. August 2009, wo die Rekurrentin vom 4. Mai bis 15. Juli 2009 hospitalisiert war, bekräftigt. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten ebenfalls eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, die vor dem Hintergrund verschiedener traumatisierender Ereignisse in der Kindheit, Jugend und im Erwachsenenalter betrachtet werden müsse (IV-act. 150-2). Einen Kontext zur HIV-Infektion oder zur Straftat stellten sie nicht her (IV-act. 150-1 ff.). Zur Begründung der schwankenden Arbeitsfähigkeit führten sie allein die Persönlichkeitsstörung auf (IV-act. 150-2). Im zuvor ergangenen

Austrittsbericht vom 15. Juli 2009 wird die HIV-Infektion zwar aufgeführt, allerdings erst an vierter Stelle (IV-act. 153-4; zur Ordnung der Diagnosen nach Wertigkeit vgl. Leitlinien der Schweizerischen Ärztegesellschaft für Rheumatologie für die Begutachtung rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen, in: Schweizerische Ärztezeitung, 2007; 88: 17, S. 739). Im restlichen Teil des Austrittsberichts wird die HIV-Infektion nicht thematisiert. Bei der Therapie standen sich wiederholende Beziehungs- und Handlungsmuster im Kontakt mit Lebenspartnern im Vordergrund. Aufgrund der kombinierten Persönlichkeitsstörung wurde der Rekurrentin vorläufig bei Austritt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (IV-act. 153-5 f.). 2.3.4 Sodann ist für die Zeit vom 7. Juli bis 5. August 2009 von Bedeutung, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch infolge einer aktivierten medialen Gonarthrose rechts eingetreten war (vgl. IV-act. 154-1). 2.3.5 Auch im Verlaufsbericht der behandelnden Dr. med. M.\_\_\_\_, Spezialärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Oktober 2009 schlug sich die HIV-Infektion nicht mehr, zumindest nicht ausdrücklich nieder. Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. M.\_\_\_\_ rezidivierende depressive Phasen und eine emotionale Instabilität bei beruflicher Überforderung. Die Rekurrentin habe Mühe, sich abzugrenzen und Strukturen einzuhalten, was zu Überforderung führe (IV-act. 153). 2.3.6 Vom 16. April bis 14. Mai 2010 wurde die Rekurrentin stationär im Psychiatrischen Zentrum L.\_\_\_\_ behandelt. Die dort behandelnden Psychiater stellten im Austrittsbericht vom 12. Mai 2010 im Wesentlichen die gleichen psychiatrischen Diagnosen wie bereits die MEDAS-Gutachter. Als somatische Diagnose wurde u.a. ein „HIV-Primoinfekt“ aufgeführt (aus dem späteren Bericht des Psychiatrischen Zentrums L.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2010 ergibt sich, dass die HIV-Infektion als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit betrachtet wurde, IV-act. 186-1). Die Zuweisung erfolgte aufgrund einer aktuell depressiven Dekompensation bei anhaltender psychosozialer Belastungssituation. Im Vordergrund der Therapie standen offenbar die Alltagsprobleme und -belastungen, von denen die Rekurrentin im Behandlungsverlauf Abstand zu nehmen vermochte, was zur Stimmungsaufhellung und Stimmungsstabilisierung geführt habe (IV-act. 184-7 ff.). Auch in diesem Bericht wird der HIV-Infektion - abgesehen von der Aufführung als somatische Diagnose - kein Gewicht, geschweige denn ein bestimmender Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen. 2.3.7 Eine weitere „Kriseninterventionsstation“ der Rekurrentin im Psychiatrischen Zentrum L.\_\_\_\_ fand vom 22. bis 27. Oktober 2010 statt. Anlass für die Intervention war nicht die HIV-Infektion, sondern eine familiäre Überforderung, da seit kurzer Zeit die beiden Söhne wieder zuhause lebten, was zu täglichen Konflikten, einer depressiven Stimmungslage und einer Schlafstörung bei der Rekurrentin geführt habe. Der Rekurrentin wurde sodann aufgrund der Schwere der Persönlichkeitsstörung und der Komorbidität mit der Alkoholproblematik bei chronischem Krankheitsverlauf insgesamt eine ungünstige Prognose hinsichtlich der Wiedereingliederung gestellt. Die gesundheitliche Störung wirke sich in einem chaotischen Beziehungsverhalten und zerrütteten Familienverhältnissen aus. Wiederholte Stimmungseinbrüche und die Selbstwertproblematik führten dazu, dass die Rekurrentin aller Wahrscheinlichkeit nach nicht eine Tätigkeit kontinuierlich ausführen könne. Die Rekurrentin sei auch in einer adaptierten Tätigkeit nicht integrierbar, da die Auswirkung der Persönlichkeitsstörung und der Suchtproblematik sie massiv einschränke. Die Rekurrentin sei bereits mit der Bewältigung des Alltags entsprechend gefordert (IV-act. 186). Eine Relevanz der HIV-Infektion für die Arbeitsunfähigkeit lässt sich auch diesem ärztlichen Bericht nicht entnehmen. 2.3.8 Dr. M.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 27. Oktober 2010 zwar u.a. die Diagnose „HIV Primoinfekt“, allerdings erst an vierter

Stelle. An erster Stelle diagnostizierte sie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (IV-act. 184-1). Die von ihr erwähnten Befunde (depressive Symptomatik und psychische Erschöpfung, IV-act. 184-2) decken sich mit denjenigen, wie sie bereits vor der HIV-Infektion erhoben wurden (vgl. vorstehende E. 2.2.1 ff.). Ein tragender Einfluss der HIV-Infektion ist nicht ersichtlich oder dargetan worden. Die im Bericht vom 27. Oktober 2010 gemachten Angaben galten „seit März 2009“ und stehen damit nach der Einschätzung von Dr. M.\_\_\_\_ im offenkundigen Zusammenhang mit dem damals eskalierten Arbeitsplatzkonflikt (siehe hierzu vorstehende E. 2.3.2), der zur stationären Hospitalisierung in der Klinik Aadorf führte (vgl. hierzu vorstehende E. 2.3.2 f.). 2.3.9 Gestützt auf die dargestellte Aktenlage ist für die Zeit ab September 2008 der Schluss zu ziehen, dass weder die HIV-Infektion noch anderweitige Folgen der damit verbundenen Straftat zu einer relevanten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geführt haben. 2.4 Zu prüfen bleibt, ob die von der Rekurrentin ins Feld geführten medizinischen Berichte zu einer von dieser Schlussfolgerung abweichenden Beurteilung führen. 2.4.1 Aus dem Verlaufsbericht von Dr. med. N.\_\_\_\_, Leitender Arzt an der Klinik für Infektiologie/Spitalhygiene am KSSG vom 19. August 2014 geht zunächst hervor, dass bezüglich der HIV-Infektion (weiterhin) eine stabile Situation mit anhaltend supprimierter HIV-Viruslast und normalisierter zellulärer Abwehrlage besteht. Hauptproblem seien in den letzten Jahren weiterhin die rezidivierenden Depressionen und der intermittierende Alkoholabusus gewesen (act. G 3.5). Diese Ausführungen bestärken die Auffassung, dass die HIV-Infektion keine entscheidende Ursache für die Arbeitsunfähigkeit bildet. Daran ändert nichts, dass Dr. N.\_\_\_\_ Hinweise auf ein mildes HIV-assoziiertes neurokognitives Defizit feststellte (act. G 3.5, S. 1). Einerseits wurden bei der Rekurrentin - entsprechend der vorbestehenden erheblichen psychischen Leiden und der dadurch verursachten (wohl auch geistigen) Erschöpfungszustände - bereits vor der HIV-Infektion ausdrücklich kognitive Defizite befundet („leichte Konzentrationsstörungen“, IV-act. 35-18) und andererseits ist nicht ersichtlich, dass diese zu einer relevanten quantitativen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen. Dr. N.\_\_\_\_ ging denn auch von einem seit September 2010 stationären Gesundheitszustand aus. 2.4.2 Aus dem Verlaufsbericht von Dr. J.\_\_\_\_ vom 14. August 2014 gehen keine Ausführungen zur Arbeitsunfähigkeit hervor (act. G 3.6), weshalb er von vornherein nicht geeignet ist, einen klärenden Beitrag zur Ursache der Arbeitsunfähigkeit zu leisten. Im nur knapp begründeten Arztzeugnis vom 11. November 2014 weist Dr. J.\_\_\_\_ darauf hin, dass die Rekurrentin seit Ende 2013 vermehrt an Depressionen leide. Die Straftat und deren Folgen belasteten sie vermehrt. Sie beschäftige sich mit der Verarbeitung dieses Traumas (act. G 3.8). Von einer Behandlungsbedürftigkeit kann indessen für sich allein nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts vom 24. April 2007, I 687/06, E. 5.2). Daher und da sich Dr. J.\_\_\_\_ im Arztzeugnis weder zur Arbeitsfähigkeit äussert noch eine schlüssige Einordnung der Straftat bzw. von deren Folgen im gesamten psychischen Leidensbild vornimmt, vermag die Rekurrentin daraus nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. 2.4.3 Gleiches gilt für den Bericht der Abteilung Infektiologie/Spitalhygiene am Departement Innere Medizin am KSSG vom 21. November 2007. Darin führten die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen hinsichtlich der Ursache der von der Rekurrentin geklagten reduzierten Belastbarkeit und schnelleren Erschöpfung aus, „inwieweit dies im Rahmen der HIV-Infektion oder einer psychischen Erkrankung erklärbar sei, können wir von unserer Seite nicht klar differenzieren“. Allenfalls müsste eine psychiatrische Beurteilung erfolgen (act. G 3.21). Damit liessen sie die Frage nach der

Ursache der geklagten Beschwerden gerade ausdrücklich offen. Im Übrigen können aus diesem Bericht ohnehin keine Schlüsse auf den vorliegend interessierenden späteren Zeitraum ab September 2008 gezogen werden.

2.4.4 Dr. M.\_\_\_\_ berichtete am 27. Februar 2010, die Rekurrentin befinde sich bei ihr regelmässig seit Oktober 2007 in ca. 14-tägig stattfindender psychotherapeutischer Behandlung, in denen sie ihre Traumatisierung durch die HIV-Infektion aufarbeite. Die Infektion habe zu diversen körperlichen und psychischen Beschwerden geführt. Die Konfrontation mit dem Täter im Februar 2009 habe eine weitere Krise ausgelöst, die wieder zu einem stationären Aufenthalt von April bis Juni 2009 geführt habe. Seither sei die Rekurrentin 100% arbeitsunfähig (act. G 3.7). Bei der Würdigung des Arztberichts vom 27. Februar 2010 ist zu beachten, dass Dr. M.\_\_\_\_ die Rekurrentin erst seit Oktober 2007 behandelt und damit keine unmittelbaren Erkenntnisse hinsichtlich des vor der Straftat bereits vorgelegenen psychischen Leidens hatte. Zudem setzt sie sich in keiner Weise mit den vorbestehenden psychischen Krankheiten und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auseinander. Des Weiteren sind die Ausführungen von Dr. M.\_\_\_\_ im Bericht vom 27. Februar 2010 insoweit nicht mit ihren Stellungnahmen vom 20. Oktober 2009 (IV-act. 153) und vom 27. Oktober 2010 (IV-act. 184) vereinbar, als daraus kein Zusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit und der HIV-Infektion hervorgeht (vgl. vorstehende E. 2.3.5 und E. 2.3.8). Im offensichtlichen Widerspruch zur einschlägigen früheren Aktenlage (siehe hierzu vorstehende E. 2.3.2 f., worin als Ursache einhellig ein eskalierter Arbeitsplatzkonflikt genannt wird; vgl. auch vorstehende E. 2.3.8) steht sodann die Darstellung von Dr. M.\_\_\_\_, eine Konfrontation mit dem Täter im Februar 2009 habe aufgrund der dadurch ausgelösten Krise zu einem stationären Aufenthalt von April bis Juni 2009 geführt. Insgesamt ergeben sich aus dem Bericht vom 27. Februar 2010 zumindest keine auf die HIV-Infektion oder die Straftat zurückzuführenden Beeinträchtigungen, welche über die Folgen der davon unabhängig bestehenden psychischen Leiden hinausgingen. Was schliesslich den Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2007 (zum Jahrgangsdatum siehe act. G 5.25.8.4) anbelangt, so beschlägt dieser nicht den relevanten Zeitraum ab September 2008, weshalb sich Weiterungen erübrigen.

2.5 Im Licht der genannten Verhältnisse ist mit der Vorinstanz der Schluss zu ziehen, dass die Ursachen der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit bzw. des damit verbundenen Schadens bereits in den straftatfremden Umständen vollumfänglich ihre Erklärung finden. Insgesamt ist es als näher liegend zu bezeichnen, dass die vorbestehenden psychiatrischen Leiden und die dargestellten (straftatfremden) „vielen verschiedenen“ psychosozialen Belastungen (IV-act. 112-37) die in Frage stehende Arbeitsunfähigkeit spätestens ab 1. September 2008 auch ohne die HIV-Infektion und deren Folgen verursachen. Dies gilt umso mehr, als bereits Dr. F.\_\_\_\_ darauf hinwies, dass die Rekurrentin aus somatischen Leiden die Gewissheit holt, körperlich krank zu sein (IV-act. 11-9), mithin das eigentlich psychische Leiden (aus medizinischer Sicht zu Unrecht) auf die somatischen Krankheiten projiziert und zurückführt (vgl. auch die damit zu vereinbarende Einschätzung des psychiatrischen MEDAS-Gutachters in IV-act. 112-37, wonach „immer wieder depressive Phasen vorhanden waren, die aber zum Teil über somatische Beschwerden zum Ausdruck kamen“). Diese Betrachtungsweise verkennt nicht, dass eine HIV-Infektion, eine dagegen in Anspruch genommene medikamentöse Therapie und eine dieser zugrunde liegende Straftat (schwere Körperverletzung) zusätzlich eine psychische Belastung darstellen können (vgl. hierzu auch BGE 126 II 351 f. E. 3c). Bei allem Verständnis für die Situation der Rekurrentin ergeben sich indessen nach dem Gesagten spätestens ab 1. September 2008 keine überzeugenden Aspekte, welche die Annahme begründen, die Straftat und deren

Folgen könnten nicht weggedacht werden, ohne dass auch die Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten entfällt.

### **E. 3**

Nach dem Gesagten ist der Rekurs abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 16 Abs. 1 aOHG; BGE 125 II 273 f. E. 3b). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Der Rekurs wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.