L 8 U 1725/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 4 U 1931/12
Datum
19.03.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 1725/14
Datum
23.10.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 19.03.2014 wird zurückgewiesen.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 19.03.2014 insoweit aufgehoben, als darin eine Stammvarikosis der Vena saphena magna im Hach Stadium IV als Folge des Arbeitsunfalls vom 25.08.2012 festgestellt wird. Im Übrigen wird die Berufung der Beklagten zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, welche Folgen eines Arbeitsunfalls vom 25.08.2011 beim Kläger bestehen und ob ihm weiteres Verletztengeld und danach Verletztenrente zusteht.

Der 1949 geborene Kläger ist selbstständiger Physiotherapeut und bei der Beklagten unternehmerversichert. Am Donnerstag, den 25.08.2011 führte er in seiner Praxis eine Übung vor, bei der er sich mit den Armen an den Holmen eines Gerätes festhaltend mit den Füßen auf einem Medizinball balancierte. Dabei rutschte er mit dem linken Bein ab und stieß mit dem linken Fuß an die Kante eines Gerätes. Eigenen Angaben zufolge habe er wegen der aufgetretenen Schmerzen keine praktischen Übungen mehr gemacht, sondern nur noch Schreibtischarbeit ausgeführt. Am Montag habe er schließlich den Arzt aufgesucht.

Am 29.08.2011 diagnostizierte Dr. S. schwere Distorsionen des linken Sprunggelenks und Druckschmerz im Verlauf der Achillessehne, die nicht gerissen sei (H-Arzt-Bericht vom 29.08.2011). Bei fortbestehenden Beschwerden wurde am 05.09.2011 eine Magnetresonanztomographie (MRT) der linken Achillessehne vorgenommen, die zur Diagnose einer hochgradigen Partialruptur der Achillessehne und partiellen kleineren Muskelfaserrissen führte (Bericht der Fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis Radiologie, Neurologie, Psychiatrie Dr. W. und Kollegen vom 06.09.2011). Am 13.09.2011 wurde in der A.-Klinik H. endoskopisch ein Achillessehnendebridement durchgeführt (Operationsbericht von Prof. Dr. T. vom 26.09.2011). Die Beklagte zahlte Verletztengeld bis 12.09.2011.

Im Rahmen des von der Beklagten eingeleiteten Feststellungsverfahrens verneinte Dr. S. in der von der Beklagten veranlassten beratungsärztlichen Stellungnahme vom 31.10.2011 einen Unfallzusammenhang der Achillessehnenruptur. Die vom Kläger geschilderten Hergänge des Unfallablaufs machten eine solche Verletzung unwahrscheinlich. Auch der intraoperative Befund drei Wochen nach dem Ereignis, bei dem jetzt eine gänzliche Zusammenhangstrennung vorgelegen habe, lasse an eine Vorschädigung denken, denn ein Achillessehnenstumpf sei total eingewachsen gewesen. In dem von der Beklagten eingeholten chirurgischen Gutachten von Prof. Dr. Q. vom 07.12.2011 kam der Gutachter zu der Einschätzung, dass das beschriebene Trauma geeignet gewesen sei, die Achillessehnenruptur links zu verursachen. Die von ihm zusätzlich diagnostizierte Unterschenkelthrombose, die vom duplex-sonographischen Bild her älter erscheine, könne nicht klar dem Unfall zugeordnet werden, grundsätzlich sei aber eine Thrombose als Verletzungsfolge möglich. In der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 19.01.2012 führte Dr. Contes aus, der Kausalitätsbeurteilung im Zusammenhangsgutachten von Prof. Dr. Q. könne nicht gefolgt werden. Das Umknicken im Sprunggelenk gefährde nicht die Achillessehne. Nach dem Ereignis sei die Tätigkeit als Physiotherapeut fortgesetzt worden. Die im MRT-Befund beschriebenen Muskelfaserrisse seien unspezifische, unfallunabhängige Befunde. Im Operationsbericht sei dargelegt, dass der distale Sehnenstumpf bereits verwachsen gewesen sei, was sich nicht aufgrund einer drei Wochen alten Schädigung erkläre. Auf telefonische Rückfrage am 16.02.2012 erläuterte Dr. C. der Beklagten, dies spreche für einen mehrzeitigen Riss. Es sei möglich, dass dies keine bzw. nur wenige Beschwerden verursacht habe, da die restlichen

Sehnen und Muskeln noch gehalten hätten.

Mit Bescheid vom 24.02.2012 stellte die Beklagte den Unfall vom 25.08.2011 als Arbeitsunfall und eine ausgeheilte Distorsion des linken Sprunggelenks als Unfallfolge fest. Eine Achillessehnenruptur links, eine Unterschenkelthrombose links sowie Faserrisse konkret benannter Muskeln seien keine Unfallfolgen. Anspruch auf Heilbehandlung habe bis zum 12.09.2011 (Tag vor der Operation) bestanden. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe vom 26.08.2011 bis 12.09.2011 vorgelegen, wofür Verletztengeld zu zahlen gewesen sei. Ein Anspruch auf Verletztenrente bestehen nicht.

Der Kläger legte hiergegen Widerspruch ein. Er legte u.a. den ergänzten MRT-Befund der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis Radiologie, Neurologie und Psychiatrie vom 06.09.2011 vor. In diesem Befundbericht führte Dr. H. nunmehr aus, aufgrund der Signalgebung könne es sich auch um eine Komplettruptur der Achillessehne gehandelt haben, der 0,2 cm großer Anteil entspreche dann nicht einem intakten Sehnenanteil, sondern einem Teil des umgebenden ödematösierten Gewebes. Vorgelegt wurde außerdem auch eine Stellungnahme des Operateurs der A.-Klinik vom 16.03.2012 mit der Prof. Dr. T. eine Veröffentlichung zu einem Fachkongress 2011 vorlegte, wonach bis zwei Wochen nach einem Achillessehnenriss es zu einer Neuformation verbindender Gewebe (neoformation of connective tissue) komme. Auf Anfrage der Beklagten teilte Prof. Dr. D. unter dem 17.04.2012 mit, der Kläger habe sich bei ihm am 02.11.2011 wegen Schmerzen im Bereich der linken Kniekehle vorgestellt. Es sei eine Unterschenkelvenenthrombose der Soleus-Venengruppe lateral diagnostiziert worden, mit eindeutiger Rekanalisationstendenz in der Gruppe der Vene fibularis links.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30.05.2012 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Zwar sei das Unfallereignis grundsätzlich geeignet, eine Achillessehnenruptur zu verursachen. Jedoch sei nach medizinischer Erfahrung davon auszugehen, dass 3 Wochen nach dem Ereignis die Sehne noch nicht total eingewachsen sein könne. Da der proximale Anteil der Sehne bereits retrahiert gewesen sei, spreche dies für eine chronische Ruptur nicht für einen Unfallzusammenhang. Damit sei auch unerheblich, ob die Thrombose durch die Ruhigstellung der Achillessehnenbehandlung, die daher eine unfallunabhängig Behandlung gewesen sei, entstanden sei.

Der Kläger erhob am 18.06.2012 Klage vor dem Sozialgericht Mannheim (SG).

Das SG holte von Dr. D. das unfallchirurgische Gutachten vom 27.02.2013 ein. Darin beurteilte Dr. D. in eigener Auswertungen den MRT-Befund vom 05.09.2011, dessen sagittales Schnittbild repräsentativ für eine komplette Ruptur der Achillessehne sei. Durch den von Kläger dargestellten Unfallmechanismus sei es zu einer indirekten Zugwirkung mit plötzlicher unerwarteter Überdehnung der Achillessehne gekommen, was ein geeigneter Hergang für eine Achillessehnen-Zerreißung sei. Hieraus resultieren eine verminderte Fußsenkerkraft links und eine Schwellung im Bereich der Achillessehne durch die verstrichene (fehlende) Achillessehnentaille. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage 10 v.H. Aus unfallchirurgischer Sicht schätze er die Arbeitsunfähigkeit bis einschließlich 16.12.2011. Ob eine Thrombose Unfallfolge sei, müsse ein angiologisches Gutachten klären.

Im gefäßchirurgischen-phlebologischen Gutachten vom 17.07.2013 bejahte der Sachverständige Prof. Dr. B. eine Beinvenenthrombose als Unfallfolge. Außerdem diagnostizierte er eine Stammvenenvarikosis der Vena saphena magna. Diese sei möglicherweise Folge der Unterschenkelvenenthrombose. Am rechten Bein sei in der Duplexsonografie kein pathologischer Befund erhoben worden. Auch die Familienanamnese sei negativ in Bezug auf Venenerkrankungen und tiefer Venenthrombosen, weshalb die Stammvenenvarikosis Folge einer konsekutiven sekundären Klappensinsuffizienz sein könne. Er bewertete die MdE mit 10 v. H.

Die Beteiligten äußerten sich zum Beweisergebnis. Der Kläger legte die Stellungnahmen von Prof. Dr. T. vom 21.10.2013 vor. Die Beklagte verwies auf die eingeholte beratungsärztliche Stellungnahme vom Dr. M. vom 13.03.2014, der die eingesetzte Plastik bei der operativen Versorgung der Achillessehnenruptur als ungewöhnliche Maßnahme bei einer frischen Ruptur bewertete. In der Abwägung spräche alles eindeutig für eine etwas ältere Achillessehnenruptur. Gehe man von einem Unfallzusammenhang aus betrage die MdE 10 v.H ... Die Unterschenkelvenenthrombose sei als mittelbare Unfallfolge anzusehen. Die Varikosis habe dagegen bereits vorbestanden und sei operativ angegangen worden. Ein Teil der Schwellneigung des postthrombotischen Syndroms sei auf die Rezidivvarikosis zurückzuführen, weshalb die integrativ bemessene Gesamt-MdE 10 v.H. betrage.

Mit Urteil vom 19.03.2014 änderte das SG die angefochtenen Bescheide ab und stellte eine Achillessehnenruptur links mit verminderter Fußsenkerkraft und Weichteil-Umfangsvermehrung sowie eine Unterschenkelvenenthrombose links mit postthrombotischen Syndrom Grad II und Stammvarikosis der Vena saphena magna im Hach Stadium IV als Folge des Arbeitsunfalls vom 25.08.2011 fest. Außerdem verurteilte es die Beklagte, dem Kläger Verletztengeld über den 12.09.2011 hinaus bis einschließlich 31.12.2011 zu zahlen. Im Übrigen wies es die Klage ab.

Das Urteil ist sowohl den Bevollmächtigten des Klägers als auch der Beklagten jeweils am 31.03.2014 zugestellt worden. Der Kläger hat am 16.04.2014 und die Beklagte am 28.04.2014 Berufung beim Landessozialgericht eingelegt.

Der Kläger hat zur Begründung vorgetragen, die unfallbedingte MdE betrage wenigstens 20 v.H., weshalb ihm eine Verletztenrente zustehe. Das SG hätte für die von Dr. D. angenommene MdE von 10 v.H. unter Berücksichtigung der auch vom SG angenommenen MdE von 10 v.H. für das postthrombotischen Syndrom nach Addition zu einer Gesamt-MdE von 20 v.H. gelangen müssen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 19.03.2014 abzuändern und die Beklagte unter weiterer Abänderung des Bescheids vom 24.02.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.05.2012 zu verurteilen, Verletztenrente nach einer MdE um 20 v. H. zu bezahlen und die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 19.03.2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise eine ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr. D. gemäß Schriftsatz vom 31.03.2015 einzuholen und die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie führt zur Begründung aus, Dr. D. habe gutachterlich die Untersuchungsbefunde des erstbehandelnden Arztes Dr. S. nicht überzeugend hinterfragt, dass die Achillessehne nicht gerissen sei, weil er nicht dargelegt habe, wie er zu dieser Feststellung gelangt sei. Außerdem habe Dr. D. entgegen des MRT-Befundberichtes von Dr. H. der Kernspinuntersuchung am 05.09.2011 eine komplette Zerreißung der

Achillessehne entnommen. Zudem habe er im Gutachten unterstellt, dass bei frischen Rupturen es häufig zu Verklebungen zwischen Sehnen und Sehnengleitgewebe komme, wohingegen im Operationsbericht nicht von Verklebungen sondern von Verwachsungen des Sehnenstumpfes die Rede sei. Auch sei ein sogenanntes Debridement 18 Tage nach dem angenommenen Riss ungewöhnlich, insbesondere die Durchführung einer Sehnenplastik, weshalb insgesamt die Zusammenhangsbeurteilung des Sozialgerichts nicht nachvollziehbar sei.

Der Senat hat den Untersuchungsbericht von Prof. Dr. D., Klinikums K., vom 14.01.2015 eingeholt (Diagnose nach Duplex des Venensystems: linksseitig komplett freie Vene, auch Unterschenkelvene frei und komplett rekanalisiert, deutliche Seitenastvarikosis im Bereich der Vena saphena magna). Außerdem hat der Senat Prof. Dr. D. als sachverständigen Zeugen befragt. In seiner Aussage vom 21.01.2015 hat Prof. Dr. D. dem Senat die Untersuchungsbefunde im Jahr 2014 und zuletzt am 21.01.2015 mitgeteilt. Danach habe beim Kläger eine leichte Seitenastvarikosis vorbestanden, die dem Kläger vor dem Unfall keinerlei Beschwerden bereitet habe. Diese sei jetzt im Bereich des Unterschenkels infolge chronischer Stauung deutlich stärker ausgeprägt. Es bestünden keine Zweifel an der Unfallkausalität der entstandenen Thrombose.

Die Beklagte hat sich zur sachverständigen Zeugenaussage von Prof. Dr. D. geäußert (Schriftsatz vom 31.03.2015) und eine gutachterliche Stellungnahme für die Generali Versicherung AG der Fachärztin für Innere Medizin, Angiologie, Hämatologie/Int. Onkologie Dr. B. vom 26.11.2012 vorgelegt. Prof. Dr. D. erwähne in seiner Stellungnahme einen bei Dr. B. anamnestisch angegebenen operativen Eingriff vor etlichen Jahren an der Vena saphena magna nicht. Nach der unfallmedizinischen Literatur sei eine Nahthrombose mit 24 bis 48 Stunden nach dem Eingriff zu erwarten. Die Erstdiagnose beim Kläger sei am 02.11.2011, also neun Wochen nach dem Trauma und über sechs Wochen nach der operativen Versorgung gestellt worden. Prof. Dr. D. habe die gerichtliche Frage nach dem Ausmaß der Beeinträchtigung der Stammvarikosis im seiner Stellungnahme nicht beantwortet. Es werde beantragt, Prof. Dr. D. zu diesen Punkten erneut zu befragen.

Der Senat hat die Verwaltungsakte der Beklagten und die Akte des SG beigezogen. Auf diese Unterlagen und auf die beim Senat angefallene Akte im Berufungsverfahren wird wegen weiterer Einzelheiten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegten Berufungen des Klägers und der Beklagten sind jeweils gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig. Die Berufung des Klägers ist jedoch unbegründet (vgl. unten B), die der Beklagten ist in dem aus dem Urteilstenor ersichtlichen Umfang und damit nur teilweise begründet (vgl. unten A 2.), darüber hinaus jedoch auch unbegründet (vgl. unten A 1.).

A 1. a) Soweit die Beklagte mit ihrer Berufung geltend macht, durch das von ihr als Arbeitsunfall anerkannte Ereignis am 25.08.2011 sei eine Achillessehnenruptur nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit als Verletzungsfolge eingetreten, ist die Berufung unbegründet. Die im angefochtenen Urteil des SG getroffene Feststellung, dass eine Achillessehnenruptur links mit noch verminderter Fußsenkerkraft links und Weichteil-Umfangsvermehrung Unfallfolge ist, ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Das SG hat in den Entscheidungsgründen die rechtlichen Voraussetzungen zur Bewertung einer Gesundheitsstörung als Unfallfolge und die hierzu maßgebenden Bewertungsgrundsätze umfassend und zutreffend dargelegt, weshalb der Senat nach eigener Prüfung gemäß § 153 Abs. 2 SGG auf die Ausführungen im angefochtenen Urteil verweist (Urteil des SG, Seite 13 und 14).

Der Senat stützt seine Beurteilung ebenso wie das SG auf das nachvollziehbare Gutachten von Dr. D., der in Auswertung des vom Kläger nachvollziehbar ergänzten und nicht widersprüchlichen und auch nicht im Verlauf des Verfahrens gesteigerten, daher auch aus Sicht des Senats glaubhaften Vortrags zum Unfallhergang einen für eine Achillessehnenruptur geeigneten Unfallmechanismus bejaht hat. Danach ist der Kläger auf dem Medizinball stehend nicht umgeknickt, sondern mit dem linken Bein durchgerutscht, und dabei mit dem Vorfuß auf der Kante des Sportgeräts am Boden aufgekommen. Diesen Hergang hat das SG bereits festgestellt, dem folgt der Senat. Die Beklagte hat hiergegen auch zuletzt nichts mehr eingewandt. Außerdem hat Dr. D. in eigener Auswertungen der ihm vorliegenden MRT-Aufnahme der Achillessehnenregion vom 05.09.2011 entgegen des ursprünglichen Befundes des Radiologen Dr. H. eine komplette Ruptur der Achillessehne diagnostiziert. Dies stimmt mit dem Ergebnis einer Nachprüfung überein, die Dr. H. in Kenntnis des intraoperativen Befundes vom 13.09.2011 vorgenommen hatte. Auch aus radiologischer Sicht ist nach der von Dr. H. selbst verfassten Ergänzung in seinem Bericht vom 06.09.2011 das bisher noch als intakten Sehnenanteil umschriebene Verbindungsstück auch als Teil des umgebenden ödematösierten Gewebes zu deuten, weshalb der MRT-Befund auch als Komplettruptur der Achillessehne verstanden werden kann. Mit einem unfallvorbestehenden chronischen Achillessehnenriss sind die im MRT ebenfalls ersichtlich gewordenen Muskelfaserrisse nicht ohne weiteres vereinbar. Inwieweit diesem Befund keine spezifische Bedeutung, der keine Zuordnung zum geltend gemachten Trauma erlaube, zukommen soll, wird von Dr. C. nicht erläutert. Der von Dr. Contes in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 19.01.2012 angenommene mehrzeitige Vorgang von einer Partialruptur zu einer Komplettruptur ist danach nicht sicher belegt. Sowohl Prof. Dr. Q. wie auch Dr. D. sind aufgrund dieser Merkmale zu der Auffassung gelangt, dass die Achillessehnenruptur Folge des geltend gemachten Ereignisses war.

Dem steht entgegen der Auffassung der Beklagten, die sie zuletzt auf die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. M. vom 13.03.2014 gestützt hatte, nicht entgegen, dass im H-Arzt-Bericht vom 29.08.2011 eine Achillessehnenruptur ausgeschlossen worden war bzw. dass der Kläger erst am vierten Tag nach dem Unfall den Arzt aufgesucht hatte. Dr. M. unterstellt dem H-Arzt einen entsprechenden Tastbefund, jedoch ergibt der H-Arztbericht nur eine Druckschmerzprüfung im Verlauf der Achillessehne. Dr. D. hält dagegen für eine sichere klinische Diagnose einer vollen Ruptur der Achillessehne eine entsprechende Kraftprüfung der Fußsenkerkraft für geboten, eine solche lässt sich dem Arztbericht jedoch nicht entnehmen. Im Übrigen hat der Kläger auch für den Senat nachvollziehbar glaubhaft dargelegt, dass er sich am Unfalltag und Folgetag mit Schreibarbeit beschäftigt hatte, und seine Tochter die physiotherapeutischen Behandlungen der Patienten übernommen habe. Er habe bei einer Untersuchung in der Notaufnahme am Wochenende eine Einweisung ins Krankenhaus befürchtet, deshalb habe er den Orthopäden erst am Montag aufgesucht. Der Senat hat keine Zweifel daran, dass der späte Arztbesuch mit dem Bestreben des Klägers, seine selbständige Tätigkeit möglichst ohne Unterbrechung fortsetzen und ohne wirtschaftliche Einbußen ausüben zu können, in Zusammenhang stand und nicht, wie die Beklagte meint, Ausdruck nur geringer oder sich erst allmählich entwickelnder Beschwerden war.

Auch die Tatsache, dass nach dem Operationsbericht der ruptierte Sehnenanteil wegen Verwachsungen mit dem Umgebungsgewebe erst

gelöst werden musste, spricht nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. D. und der ergänzenden Stellungnahme des Operateurs Prof. Dr. T. nicht gegen eine Ruptur, die 18 Tage vor der Operation stattgefunden hat. Zum einen hat Dr. D. darauf verwiesen, dass Verklebungen der Sehnenstümpfe ihm aus seiner ärztlichen Erfahrung ebenfalls bekannt sind und zum anderen führte Prof. Dr. T. in seiner Bescheinigung vom 21.10.2013 aus, dass das Einwachsen des distalen Stumpfes und die Retraktion des proximalen Stumpfes einen klassischen Heilvorgang nach eine Achillessehnenruptur darstellt, wenn die Ruptur nicht entsprechend durch die Immobilisation oder Operation versorgt werde. Vorliegend war der Kläger aufgrund der Diagnose des H-Arztes nur konservativ behandelt worden, erst nachdem die Beschwerden nicht abgeklungen waren, wurden weitere Diagnosemaßnahmen, wie zum Beispiel die Anfertigung der MRT-Aufnahme am 05.09.2011, eingeleitet. Die Einschätzung von Prof. Dr. T. ist für den Senat auch überzeugend, denn sie steht ganz offensichtlich in Einklang mit entsprechenden Erfahrungsberichten, die bei dem im Schreiben der A. Klinik vom 16.03.2012 erwähnten Kongress 2011 ausweislich der beigefügten Veröffentlichung auch thematisiert worden sind. Dieser Einschätzung ist zuletzt auch Dr. M. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme beigetreten. Er meint, der Operateur habe in seiner Stellungnahme nicht geschildert, wie er die Verwachsung gelöst habe. Wenn er sie hätte scharf lösen müssen und nicht stumpf, nämlich durch Abtupfen der entsprechenden Stelle mit einem Präpariertupfer, wie von Dr. D. geschildert, wäre die endoskopische Operation sehr schwierig gewesen. Dies ergibt aber kein Indiz für oder gegen eine vorbestehende Ruptur, denn entweder handelt es sich nur um eine stumpf lösbare Verklebung, wie Dr. D. vermutet, oder der Operateur ist die Schwierigkeit einer scharfen Lösung bei der endoskopischen Operation bewusst oder ungewollt eingegangen. Soweit Dr. Merkel seine Annahme, es habe sich um einen bereits länger bestehenden Achillessehnenriss gehandelt, darauf stützt, dass ein Debridement mit Einpassen einer Plastik erforderlich gewesen sei, was für eine frische Sehnenruptur ungewöhnlich wäre, verkennt er die von Prof. Dr. T. mit dem verzögerten Behandlungsbeginn nachvollziehbar dargelegte Krankheitsentwicklung, die nach ärztlicher Erfahrung in diesem Zeitraum zum Einwachsen des Sehnenstumpfes führen kann. Ob auch ein Gewebeabbau für die retrahierten Sehnenstümpfe und die zu überwindende Distanz ursächlich war, was möglicherweise doch für einen längeren Prozess sprechen könnte, ist im Nachhinein nicht festzustellen, da kein Gewebe zur pathologischen Untersuchung entnommen worden war. Auch dem MRT-Befund vom 06.09.2011 ist kein Hinweis auf eine schon länger bestehende Ruptur zu entnehmen. Dass bereits vor dem Unfall am 25.08.2011 typische Beschwerden einer Achillessehnenruptur bestanden, lässt sich nirgends entnehmen. Ob der Kläger bei einer vorbestehenden, unbehandelten Ruptur die dargelegte Übung mit Balance auf einem Medizinball hätte aufnehmen können, erscheint dem Senat zumindest fraglich. Es obliegt der Beklagten, ihren Einwand einer Vorschädigung als anspruchsvernichtende Einrede zu beweisen.

Die aus der Achillessehnenruptur resultierenden, noch bestehenden funktionellen Einschränkungen hat Dr. D. in seinem Gutachten mit verminderter Fußsenkerkraft und Weichteil-Umfangsvermehrung überzeugend beschrieben. Hiervon geht der Senat ebenso aus wie das SG aus. Dies wird von der Beklagten im Einzelnen auch nicht bestritten.

b) Ebenso ist die Berufung der Beklagten unbegründet, soweit sie sich gegen die Feststellung im Urteil des SG wendet, dass eine Unterschenkelvenenthrombose mit noch bestehendem postthrombotischen Syndrom Unfallfolge ist.

Der Senat konnte ebenso eine Unterschenkelvenenthrombose als Unfallfolge feststellen. Dies entnimmt der Senat dem überzeugenden Gutachten von Prof. Dr. B., der mit dieser medizinischen Einschätzung mit dem behandelnden Arzt Prof. Dr. D. übereinstimmt. Beide Ärzte haben nachvollziehbar dargelegt, dass die am 02.11.2011 diagnostizierte tiefe Venenthrombose – sekundäre – Folge des Unfallereignisses ist. Im Rahmen der schmerzbedingten Bewegungseinschränkung mit Schonung des linken Beins und der Behandlung durch Operation und Ruhigstellung infolge eines Gipsverbandes mit nachfolgender Verordnung einer Schiene kam es zu einer tiefen Beinvenenthrombose der linken Vena fibularis sowie einer Muskelvenenthrombose in der Soleusmuskelgruppe, so auch Dr. B. in ihrer gutachterlichen Stellungnahme vom 26.11.2012 an die G. Versicherung AG. Diese Entwicklung hat selbst Dr. M. bejaht und sie als mittelbare Unfallfolge beurteilt, mit der unausgesprochenen Einschränkung, dass man die Achillessehnenruptur als unfallbedingt einstuft. Die entsprechende Genese war auch von Prof. Dr. Q. in seinem Gutachten dargelegt worden, wenn auch teilweise etwas unscharf, da einerseits ausgeführt wird, eine klare Zuordnung zum Unfall oder als postoperative Folge könne nicht mehr differenziert werden. Jedenfalls beurteilte er die Thrombose als Unfallfolge und die deshalb notwendige Behandlungsbedürftigkeit als von der Beklagten zu gewährende Heilbehandlung. (vgl. Gutachten von Prof. Dr. Q. vom 07.12.2011, Antwort zu Fragen Nr. 2 und 4). Soweit die Beklagte hiergegen mit Schriftsatz vom 31.03.2015 zuletzt angeführt hat – ohne auf die Ausführungen ihres Beratungsarztes Dr. M. einzugehen –, nach der unfallmedizinischen Literatur sei ein zeitlicher Zusammenhang zwischen 24 bis 48 Stunden, auch mit ein bis zwei Wochen bei einer Nahthrombose, d.h. einer Thrombose räumlich nahe zur Verletzung, anzusiedeln, was mit der erstmaligen Diagnose der Thrombose am 02.11.2011 nicht zu vereinbaren wäre, ist dies nicht überzeugend. Keiner der genannten Ärzte hat auf den zeitlichen Zusammenhang als ausschlaggebend für die Verneinung des Unfallzusammenhangs der diagnostizierten Thrombose abgestellt. Darüber hinaus verkennt die Beklagte die von Prof. Dr. B. dargelegte Beschwerdeentwicklung. Danach ist aus den Akten ersichtlich, dass der Kläger immer wieder wegen Beinbeschwerden und nicht abschwellender Umfangsvermehrung am linken Unterschenkel bei Ärzten vorgesprochen hat, aber mangels entsprechender Diagnose vor dem Dezember 2011 unwissentlich keine Kompressionstherapie erhielt. Daraus ergibt sich für den Senat überzeugend, dass die klinische, behandlungsbedürftige Beschwerdesymptomatik einer Thrombose bereits vor Dezember 2011 beim Kläger vorgelegen hatte, wovon die oben genannte Ärzte auch ausgehen.

Auch der Hinweis der Beklagten, der Zusammenhangsbeurteilung von Prof. Dr. D. in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 21.01.2015 könne sie sich nicht anschließen, denn aus der Stellungnahme von Dr. B. sei anamnestisch angeführt, dass ein operativer Eingriff vor etlichen Jahren an der Vena saphena magna durchgeführt worden sei und eine chronisch venöse Insuffizienz vorgelegen habe, führt nicht weiter. Abgesehen davon, dass für den Senat die Konsequenz dieser Tatsache für die Zusammenhangsbeurteilung nicht ganz verständlich ist, sie wird seitens der Beklagten auch nicht näher dargelegt, ist Prof. Dr. D. in seiner Zeugenaussage vom Januar 2015 gerade von einer vorbestehenden Seitenastvarikosis ausgegangen. Auch im unfallchirurgischen Gutachten von Dr. D. vom 27.02.2013 wird in der unfallunabhängigen Anamnese eine Krampfaderoperation 1998 am linken Bein angegeben. Eine nochmalige Befragung von Prof. Dr. D., ob er in Kenntnis dieser Aktenlage zu der gleichen Einschätzung komme, drängt sich bei dieser Sachlage nicht auf, zumal Prof. D. selbst von einer vorbestehenden Seitenastvarikosis ausgegangen ist. Dem entsprechenden Antrag der Beklagten musste der Senat daher nicht nachkommen.

Den ärztlichen Darlegungen ist auch nicht zu entnehmen, dass die unfallvorbestehende Varikosis alleinige Ursache der Venenthrombose war. Weder wird die Varikosis als naturwissenschaftlich einzige in Betracht kommende Ursache genannt, weshalb das unfallbedingte Trauma und die nachfolgende Behandlung bereits nicht Ursache der Thrombose wären, noch wird unter der Kausalität von mehreren wirksam gewordenen (Mit-)Ursachen der unfallunabhängigen Varikosis die allein wesentliche Ursächlichkeit zugeschrieben. Auch die

Beklagte hat einen solchen Kausalitätsverlauf nicht dargelegt, der Senat hat eine solche Feststellung mangels medizinischer Darlegungen der gehörten Ärzte auch nicht treffen können.

Damit ist auch der vom SG zugesprochene Anspruch auf Verletztengeld bis 31.12.2011 rechtmäßig und die Berufung der Beklagten auch insoweit unbegründet. Das Urteil des SG ist auch insoweit nicht zu beanstanden. Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit hat nach den Feststellungen des Senats bis zum 31.12.2011 vorgelegen. Das SG hat sich hierbei auf die überzeugende Darlegungen von Prof. Dr. B. gestützt, denen auch der Senat folgt. Danach war nach der Diagnose der Unterschenkelvenenthrombose am 02.12.2011 eine Entstauungstherapie und die Anpassung einer Kompressionsstrumpfversorgung sowie die Einleitung der oralen Anticoagulation erforderlich, die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit begründete und im Rahmen einer 4-wöchigen Behandlung als erfolgreich abgeschlossen einzustufen war. Hiergegen hat die Beklagte auch nichts weiteres Substanzielles eingewandt.

A 2. Dagegen ist die Berufung der Beklagten begründet, soweit sie sich gegen die Feststellung des SG im angefochtenen Urteil wendet, mit der eine Stammvarikosis der Vena saphena magna als Unfallfolge festgestellt wird. Insoweit war das angefochtene Urteil des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Diese Unfallfolge konnte der Senat nicht feststellen. Entgegen der Feststellung im angefochtenen Urteil bestand die Stammvarikosis zur Überzeugung des Senats bereits vor dem Unfall. Die eingeholten angiologischen Beurteilungen der Fachärzte Prof. Dr. B. und Prof. Dr. D. überzeugen den Senat nicht, soweit darin der Unfallzusammenhang der Stammvarikosis bejaht wird (Prof. Dr. B.) oder eine zu berücksichtigende Verschlimmerung - die das SG nicht ausdrücklich festgestellt hat - angenommen wird (Prof. Dr. D.). Prof. Dr. B. hat insoweit die Stammvarikosis der Vena saphena magna bereits nur als mögliche Folge der Unterschenkelvenenthrombose beurteilt, was für eine Zusammenhangsbeurteilung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nicht ausreicht. Er stützt seine Kausalitätsbeurteilung vor allem auf die Tatsache, dass das rechte Bein in der Duplexsonographie keinen pathologischen Befund ergeben hatte und auch die Familienanamnese des Klägers negativ auf Venenerkrankungen oder tiefer Venenthrombosen sei. Abgesehen davon, dass hinsichtlich der Familienanamnese sich der Sachverständige allein auf die Angaben des – medizinisch nicht unbewanderten – Klägers stützt, ist diese Begründung nicht sehr überzeugend und tatsächlich im Hinblick auf die von Prof. Dr. D. zutreffend angenommene Vorerkrankung an einer Stammvarikosis auch nicht zutreffend, wenn damit eine anlagebedingte Erkrankung ausgeschlossen werden sollte. Seine Überlegungen, dass die Unterschenkelvenenthrombose in der Folge zu einer sekundären Klappensinsuffizienz geführt hat, was wiederum eine Varikosis zur Folge gehabt habe, rechtfertigt allenfalls die von ihm auch so gesehene Möglichkeit einer Entwicklung, legt sie aber nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nahe.

Auch der Beratungsarzt Dr. M. geht davon aus, dass die unfallvorbestehende Stammvarikosis als Rezidiv hätte auftreten können, wenn weiterhin eine Flussumkehr von den tiefen in die oberflächlichen Beinvenen stattgefunden habe, was der Ausgangslage der tiefen Beinvenenthrombose mit konsekutiv eingetretener Klappeninsuffizienz entsprochen hätte. Dies setzt jedoch voraus, dass die unfallvorbestehende Stammvarikosis eine richtunggebende Verschlimmerung durch den Unfall oder seine mittelbaren Folgen erfahren hat. Ein organischer Befund, der eine Veränderung des betreffenden Venensystems im Vergleich zu einem vor dem Unfall erhobenen Befund beschreibt, ist dem Gutachten von Prof. Dr. B. nicht zu entnehmen. Er bezieht sich auf den Befund der von ihm vorgenommenen Duplexsonographie, die links eine Crosseninsuffizienz (Schließunfähigkeit der Venenklappe der Vena saphena magna im Bereich der Einmündung in die tiefe Beinvene) sowie eine komplette Stammveneninsuffizienz im Hach Stadium IV ergeben hat. Dr. B. hat diesen Befund in ihrer Stellungnahme vom 26.11.2012 nicht mit dem Unfall in Zusammenhang gebracht. Die Rezidiv-Varikosis, welche von der linken Leiste bis zum distalen Unterschenkel zieht, deckt sich auch nicht vollständig mit der Region der verorteten Thrombose. Allein der Umstand, auf den Prof. Dr. D. abstellt, dass die vorher bestehende leichte Varikosis nach dem Unfall sich in ihren Auswirkungen verstärkt habe, rechtfertigt keinen Rückschluss auf eine Verschlechterung der Vorerkrankung, die das Erkrankungsstadium auch substantiell in eine weitere Krankheitsentwicklung führte. Vielmehr hat Prof. Dr. D. auf Frage des Senats mitgeteilt, dass auch bei seiner letzten Untersuchung des Klägers im Januar 2015 nur noch eine diskrete Seitenastvarikosis am betroffenen Unterschenkel bestand, was dafür spricht, dass nur eine vorübergehende akute Erkrankung der anlagebedingten Stammvarikosis aufgetreten ist. Ausweislich des beigezogenen Befundberichts vom 14.01.2015 waren die Venen am linken Bein komplett frei, insbesondere die Unterschenkelvene war frei und rekanalisiert. Die bloße, vorübergehende Verstärkung einer Beschwerdesymptomatik einer anlagebedingten Grunderkrankung ist keine Verschlimmerung im Rechtssinne. Einer ergänzenden Befragung von Prof. Dr. D., wie von der Beklagten beantragt, zur Abgrenzung der Beeinträchtigung der Stammvarikosis von der des postthrombotischen Syndroms bedarf es daher nicht. Außerdem ist Prof. Dr. D. der Frage des Senats nachgekommen, denn er hat die Auswirkungen beider Gesundheitsstörungen beschrieben, wenn auch nicht unter der vom Senat gestellten Frage Nr. 7.

Der Senat sah auch keine Veranlassung, aufgrund der ihn überzeugenden aktenkundigen Gutachten auf unfallchirurgischem und gefäßchirurgischem/angiologischem Fachgebiet weitere Gutachten einzuholen. Gründe, die weitere Ermittlungen erforderlich machen, hat die Beklagte auch nicht vorgetragen.

B Die Berufung des Klägers ist unbegründet. Er hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten und das angefochtene Urteil des SG sind in diesem Punkt nicht zu beanstanden. Das SG hat die Rechtsgrundlagen und die Anwendungsgrundsätze zur Gewährung einer Verletztenrente zutreffend und umfassend dargelegt. Es hat darüber hinaus die MdE-Bewertungsgrundsätze nach der unfallmedizinischen Literatur rechtlich zutreffend angeführt und angewandt, weshalb der Senat nach eigener Überprüfung gemäß § 153 Abs. 2 SGG auf die Ausführungen im angefochtenen Urteil (Seite 17 bis 21 des Urteils) verweist.

Das Berufungsverfahren hat keine rechtlichen Gesichtspunkte ergeben, die eine andere Entscheidung rechtfertigen können.

Das Vorbringen des Klägers, die auf unfallchirurgischem Gebiet angesetzte Teil-MdE von 10 v.H. sei im Wege der Addition mit der Teil-MdE von 10 v.H. auf angiologischem Fachgebiet zu einer Gesamt-MdE um 20 v.H. zusammenzufassen, ist nicht geeignet, das Rentenbegehren zu begründen.

Ausgehend von den von Dr. D. erhobenen Befunden, die das SG seiner Beurteilung zu Grunde gelegt hat und auf die deshalb verwiesen werden kann, weil der Senat sie auch seiner Feststellung zu Grunde legt, ist die Teil-MdE von 10 v.H. für die ausgeheilte Achillessehnenruptur bei freier Beweglichkeit, seitengleich ausgeprägter Unterschenkelmuskulatur und lediglich leicht verminderte

Fußsenkerkraft eher wohlwollend und nicht zu beanstanden. Mit berücksichtigt ist hierbei die von Dr. D. beschriebene Weichteil-Umfangsvermehrung von eineinhalb Zentimetern im Bereich des Sprunggelenks links. Dies rechtfertigt die Anwendung des Bewertungsgrundsatzes nach der unfallmedizinischen Literatur, wonach eine gut und ohne Funktionsbehinderung trotz gewisser Muskelminderung ausgeheilte Achillessehnenruptur nur eine Erwerbsminderung bis 10 v.H. begründet (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., Seite 402). Diese funktionelle Einschränkung wird durch das noch bestehende postthrombotische Syndrom nicht wesentlich verstärkt; vielmehr sind die funktionellen Auswirkungen in weiten Teilen mit der aus unfallchirurgischer Sicht zu beurteilen Funktionseinschränkung identisch. Bei der Untersuchung am 31.01.2013 hatte Dr. D. gleiche Umfangsmaße am Unterschenkel an beiden Beinen ermittelt, lediglich im Bereich des Knöchels fand sich links eine Umfangsvermehrung von eineinhalb Zentimetern. Bei der fünf Monate später am 01.07.2013 stattfindenden Untersuchung durch Prof. Dr. B. fand sich von Mitte des Unterschenkels bis zum oberen Sprunggelenk links eine Umfangsvermehrung von zwei bis drei Zentimetern. Prof. Dr. D. fand bei seiner Untersuchung am 21.01.2015 hinsichtlich des postthrombotischen Syndroms Grad I unter Hinweis auf die beigefügte Bilddokumentation, die die Knöchelregion links ausweist, Stauungserscheinungen, die im Verlauf des Tages zunehmen. Ebenso beschreibt er eine gegenüber früher deutlich ausgeprägtere Seitenastvarikosis im Unterschenkelbereich, ohne konkrete Umfangmaße hierfür zu benennen. Prof. Dr. Böckler teilte noch Pigmentveränderungen in der Knöchelregion links mit als Zeichen des postthrombotischen Syndroms, sonstige trophische Störungen der Haut oder Geschwürbildungen sind bei keiner Untersuchung zu diagnostizieren gewesen. Die für das postthrombotische Syndrom von Prof. Dr. B. angenommene Teil-MdE von 10 v.H. entspricht den Bewertungsgrundsätzen der unfallmedizinischen Literatur, wie bereits das SG im angefochtenen Urteil zutreffend ausgeführt und sie seiner MdE-Bewertung zu Grunde gelegt hat. Eine Umfangsvermehrung von ein bis zwei Zentimetern bei Besenreiserzeichnung ergibt eine MdE um 10 v.H., bei einer Umfangsvermehrung von mehr als zwei Zentimeter mit Pigmentablagerung eine MdE von 20 v.H., wenn kein Kompressionsstrumpf getragen wird (vgl. Schönberger u.a., a.a.O., Seite 599). Ein indizierter Kompressionsstrumpf mit gut beherrschbarer Schwellneigung rechtfertigt eine MdE um 10 v.H., eine Schwellung und leichte trophische Störungen bei getragenem Kompressionsstrumpf eine MdE um 20 v.H. (vgl. Schönberger u.a., a.a.O.). Die Umfangsvermehrung von mehr als zwei Zentimetern bei der Untersuchung von Prof. Dr. B., die ausweislich des Befundes von Dr. D. nicht dauerhaft nachzuweisen ist und die Prof. Dr. B. auch nur Mitte des Unterschenkels mit drei Zentimetern beschreibt, und die funktionell weniger bedeutsame Hämosiderinablagerung in der Haut, was nach Prof. Dr. B. ein geringgradig ausgeprägter pathologischer Hautbefund ohne Neigung zu rezidivierenden Phlebitiden ist, rechtfertigt bei der Indikation eines Kompressionsstrumpfes, der zum Zeitpunkt der Untersuchung bei Dr. B. jedoch nur inkonsequent getragen worden ist, in der vom Senat vorzunehmende Gesamtwürdigung die Teil-MdE um 10 v.H. auf angiologischem Fachgebiet. Die hierbei berücksichtigte Schwellneigung des postthrombotischen Syndroms überschneidet sich mit der von chirurgischer Seite bereits berücksichtigten Umfangsvermehrung am linken Knöchel. Eine integrierend bemessene Gesamt-MdE von 10 v.H. ist daher rechtlich nicht zu beanstanden, zumal die chirurgisch beurteilte Teil-MdE um 10 v. H. angesichts der hierbei berücksichtigten Einschränkungen eine großzügige Bewertung beinhaltet. Inwieweit Auswirkungen der unfallvorbestehenden Seitenastvarikosis an den von Prof. Dr. B. und Prof. Dr. D. mitgeteilten Funktionseinschränkungen beteiligt sind, kann dahinstehen; einer Abgrenzung, wie von Dr. M. gefordert, bedarf es nicht, unabhängig von der Frage, ob sie medizinisch möglich und rechtlich zulässig wäre.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Hierbei hat der Senat berücksichtigt, dass die Beklagte mit ihrer Berufung nur einen Teilerfolg errungen hat, der gegenüber ihrem weitergehenden Rechtsschutzziel nur geringfügig ist und auch nur geringe wirtschaftliche Bedeutung für die Beklagte hat. Der Senat hat im Rahmen seines Ermessens deshalb von der Auferlegung einer Kostenlast an den Kläger abgesehen. Im Übrigen bleibt es für das erstinstanzliche Verfahren bei der Kostenentscheidung des SG.

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2015-10-30