

L 3 U 18/11

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Cottbus (BRB)
Aktenzeichen
S 25 U 93/04
Datum
09.11.2010
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 18/11
Datum
26.10.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 09. November 2010 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen die Entziehung einer Verletztenrente.

Der 1953 geborene Kläger erlitt einen später von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfall, als er am 13. November 1997 im Rahmen seiner Beschäftigung als Installateur beim Beladen eines Betriebsfahrzeugs mit Material von der Bordsteinkante abrutschte und sich hierbei links eine subtotale Achillessehnenruptur zuzog, vgl. Unfallanzeige und Durchgangsarztbericht des Krankenhauses F vom 13. November 1997. Es fand am 17. November 1997 eine operative Versorgung mit anschließender Ruhigstellung im Gipsverband statt, vgl. Zwischenbericht des Krankenhauses F vom 28. November 1997.

Der Kläger begab sich in ambulante Weiterbehandlung des Chirurgen Dr. C, welcher der Beklagten u.a. unter dem 19. Februar 1998 Bericht erstattete, wonach der Kläger immer noch Belastungsbeschwerden im Bereich der operativen Achillessehnenregion links schildere, die Schwellungsneigung sich deutlich rückbildend entwickelt habe, eine sichere Funktionseinschränkung im oberen Sprunggelenk (OSG) nur endgradig nachweisbar und die grobe Kraft der Achillessehne wieder vorhanden sei. Dr. C schrieb den Kläger, welcher sich ab 28. Januar 1998 einer Belastungserprobung unterzog, bis einschließlich zum 24. Februar 1998 (zugleich dem Ende der Belastungserprobung) krank. Unter dem 22. März 1998 berichtete Dr. C, dass der Kläger ab 25. Februar 1998 als arbeitsfähig im alten Beruf bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 vom Hundert (v.H.) für ein Jahr einzustufen sei, wobei die Belastungsbeschwerden zwar noch mit großer Wahrscheinlichkeit vorhanden seien.

Die Nervenärzte Dr. W und S berichteten der Beklagten unter dem 02. April 1998 über eine Untersuchung des Klägers, welche postoperative Sensibilitätsstörungen im Bereich des Nervus suralis und plantaris rechts ergab. Es sei mit einer dauerhaften Hyposensibilität zu rechnen. Eine motorische Defizienz sei nicht nachzuweisen.

Der Kläger begab sich zwischenzeitlich in Behandlung des Chirurgen Dr. N, welcher am 02. April 1998 eine deutliche Besserung feststellte und eine Erhöhung der Belastungserprobung auf sieben Stunden ab 06. April 1998 für zwei Wochen veranlasste, vgl. Bericht vom 06. April 1998, wonach i.Ü. nach Ablauf der Belastungserprobung mit voller Arbeitsfähigkeit zu rechnen und eine MdE von 20 v.H. für ein Jahr zu erwarten sei. Die Beklagte ließ von Dr. N ein sog. Erstes Rentengutachten vom 15. August 1998 erstellen, in welchem er für die Zeit bis zum 29. Juli 1999 von einer MdE von 20 v.H. und für die Zeit danach von einer MdE von voraussichtlich 10 v.H. ausging.

Die Beklagte erkannte mit Bescheid vom 18. September 1998 das Ereignis vom 13. November 1997 als Arbeitsunfall und als Unfallfolgen eine leichte Bewegungseinschränkung des linken OSG und unteren Sprunggelenks (USG) nach operativ versorgtem Achillessehnenriss sowie Operationsnarbenbildung an. Sie gewährte dem Kläger für die Zeit bis zum 31. Dezember 1998 eine Gesamtvergütung unter Zugrundelegung einer MdE von 20 v.H.

Der Kläger stellte am 01. Februar 1999 einen Rentenanspruch unter Hinweis auf die fortbestehende Beeinträchtigung der Beweglichkeit des linken Fußes. Die Beklagte ließ vom Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. W das Rentengutachten vom 10. März 1999 erstellen, in welchem dem Kläger bis auf Weiteres aufgrund unfallbedingter endgradiger Einschränkung im Bereich des linken OSG und USG mit einem Bewegungsdefizit in allen Bewegungsrichtungen von etwa 1/5 eine MdE von 20 v.H. bescheinigt wurde, wobei nach Ablauf weiterer zwölf

Monate eine Nachuntersuchung wegen zu erwartender Befundverbesserung anzuraten sei. Nachdem der Beratungsarzt die MdE-Einschätzung von Dr. W für überhöht erachtet hatte, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 26. April 1999 eine Rente nach Ablauf des Gesamtvergütungszeitraums ab.

Der Kläger erhob Widerspruch, woraufhin einer erneute beratungsärztliche Stellungnahme vom 17. Januar 2000 eine MdE von 20 v.H. für zehn Monate befürwortete. Die Beklagte ließ vom Arzt für Chirurgie Dr. K das Rentengutachten vom 25. Mai 2000 erstellen, in welchem dem Kläger wegen einer unfallbedingten Belastungsminderung des USG bis auf Weiteres eine MdE von 20 v.H. bescheinigt wurde. Dr. K erwartete keine Besserung der Unfallfolgen. Die Beklagte half dem Widerspruch mit Bescheid vom 23. Juni 2000 ab und gewährte dem Kläger ab 01. Januar 1999 eine Verletztenrente unter Zugrundelegung einer MdE von 20 v.H.

Die Beklagte ließ vom Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. H das Rentengutachten vom 09. Juli 2003 erstellen, in welchem er aufgrund einer ambulanten Untersuchung am 07. Juli 2003 zur Einschätzung gelangte, die MdE betrage nur noch 10 v.H. Obwohl der Kläger die Frage nach einer eventuell eingetretenen Besserung verneine, würden die Schmerzen nach ein- bis zweistündigem Gehen - anders als noch im Rentengutachten vom 25. Mai 2000 - nicht mehr geäußert. Die Schmerzen beim Steigen von mehr vier bis fünf Treppen würden ebenfalls nicht mehr angegeben. Das Gangbild sei zum Zeitpunkt der Untersuchung unbeeinträchtigt. Ein Muskeldefizit im Bereich des linken Oberschenkels sei nicht mehr nachweisbar. Ebenfalls nicht mehr nachweisbar sei eine Umfangsvermehrung im Bereich des linken distalen Unterschenkels. Weiterhin bestehe eine Muskelverschmächtigung des linken Unterschenkels von 2 cm gegenüber rechts. Die Bewegungseinschränkung im OSG und USG sei ebenfalls nicht mehr nachweisbar.

Die Beklagte entzog nach Anhörung des Klägers die Verletztenrente mit Bescheid vom 20. August 2003 für die Zeit ab dem 01. September 2003 und verwies auf das Begutachtungsergebnis von Dr. H, woraus sich eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, nämlich eine MdE von nur von 10 v.H. ergebe. Der Kläger erhob Widerspruch und führte zur Begründung aus, in seinem Beruf als Installateur oder Fluggerätemechaniker werde das Bein häufig stark beansprucht. Dadurch habe er des Öfteren Schmerzen, und das Bein sei auch in der Beweglichkeit immer noch eingeschränkt. Dem Gutachten von Dr. H sei nicht zu folgen. Das Gesundheitsbild habe sich seit der Untersuchung durch Dr. K nicht verbessert; vielmehr hätten sich die Probleme eher verschärft.

Der Kläger entschied sich von den von der Beklagten vorgeschlagenen Gutachtern für eine Begutachtung durch Prof. Dr. E vom Krankenhaus (U). Im hierauf aufgrund einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 23. Januar 2004 erstellten Gutachten vom 03. März 2004 wurden als Unfallfolgen eine reizlose Narbenbildung über der linken Achillessehne, eine endgradige diskrete Bewegungseinschränkung für die Fußsenkung und eine geringe Umfangsminderung des linken Oberschenkels und eine Umfangsminderung des linken Unterschenkels mit Muskelverschmächtigung der linken Wade festgestellt. Eine am 24. Januar 2004 erstellte Röntgenaufnahme ergab eine Arthrosis deformans mäßigen Grades im linken OSG ohne Nachweis von Folgen knöcherner Traumata. Die MdE wurde auf 10 v.H. eingeschätzt.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 25. Juni 2004 zurück. Die am U vorgenommene Begutachtung bestätige das Begutachtungsergebnis von Dr. H.

Der Kläger hat sein Begehren mit der am 15. Juli 2004 zum Sozialgericht Cottbus (SG) erhobenen Klage weiterverfolgt und sich kritisch mit der Begutachtung am U auseinandergesetzt. Insbesondere seien die Beschwerden des Klägers unzutreffend aufgenommen worden. Ferner wiesen die Messblätter aller bislang eingeholten Gutachten unterschiedliche Bewegungsausmaße aus. Das SG hat Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte und aus einem rentenversicherungsrechtlichen Verfahren das ärztliche Gutachten für die Gesetzliche Rentenversicherung der Gutachterärztin und Sozialmedizinerin Dr. L vom 26. Mai 2005 beigezogen.

Das SG hat aufgrund Beweisanordnung vom 12. September 2006 das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. L eingeholt. Der Sachverständige hat anlässlich der ambulanten Untersuchung am 22. November 2006 u.a. die Sprunggelenksbeweglichkeit bei Dorsal-/ Plantarflexion mit 25-0-20° rechts gegenüber 15-0-15° links, eine reizlose Narbe über der linken Achillessehne, Missempfindungen im Narbenbereich, eine Verschmächtigung der Wadenmuskulatur links bei einer Umfangsdifferenz von 4 cm gegenüber der Gegenseite bei größtem Wadenumfang 15 cm unterhalb des Kniegelenkspaltes, eine nahezu seitengleiche Palpation der Achillessehne im Seitenvergleich, deutliche Beschwellung beider Fersen (rechts stärker als links) und ein Schonhinken ohne Begrenzung der Gehstrecke festgestellt. Es sei mittlerweile ausweislich der am U vorgenommenen Befunderhebung eine posttraumatische Arthrose als Spätfolge des Unfalls eingetreten, woraus sich auch die Bewegungseinschränkung erkläre. Die MdE betrage 20 v.H. Dr. L ist in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18. August 2007 mit weitergehenden Ausführungen zur Ursächlichkeit der Achillessehnenruptur für die Arthrose bei seiner bisherigen Einschätzung geblieben. Mit seiner ergänzenden Stellungnahme vom 09. Februar 2008 hat Dr. L empfohlen, neue Röntgenaufnahmen beider Sprunggelenke zum Zwecke einer röntgenologischen Stellungnahme zum Ausschluss einer Arthrose der Gegenseite fertigen zu lassen.

Das SG hat der Klage mit Urteil vom 09. November 2010 der Klage stattgegeben und die angefochtenen Bescheide aufgehoben, weil nach dem Ergebnis der von Dr. L durchgeführten Begutachtung eine wesentliche Änderung der Verhältnisse nicht eingetreten sei.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 30. Dezember 2010 zugestellte Urteil am 18. Januar 2011 Berufung eingelegt. Sie behauptet, die auf den Unfall zurückzuführenden Funktionseinschränkungen im linken Sprunggelenk ergäben eine MdE von nur noch 10 v.H. Dr. L habe sich nicht zur sich hier eigentlich stellenden Frage wesentlicher Veränderungen geäußert. Soweit sich die von Dr. L erhobenen Befunden von den am U und von Dr. H erhobenen unterschieden, sei dies nicht etwa auf die Unrichtigkeit der früher erhobenen Befunde, sondern auf die festgestellte Arthrose und den eingetretenen Zeitablauf von zweieinhalb Jahren zurückzuführen. Es sei letztlich nur fraglich, ob die Arthrose Unfallfolge sei, wofür in jedem Fall noch eine vergleichende Aufnahme des rechten Sprunggelenks erforderlich sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 09. November 2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen,

hilfsweise,

eine erneute Begutachtung nach Vorlage eines röntgenologischen Fachgutachtens durchführen zu lassen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat das schriftliche Sachverständigen Gutachten des Facharztes für Orthopädie, Chirotherapie und Sportmedizin Dr. W vom 11. August 2011 eingeholt, dass dieser aufgrund einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 10. August 2011 erstellt hat. Er ist zur Einschätzung gelangt, dass die mittlerweile verheilte Achillessehnenruptur und ein geringes Fußhebefizit auf der linken Seite Unfallfolgen seien, des Gleichen die Narbenbildung und die verbliebene, umschriebene Hypästhesie in der linken Fußsohle (Nervus plantaris). Die aktuellen Untersuchungsbefunde stimmen mit denjenigen von 2003 und 2004 von Dr. H und Prof. Dr. E überein. Die verbliebene MdE betrage nur 10 v.H. Der Zustand der Achillessehne bzw. das operative Ergebnis seien aus funktioneller Sichtweise als gut bis sehr gut einzustufen. Auf die Anfertigung aktueller Röntgenaufnahmen habe verzichtet werden können, weil eine vermeintlich posttraumatische Arthrose keine eigenständige MdE nach sich ziehe. Vielmehr dürfe unterstellt werden, dass ein unfallbedingter Verschleißprozess auch ein entsprechendes Funktionsdefizit auslöse. Ein solches sei klinisch erfassbar und bilde die Grundlage der Bemessungshöhe. Folglich beruhe die von Dr. L geführte Diskussion auf einer falschen Bewertungsgrundlage, indem er wiederholt die MdE von 20 v.H. mit dem Nachweis einer posttraumatischen USG-Abnutzung begründe. Soweit tatsächlich eine durch die Achillessehnenruptur entstandene Abnutzung im Bereich des USG vorhanden sei, so sei diese zum Einen niedriggradig und zum Anderen habe sie keine Bewegungsstörung hinterlassen. Diese beweise die normale Gesamtbeweglichkeit bezogen auf die Fußinnen-/ -außenrandhebung. Ferner verursachten Achillessehnenrupturen keine Arthroseprozesse an den angrenzenden Sprunggelenken und schon gar nicht am USG, sofern sie nicht zu einer erheblichen Fehlstatik des gesamten Rückfußes führten, was beim Kläger eben nicht der Fall sei. Insgesamt wiesen weder OSG noch USG substantielle Einschränkungen oder Versteifungen auf. Für eine gleichförmige Belastung spreche zudem die nicht unterschiedliche Beschwellung.

Der Kläger ist dem Gutachten u.a. mit Kritik an der Befunderhebung und den hieraus von Dr. W gezogenen Schlussfolgerungen und einem MRT-Bericht der Fachärzte für diagnostische Radiologie Dres. B u.a. vom 18. April 2008 entgegen getreten.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers das schriftliche Sachverständigen Gutachten des Chefarztes der Klinik für Traumatologie und Orthopädie des Klinikums B Dr. O vom 13. März 2012 eingeholt. Dieser hat die Beweglichkeit der OSG bei Heben und Senken des Fußes mit 10-0-40° rechts gegenüber 0-0-30° links sowie die Gesamtbeweglichkeit der USG mit 4/5 rechts gegenüber 3/5 links festgestellt. Eben hieraus und aus den gestörten Empfindungen im Bereich der Wade und des Fußes links hat er eine MdE von 20 v.H. gefolgert.

Die Beteiligten haben mit Schriftsätzen vom 04. und 16. Oktober 2012 einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch den Berichterstatter anstelle des Senats zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts, des Ergebnisses der Beweisaufnahme und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen und inhaltlich Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Berichterstatter kann, weil die vorliegende Streitsache weder besondere Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist noch von grundsätzlicher Bedeutung ist, in Ausübung des insofern eröffneten richterlichen Ermessens anstelle des Senats im schriftlichen Verfahren ohne Durchführung einer mündlichen Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erklärt haben, vgl. [§§ 155 Abs. 3](#) und [4, 153 Abs. 1](#) in Verbindung mit [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG).

Die zulässige Berufung des Beklagten ist begründet.

Das SG hat der Klage zu Unrecht stattgegeben. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und beschweren den Kläger nicht.

Rechtsgrundlage für die Aufhebung der Rentenbewilligung ist [§ 48 Abs.1](#) des Zehnten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB X). Hiernach ist für die Aufhebung eines Verwaltungsaktes für die Zukunft Voraussetzung, dass in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Gemäß [§ 73 Abs. 3](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuch (SGB VII) ist eine Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) nur wesentlich bei der Feststellung der Minderung der Erwerbsfähigkeit, wenn sie mehr als 5 v.H. beträgt.

Vorliegend erkennt der Senat darin, dass die MdE, welche vor der hier angefochtenen Entziehung zuletzt aufgrund der von Dr. K durchgeführten Begutachtung mit Bescheid vom 23. Juni 2000 auf 20 v.H. festgestellt worden war, im hierfür maßgeblichen Zeitpunkt der letzten behördlichen Entscheidung des Widerspruchsbescheids vom 25. Juni 2004 nur noch 10 v.H. beträgt, die wesentliche Änderung im vorstehenden Sinn. Das Vorliegen einer MdE ist nämlich wiederum Voraussetzung für die Gewährung einer Verletztenrente nach [§ 56 Abs. 1](#) und [2 SGB VII](#).

Nach [§ 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente, wenn die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert ist und die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20 erreichen. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 3 SGB VII](#) sind die Folgen eines Versicherungsfalls nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Versicherungsfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit. Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des

Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 02. April 2009 ? [B 2 U 29/07 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 15). Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale versicherte Tätigkeit, Verrichtung zur Zeit des Unfalls, Unfallereignis sowie Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, a.a.O., Rn. 16). Ob der Gesundheitsschaden eines Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - danach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 13 ff.).

Erst dann, wenn sich die haftungsausfüllende Kausalität annehmen lässt, stellt sich die Frage nach der Bemessung der MdE und hängt diese von zwei Faktoren ab: Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (etwa BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 12).

Hiervon ausgehend ist der Senat im nach [§ 128 Abs. 1 S. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) erforderlichen Maße überzeugt, dass beim Kläger infolge des Unfalls vom 13. November 1997 jedenfalls ab dem Zeitpunkt der Entziehung der Verletztenrente tatsächlich keine rentenberechtigende MdE mehr vorliegt. Der insofern der Beklagten obliegende Beweis ist nach Auffassung des Senats durch das schriftliche Sachverständigengutachten von Dr. W erbracht. Dieser hat aus den von ihm erhobenen objektiven Befunden den nachvollziehbaren Schluss gezogen, dass die beim Kläger verbliebenen geringen Funktionsbeeinträchtigungen ? im Wesentlichen ein geringes Fußhebedefizit, Narbenbildung, Missempfindungen bei ausgeheilter Achillessehnenruptur nur noch eine MdE von 10 v.H. rechtfertigen. Mit dieser Bewertung steht er im Einklang mit dem einschlägigen arbeitsmedizinischen Schrifttum, wonach, worauf er zutreffend hinweist, bei einer gut und ohne Funktionsbehinderung verheilten Achillessehnenruptur trotz einer gewissen Muskelminderung die MdE höchstens 10 v.H. beträgt und erst, wenn die Verletzung nur ausschließlich durch narbiges Bindegewebe ausheilt und eine Funktionsbehinderung bestimmtes Ausmaßes verbleibt, eine MdE ab 20 v.H. zugestanden werden kann (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, Kap. 8.2.3.4, S. 402). Dr. Ws Befunderhebung und Funktionsbeurteilung bestätigen letztlich die begründeten Erwartungen, welche etwa Dr. C aus dem unmittelbaren Gesamteindruck der Behandlung und des Heilungsprozesses des Klägers etwa in seinem Zwischenbericht vom 22. März 1998 folgerte, wonach mit einer dauerhaften MdE von 20 v.H. nicht zu rechnen war. Auch Dr. N, bei welchem der Kläger später in Nachbehandlung war und welcher am 02. April 1998 eine deutliche Besserung feststellte, ging mittelfristig ebenfalls nur von einer MdE von 10 v.H. aus. Dr. Hanlässlich der Begutachtung vom 07. Juli 2003 und die Ärzte vom UKB anlässlich der Begutachtung vom 23. Januar 2004 stellten ebenfalls nur noch allenfalls diskrete Bewegungseinschränkungen im linken Fußgelenk bei ausgeheilter Achillessehnenruptur fest.

Demgegenüber überzeugen die von Dr. Lund Dr. O in ihren schriftlichen Sachverständigengutachten gezogenen Schlussfolgerungen und Einschätzungen nicht.

Zunächst befundet Dr. L mit den von ihm erhobenen Messergebnissen ebenfalls keine signifikanten Bewegungseinschränkungen am linken Fuß. Ein Bewegungsdefizit hat er lediglich bei der Dorsal-/ Plantarflexion (25-0-25° rechts gegenüber 15-0-15° links) festgestellt, bei der Supination/ Pronation zudem sogar gleiche Bewegungsausmaße. Warum er bereits diese Bewegungsausmaße für eine MdE von 20 v.H. ausreichen lässt, erschließt sich nach dem o.g. arbeitsmedizinischen Schrifttum nicht, zumal Dr. L in seine MdE-Bewertung auch nicht einfließen lässt, dass die von ihm festgestellte deutliche Beschwielung beider Fersen, wenn auch rechts stärker als links, den Schluss auf einen regelmäßigen Gebrauch bzw. eine regelmäßige Belastung auch den linken Fußes nahe legt. Sofern Dr. L auf arbeitsmedizinisches Schrifttum Bezug nimmt, wonach grundsätzlich zu erwägen sei, während des Zeitraums der Anpassung und Gewöhnung eine MdE von 20 v.H. anzunehmen, weil neben einer Restschwellung im OP-Gebiet eine Bewegungseinschränkung am OSG, eine deutliche Muskelverschmächigung und eine Hocksitzstörung bestünden, übersieht er bereits, dass sich die Aussage aus dem Kontext der zitierten Passage zunächst nur auf die ersten sechs Monate ab Arbeitsbeginn bezieht und eine MdE 20 v.H. darüber hinaus nur dann zu erwägen sei, wenn eine ungünstig verlaufende Ausheilung oder Spätkomplikation eingetreten sei, wofür es vorliegend nach sämtlichen medizinischen den Untersuchungsergebnissen an Anhaltspunkten mangelt. Soweit Dr. L für seine MdE-Bewertung im Wesentlichen eine posttraumatische Fußgelenksarthrose abstellt, welche er als unfallbedingt ansieht, vermag er worauf Dr. W nachvollziehbar hinweist nicht zu erklären, aufgrund welcher objektiver Indizien im konkreten Fall überhaupt die Arthrose im Wesentlichen auf die Achillessehnenruptur zurückzuführen sein könnte; etwa eine durch die Achillessehnenruptur eingetretene erhebliche Fehlstatik der Gelenkknochen, welche nach den plausiblen Ausführungen Dr. Ws eine Arthrose nach sich ziehen könnte, wird von keinem der im vorliegenden Verfahren befassten Ärzte und so eben auch nicht von Dr. L festgestellt. Im Übrigen diskutiert insbesondere auch Dr. O in seinem späteren auf Antrag des Klägers erstellten Gutachten keinen Zusammenhang zwischen unfallbedingter Achillessehnenruptur und Arthrose. Davon abgesehen lässt Dr. L außer Acht, dass für die MdE-Bemessung nicht allein schon vom Vorliegen eines regelwidrigen körperlichen Zustands auf eine konkrete Funktionseinbuße geschlossen werden darf, sondern im konkreten Fall geprüft werden muss, welche Funktionseinbußen sich verobjektivieren lassen. Dementsprechend schließt sich der Senat auch eingedenk der ihm gemäß [§ 103 SGG](#) obliegenden Untersuchungsmaxime der Einschätzung von Dr. W an, wonach auf die Anfertigung aktueller Röntgenaufnahmen verzichtet werden kann,

weil eine vermeintlich posttraumatische Arthrose für sich betrachtet keine eigenständige MdE nach sich zieht. Schließlich verfangen Dr. L Erwägungen aus den vorgenannten Gründen auch nicht, soweit er die von ihm festgestellten Muskelumfangsdifferenzen unmittelbar auf die MdE-Bewertung durchschlagen lässt.

Soweit nun Dr. O zu einer von Dr. W abweichenden Beurteilung gelangt, überzeugt dies ebenfalls nicht. Zwar scheint der Befund bezüglich des linken Fußes schwerer zu sein als bei der klinischen Untersuchung durch Dr. W, indem Dr. O nun Bewegungsausmaße in den OSG bei Heben und Senken des Fußes von 10-0-40° rechts gegenüber 0-0-30° links sowie in den USG mit 4/5 rechts gegenüber 3/5 links angibt. Warum er jedoch auch diese Bewegungsausmaße bzw. -defizite für eine MdE von 20 v.H. für ausreichend erachtet, erschließt sich nicht. Es fehlt jedwede Diskussion der medizinischen Erfahrungswerte und wird nicht einmal ansatzweise deutlich, wie die konkret festgestellten Funktionseinbußen gewichtet und mit einer konkreten MdE bemessen werden. So geht Dr. O insbesondere auch nicht darauf ein, dass das einschlägige arbeitsmedizinische Schrifttum für eine MdE von 20 v.H. oder mehr - anders als beim Kläger - eine Ausheilung durch narbiges Bindegewebe und eine Funktionsbehinderung bestimmten Ausmaßes verlangt, für welche auch bei den von Dr. O erhobenen Befunden, welche im Wesentlichen die von Dr. W festgestellte Fußhebeschwäche bestätigen, nichts vorliegt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision ist mangels Zulassungsgrunds nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2013-01-15