Landessozialgericht Berlin-Brandenburg

verkündet am:
16. März 2022

<u>Az.: L 3 U 58/20</u>
Az.: S 13 U 21/15
Sozialgericht Cottbus

.....

Im Namen des Volkes
Urteil

In dem Rechtsstreit

S….

- Kläger und Berufungskläger -

Prozessbevollmächtigte/r:
Rechtsanwältin W.,

gegen

Sozialversicherung L….

Az.:…

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

hat der 3. Senat des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg auf die mündliche Verhandlung vom 16. März 2022 durch die Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht Brähler, die Richterin am Landessozialgericht Heinrich-Reichow und den Richter am Landessozialgericht Beyler sowie die ehrenamtliche Richterin Lüdtke und den ehrenamtlichen Richter Kuhlmey für Recht erkannt:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 18. Februar 2020 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben für das Berufungsverfahren einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Entziehung einer Verletztenrente nach einem Arbeitsunfall.

Der im Jahr 1961 geborene Kläger war als selbstständiger Fischer (Gesellschafter der Fischerei A. GbR K. in H., Ortsteil K., Landkreis D.) tätig. Am 16. März 2009 trug er während der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit, bei der er sich sowohl am als auch im Wasser befand, Arbeitsgummistiefel in Form einer Wathose. Nach seinen Angaben gegenüber der Technischen Aufsichtsbeamtin A. vom 30. Juni 2009 hatte der Kläger am Unfalltag auf dem Fluß D. Netze und Reusen kontrolliert. Den Fang habe er mit an Bord genommen. Äste und Laub habe er aus den Netzen entfernt. Dadurch habe er zeitweise bis zum Knöchel im Wasser gestanden. Die Füße bzw. Beine seien durchgefroren gewesen, so dass er vor Kälte kein Gefühl gehabt habe. Nach Beendigung der Kontrollarbeiten sei er nach K. zurückgefahren und habe dort Reusen gereinigt. Gegen 16 Uhr sei er nach Hause gefahren und habe sich dort die Gummistiefel ausgezogen. Dabei habe er im Bereich seines rechten Fußes (am kleinen Zeh) eine Blase bemerkt, sie geöffnet und ein Pflaster zur Wundversorgung aufgeklebt. Die Wunde sei nicht abgeheilt, habe sich vergrößert und sei schwarz geworden. Weiter heißt es im Bericht zur Unfalluntersuchung vom 30. Juni 2009, der Kläger habe die Gummistiefel eine Nummer größer getragen; durch die Strümpfe und den größeren Stiefel habe sich im Bereich des kleinen Zehs eine Blase gescheuert. In den nächsten Tagen setzte der Kläger seine zu verrichtenden Aufgaben als Fischer fort.

Nachdem sich die Hautläsion am Fuß entzündet hatte, stellte sich der Kläger am 31. März 2009 bei seiner Hausärztin Dr. H. vor, die die sofortige Überweisung in das Klinikum D. in K. (im Folgenden: A.-Krankenhaus) veranlasste. Dort wurde der Kläger im Rahmen eines stationären Aufenthaltes vom 31. März 2009 bis zum 09. April 2009

durchgangsärztlich von Prof. Dr. W. behandelt. Im Durchgangsarztbericht von Prof. Dr. W. vom 31. März 2009 wurden als Angaben des Klägers festgehalten, dieser habe am 16. März 2009 Arbeitsgummistiefel getragen und tagsüber sei durch Aufreibungen eine offene Wunde entstanden, die der Kläger zunächst selbst versorgt habe und die im Verlauf an Größe zugenommen habe. Als Befund wurde erhoben: “ca. 4x3 cm große, tiefreichende offene Wunde, Nekrosen im Wundgrund, stark übelriechend, Kutis in der Umgebung weiß, abgehoben, Fluktuationen beim Druck, Druckschmerz sehr gering über der Außenkante des rechten Fußes“. Die Röntgenuntersuchung des rechten Fußes ergab keine knöchernen Destruktionen. Bei der Blutuntersuchung fanden sich erhöhte Blutzuckerwerte. Als unfallunabhängige Diagnosen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können, wurde ein Diabetes mellitus sowie der Verdacht auf Leberschaden bei C2-Abusus (Alkoholmissbrauch) vor 20 Jahren mitgeteilt. Im Zwischenbericht des A.-Krankenhauses vom 08. April 2009 wurden die Diagnosen einer posttraumatischen nekrotisierenden Fasziitis des rechten Fußes und einer akuten Osteomyelitis des 4. und 5. Strahls des rechten Fußes sowie als unfallunabhängige Neuerkrankung des Klägers ein Diabetes mellitus Typ II aufgeführt. Nach einer Abtragung der Nekrose und einem Debridement der Wunde erfolgte eine Amputation des 4. und 5. Strahls des rechten Fußes. Sonographisch fand sich eine deutliche Steatosis hepatis bei Adipositas. Zudem wurde der Kläger zur Behandlung des Diabetes neben der Gabe von 2 xl täglich Metformin 500 (Tabletten) auf Insulin per Injektion (Apidra und Lantus) eingestellt.

Am 09. April 2009 wurde der Kläger zur Weiterbehandlung ins Unfallkrankenhaus B. (UKB) verlegt. Nach den im Durchgangsarztbericht von Prof. Dr. E. vom UKB vom 09. April 2009 festgehaltenen Angaben des Klägers trug dieser am 16. März 2009 die Gummistiefel barfuß. Während der vom 09. April 2009 bis zum 17. Juni 2009 andauernden Behandlung im UKB erfolgte die Wundkonditionierung und die Durchführung zweimaliger Spalthautabdeckungen im Bereich des rechten Fußes. In dem Zwischenbericht des UKB vom 17. Juni 2009 heißt es, die Amputation des 4. und 5. Strahls des rechten Fußes sei ausschließlich auf den Unfall vom 16. März 2009 zurückzuführen.

Der Heilungsverlauf gestaltete sich kompliziert, so dass sich in der Zeit vom 01. Juli 2009 bis zum 11. August 2009 sowie erneut in der Zeit vom 31. August 2009 bis zum

22. Dezember 2009 zwei weitere stationäre Behandlungen im UKB anschlossen. Am 03. September 2009 erfolgte eine Nachresektion des Stumpfes am 5. Strahl des rechten Fußes. Es wurde eine temporäre Weichteildeckung des verbliebenen Weichteildefekts mit Coldex-Schwamm durchgeführt. Die Wundgranulation verlief langsam, jedoch reizlos ohne Anhalt für ein lokales oder fortgeleitetes Entzündungsgeschehen. Mitte Oktober 2009 konnte ein vollständiger Wundverschluss erreicht werden. Im Rahmen der Schuhanpassung kam es wieder zu einem neuen Wunddefekt am rechten Fuß lateral, so dass erneut mit der konservativen Wundkonditionierung begonnen werden musste.

In der Folgezeit stellte sich der Kläger zur Verlaufskontrolle regelmäßig in der Osteomyelitis-Sprechstunde bei Prof. Dr. E. im UKB, vor. Arbeitsunfähigkeit bestand zunächst bis einschließlich 01. August 2010.

Vom 14. November 2010 bis zum 04. Dezember 2010 befand sich der Kläger bei erneuter Arbeitsunfähigkeit wegen einer zunehmend eitrigen Fistel im Bereich des rechten lateralen Fußrandes wiederum zur stationären Behandlung im UKB. Diagnostiziert wurde ein tiefer Ulcus im Bereich des lateralen Fußrandes nach Amputation des 4. und 5. Strahls des rechten Fußes nach nekrotisierender Fasziitis. Am 19. November 2010 erfolgten eine operative Resektion des Restes des Os Metatarsale des 4. und 5. Strahls des rechten Stumpfes sowie ein Wunddebridement. Der Eingriff konnte komplikationslos durchgeführt werden. In der Folge zeigten sich die Entzündungszeichen deutlich rückläufig. Der Heilverlauf wurde in der durchgangsärztlichen Osteomyelitis-Sprechstunde des UKB engmaschig begleitet.

Vom 25. Juli 2011 bis zum 07. August 2011 befand sich der Kläger wiederum zur stationären Behandlung im UKB, nachdem sich bei der planmäßigen Röntgenkontrolle des Fußes sowie des oberen Sprunggelenks in der durchgangsärztlichen Osteomyelitis-Sprechstunde vom 13. Juli 2011 sowie in der weiterführenden Bildgebung mittels Magnetresonanztomographie (MRT) am 22. Juli 2011 eine ausgeprägte Destruktion des oberen Sprunggelenks bei florider Arthritis im Sinne einer Charcot-Arthropathie ergeben hatte. Es fand eine konservative Therapie mittels Ruhigstellung in einer Orthese statt. In der Folge stellte sich der Kläger wiederum

regelmäßig zur Verlaufskontrolle in der Osteomyelitis-Sprechstunde des Unfallkrankenhauses B. vor.

In einem an die Beklagte gerichteten Schreiben vom 02. Dezember 2011 bestätigte Professor Dr. E. vom UKB, den aus seiner Sicht gegebenen Unfallzusammenhang der derzeit bestehenden floriden Arthritis des rechten Sprunggelenks mit ausgeprägten Destruktionen. Die initial bestehenden Hautläsionen im Bereich des Fußes durch Tragen von Arbeitsgummistiefeln barfuß im Rahmen der beruflichen Tätigkeit des Klägers als Fischer hätten sich zu Entzündungen des gesamten Fußes entwickelt. Unfallunabhängig sei ein Diabetes mellitus mit verminderter Sensibilität der peripheren Extremitäten bekannt. Daher habe der Kläger bei der Aufbelastung des Beines Schmerzen verneint und erst die zunehmende Instabilität habe zur Röntgenuntersuchung und Feststellung der zunehmenden Destruktion des oberen Sprunggelenkes mit florider Arthritis und deutlicher Fehlstellung geführt.

In der Zeit vom 06. bis zum 08. Februar 2012 wurde der Kläger erneut zur stationären Behandlung im UKB aufgenommen, um eine komplexe physiotherapeutische Behandlung durchzuführen und über die weitere Benutzung des ihm zuvor zwecks Mobilisation angelegten Allgöwer-Gehapparats zu befinden.

Im Rahmen einer von der Beklagten avisierten Begutachtung des Klägers schlug diese ihm mit Schreiben vom 05. April 2012 drei Gutachter vor, woraufhin der Kläger am 10. April 2012 telefonisch mitteilte, die Begutachtung solle von Prof. Dr. E. im UKB durchgeführt werden. Daraufhin untersuchten Dr. S., Leitende Oberärztin, und Assistenzärztin E., beide vom UKB, den Kläger am 08. Mai 2012 und erstellten am 29. Mai 2012 ein Zusammenhangsgutachten, das von Prof. Dr. E. „aufgrund eigener Urteilsbildung“ unterzeichnet wurde. Gemäß dem Gutachten müsse dem Ereignis vom 16. März 2009 mit hinreichender Wahrscheinlichkeit der Stellenwert einer wesentlichen tatsächlichen Beteiligung zugesprochen werden. Dem Kläger sei (nach seinen Angaben bei der Begutachtung) eine Socke am rechten, im Wasser stehenden Fuß heruntergerutscht, so dass der Gummistiefel insoweit auf der Haut gerieben habe. Das Unfallereignis sei ursächlich für die Weichteilverletzung und zumindest wesentliche Teilursache des komplizierten Verlaufes. Als Schadensanlage bestehe bei dem Kläger ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus. Zudem bestehe eine Hypsensibilität

beider Fußsohlen bis zu den Sprunggelenken reichend bei diabetesassoziierter peripherer Polyneuropathie. Es sei jedoch nicht davon auszugehen, dass ohne das Ereignis vom 16. März 2009 in etwa gleicher Zeit und gleichem Ausmaß eine chronische Knochenweichteilinfektion des Fußes entstanden wäre. Die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) werde gutachtlich auf 40 vom Hundert (v.H.) ab dem 13. Mai 2012eingeschätzt.

Mit Bescheid vom 24. September 2012 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 16. März 2009 als Arbeitsunfall an und gewährte dem Kläger eine Rente wegen einer MdE für die Zeit vom 02. August 2010 bis zum 31. August 2012 in Höhe von 30 v.H. der Vollrente und ab dem 01. September 2012 bis auf Weiteres in Höhe von 40 v.H. der Vollrente. Als Unfallfolgen erkannte die Beklagte an: Amputation des 4. und 5. Strahls des rechten Fußes bei geschlossenen Weichteilen, reizlosen Narben und geschlossener Verhornung im Bereich der Fußsohle, wackelsteife Bewegungseinschränkung des rechten oberen Sprunggelenks, halbierte Beweglichkeit des rechten unteren Sprunggelenks, deutliche Verplumpung der Knöchelregion rechts, röntgenologisch sichtbare Destruktion und Deformation im rechten oberen Sprunggelenk mit ausgeprägten Gelenkverkalkungen, deformiertes Kahnbein und Knochendemineralisation, Erfordernis der Nutzung eines Allgöwer-Gehapparates und von Unterarmgehstützen bei Wackelsteifigkeit des rechten Sprunggelenks, Tragen eines Kompressionsstrumpfes rechts sowie von orthopädischem Schuhwerk, deutliche Umfangsminderung der Kniescheibe und 15 cm unterhalb des Kniegelenksspaltes rechts. Als unfallfremde Erkrankungen wurden im Bescheid vom 24. September 2012 aufgeführt: insulinpflichtiger Diabetes mellitus mit dadurch bedingter Verzögerung im Heilverlauf, verminderte Reizwahrnehmung im Bereich beider Fußsohlen bis zu den Sprunggelenken infolge durch Diabetes bedingter Nervenschädigung, Zustand nach Daumenbruch links, Zustand nach beidseitigem Hodenbruch, Hallux valgus (Ballengroßzeh) links, Gefäßwandverkalkung der Unterschenkelarterien links, Arthrosis deformans des linken oberen Sprunggelenks.

Auch in der Folgezeit wurde der Kläger engmaschig in der Osteomyelitis-Sprechstunde des UKB, Prof. Dr. E., betreut. Der Gehapparat wurde durch orthopädisches Schuhwerk abgelöst. Mit am 14. August 2013 bei der Beklagten

eingegangenem Schreiben vom 13. August 2013 teilte der Kläger mit, bei einer weiteren Vorstellung im UKB sei eine Verschlimmerung der Unfallfolgen festgestellt worden. Daher stelle er einen Antrag auf Nachbegutachtung.

Vom 27. August 2013 bis zum 05. September 2013 befand sich der Kläger erneut in stationärer Behandlung des UKB, nachdem sich eine Ulzeration am lateralen Fußrand im Laufe der Zeit vergrößert hatte. Dabei zeigte sich ein hypertrophes Ulcus am lateralen Fußaußenrand ohne Anzeichen für eine floride entzündliche Situation. Im Randbereich ergab sich darüber hinaus auch klinisch eine deutliche Hyperkeratose. Unter engmaschigen Verbandswechseln sowie Ausduschen der Komplikationswunde beruhigte sich die Weichteilsituation zügig. Der weitere stationäre Verlauf gestaltete sich unauffällig.

Eine weitere stationäre Behandlung des Klägers im UKB in der Zeit vom 13. Januar 2014 bis zum 18. Januar 2014 zum Zweck der Wundkonditionierung statt, da sich in der Osteomyelitis-Sprechstunde am 08. Januar 2014 eine nur zögerliche Wundheilung des Ulcus am rechten Fuß ergeben hatte. Während des stationären Aufenthaltes zeigten sich fortwährend lokale reizlose Weichteilverhältnisse. Es gelang, das Ulcus zu verkleinern und die schuhorthopädische Versorgung zu optimieren.

Im Hinblick auf den Verschlimmerungsantrag des Klägers leitete die Beklagte ein weiteres Verwaltungsverfahren ein und prüfte die vorhandenen Behandlungsunterlagen und Befunde erneut. Sie veranlasste eine Zusammenhangsbegutachtung nach Aktenlage durch den Facharzt für Chirurgie und Sozialmedizin Dr. B. Dieser kam in seinem Gutachten vom 11. August 2014 zu dem Schluss, dass bei dem Kläger ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus, eine periphere diabetogene Polyneuropathie, eine erhebliche alimentäre Übergewichtigkeit und ein Zustand nach Arthritis des rechten oberen Sprunggelenks bei bekannter Charcot-Arthropathie und Zustand nach stattgehabter Amputation, Stumpfresektion mit Resektion Os metatarsale IV und V rechts nach Amputation des 4. und 5. Strahls bei abgelaufener nekrotisierender Fasziitis vorlägen. Nach seiner Einschätzung wäre der oben genannte Befund mit Wahrscheinlichkeit auch ohne äußere Einwirkung bzw. ohne das angeschuldigte Ereignis durch eine normale Verrichtung des privaten täglichen Lebens etwa zur selben Zeit oder in naher Zukunft in demselben Ausmaß

eingetreten. Ein Unfallereignis habe nicht vorgelegen. Das Stehen in kaltem Wasser in Gummistiefeln und das zugrunde gelegte Herunterrutschen einer Socke seien keinem Unfallereignis zuzuordnen. Das Krankheitsgeschehen mit der Notwendigkeit nachfolgender Behandlungsmaßnahmen habe sich autonom ohne wesentliche teilursächliche Beteiligung der Arbeitsumstände entwickelt.

Im Hinblick auf das Gutachten von Dr. B. hörte die Beklagte den Kläger mit Schreiben vom 20. August 2014 dahingehend an, dass sie beabsichtige, den Bescheid vom 24. September 2012 für die Zukunft aufzuheben, die Zahlung der Verletztenrente einzustellen und die Heilbehandlung zu beenden.

Nachdem sich der nunmehr anwaltlich vertretene Kläger mit Schreiben vom 05. September 2014 hiergegen gewandt hatte, nahm die Beklagte mit Bescheid vom 11. September 2014 den Bescheid vom 24. September 2012 für die Zukunft – mit Wirkung vom 01. Oktober 2014 - zurück, soweit der Unfall vom 16. März 2009 als entschädigungspflichtiger Arbeitsunfall anerkannt, soweit wegen der Unfallfolgen eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 40 v.H. bewilligt und soweit Heilbehandlungskosten übernommen worden waren. Die Zahlung der Verletztenrente stellte die Beklagte zum 30. September 2014 ein und beendete die Heilbehandlung zu ihren Lasten. Ihre Entscheidung begründete sie damit, dass sie nach erneuter Prüfung der vorliegenden Behandlungsunterlagen und Befunde zur Auffassung gelangt sei, dass der Bescheid vom 24. September 2012 rechtswidrig sei. Angesichts der Erkrankung des Klägers an Diabetes mellitus vom Typ II mit verminderter Reizwahrnehmung im Bereich beider Füße durch eine diabetesbedingte Nervenschädigung komme der im Rahmen der betrieblichen Tätigkeit erlittenen Reibestelle am äußeren rechten Fußrand nur eine unwesentliche Bedeutung für den weiteren Krankheitsverlauf zu. Wesentlich sei vielmehr das Ausmaß der vorbestehenden Erkrankung, die in keinem Zusammenhang mit der betrieblichen Tätigkeit stehe. Im Hinblick auf die Rücknahme für die Zukunft sei eine Interessenabwägung dahingehend erforderlich, dass das Vertrauen auf den Bestand des Verwaltungsaktes nicht schutzwürdig sei. Im vorliegenden Fall sei das Interesse der Beklagten an der Herstellung rechtmäßiger Leistungsbewilligungen mit dem klägerischen Interesse am Behaltendürfen der bewilligten Leistungen gegeneinander abzuwägen. Durch die Bescheidrücknahme müsse der Kläger keine bereits erhaltenen

Leistungen zurückzahlen, sodass keine Vermögensdispositionen betroffen seien. Im Übrigen stehe die Rücknahme im Ermessen der Beklagten. Hierbei sei maßgeblich, dass das öffentliche Interesse an der Herstellung rechtmäßiger Umstände im Interesse der Solidargemeinschaft überwiege.

Hiergegen legte der Kläger über seine Prozessbevollmächtigte mit am 29. September 2014 bei der Beklagten eingegangenem Schreiben vom gleichen Tag Widerspruch ein. Zur Begründung führte er mit Schreiben vom 26. November 2014 aus, dass die ihm zuerkannte MdE in Höhe von 40 v.H. seit dem 01. September 2012 zutreffend sei. Die dauerhafte Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit beruhe tatsächlich auf dem Arbeitsunfall vom 16. März 2009. Maßgeblich sei, dass er in den Tagen nach diesem Ereignis gezwungen gewesen sei, seine Tätigkeiten vollumfänglich fortzusetzen. Diese Tätigkeiten hätten im Boot und am bzw. im Wasser stattgefunden. Es sei notwendig gewesen, Gummistiefel zu tragen, um auch die frische großflächige Wunde vor weiteren Entzündungen zu schützen. Trotz aller Vorsicht habe sich die am 16. März 2009 entstandene Wunde durch das ständige Tragen der Gummistiefel immer wieder entzündet, sodass es schließlich zu einer Teilamputation des rechten Fußes gekommen sei. Dass die Wunde nicht verheilt sei, habe nicht daran gelegen, dass er wegen reduzierter Reizwahrnehmung seine Beschwerden und Schmerzen nicht gespürt und keinen adäquaten Wundverband angelegt habe.

Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 18. Dezember 2014, eingegangen bei dem Bevollmächtigten des Klägers am 23. Dezember 2014, zurück. Das zur Überprüfung der haftungsbegründenden Kausalität eingeholte Zusammenhangsgutachten von Dr. B. vom 11. August 2014 habe deutlich gemacht, dass die schwere Entzündung des rechten Fußes ausschließlich auf die unfallfremde vorbestehende Erkrankung Diabetes mellitus zurückzuführen gewesen sei. Das Unfallgeschehen vom 16. März 2009 sei lediglich als sogenannte Gelegenheitsursache zu werten. Bei der beim Kläger festgestellten Erkrankung (nekrotisierende Fasziitis) handele es sich um eine bakterielle Entzündung des Weichteilgewebes, die im weiteren Verlauf auch das Knochengewebe befalle. Die Bakterien seien ubiquitär und würden von einer gesunden Immunabwehr gut beherrscht. Bei Personen mit geschwächter Immunabwehr (unter anderem bei Diabetes mellitus) breche die Krankheit aus. Im Normalfall wäre zu erwarten gewesen,

dass die vergleichsweise geringfügige Verletzung ohne größere Komplikationen ausheile, selbst wenn ein wiederholtes Aufscheuern der Haut durch ständiges Arbeiten in Gummistiefeln erfolge. Beim Kläger sei allein die Grunderkrankung Diabetes mellitus für den schweren Krankheitsverlauf maßgebend gewesen. Im Rahmen der nach § 45 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) zu treffenden Ermessensausübung sei eine Abwägung zwischen dem öffentlichen Interesse auf der einen Seite und dem Interesse des Versicherten auf der anderen Seite vorzunehmen. Das öffentliche Interesse an der Herstellung rechtmäßiger Verhältnisse und dem Schutz der Solidargemeinschaft vor unrechtmäßigen Belastungen stehe dem Interesse des Klägers am Behaltendürfen von Leistungen gegenüber. Da weder Vermögensdispositionen erkennbar getroffen noch bereits erhaltene Leistungen hätten zurückgezahlt werden müssen, sei eine besondere Härte für den Kläger nicht zu erkennen. Die Verwaltung habe ihr Ermessen pflichtgemäß ausgeübt.

Am 23. Januar 2015 hat der Kläger über seine Prozessbevollmächtigte Klage vor dem Sozialgericht Cottbus (SG) erhoben. Ihm sei eine MdE in Höhe von 40 v.H. zu Recht zuerkannt worden, da er in seiner Arbeitsfähigkeit dauerhaft unfallbedingt eingeschränkt sei. In den Tagen nach dem Ereignis vom 16. März 2009 habe er dauerhaft Gummistiefel tragen müssen, um die Reusen für den Fischfang zu stellen und um die frische großflächige Wunde vor weiteren Entzündungen zu schützen. Vor dem hier streitgegenständlichen Ereignis seien Verletzungen stets problemlos verheilt. Zu kleineren Verletzungen sei es bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit bzw. unter Benutzung von Messern, Angelgeräten und ähnlichen Werkzeugen nicht selten gekommen. Wenn behauptet werde, sein Schmerzempfinden sei aufgrund einer Polyneuropathie herabgesetzt gewesen, so sei dem entgegenzuhalten, dass er sich am Unfalltag mehr als vier Stunden lang im vier bis fünf Grad kalten Wasser aufgehalten habe und seine Füße, Beine und Hände allein deshalb vorübergehend kein Empfinden mehr gezeigt hätten. Die getragene Kleidung und das getragene Schuhwerk seien angemessen gewesen, insbesondere habe er in den Gummistiefeln Socken getragen, die aufgrund des Wassers allerdings verrutscht seien. Im Folgenden hat der Kläger neben bereits vorliegenden Arztbriefen und anderen Unterlagen Berichte des UKB, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Prof. Dr. E., vom 30. Mai 2016 und vom 08. November 2016 übersandt, die eine fortdauernde

Behandlungsbedürftigkeit wegen der bei ihm für den Bereich des rechten Fußes gestellten Diagnosen belegen.

Das SG hat Befunde und Epikrisen des A.-Krankenhause sowie des UKB, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, angefordert, die am 08. Januar 2018 bzw. am 24. Januar 2018 eingegangen sind, daneben einen am 24. Januar 2018 erstellten und am 08. Februar 2018 eingegangenen ärztlichen Befundbericht des UKB.

Weiterhin hat das SG bei Prof. Dr. K., Klinikum K. Herz- und Diabeteszentrum, ein auf einer ambulanten Untersuchung des Klägers vom 21. August 2018 beruhendes und am 10. September 2018 erstelltes diabetologisches fachmedizinisches Gutachten in Auftrag gegeben. Prof. Dr. K. hat ausgeführt, der Unfall vom 16. März 2009 sei für das diabetische Fußsyndrom auslösend geworden. Mit „gewisser Wahrscheinlichkeit“ sei der Unfall auch Auslöser der Charcot-Arthropathie gewesen. Für einen Zusammenhang sprächen der sicher schon vor dem Unfall bestehende Diabetes mellitus mit wahrscheinlich bereits bestehender Polyneuropathie ohne Kenntnis durch den Kläger sowie ein ausreichendes Unfallereignis bei prädisponierter Konstitution des Klägers. Falsches Schuhwerk spreche nicht gegen den Kläger, da er zum Unfallzeitpunkt seine Erkrankungen nicht gekannt habe. Eine Primärläsion basierend auf einem anderen Bagatelltrauma hätte bei Vorliegen eines Diabetes mellitus und einer inapparenten Polyneuropathie einen ähnlich schweren Verlauf haben können. Ein spontanes Auftreten eines diabetischen Fußsyndroms sei bei fehlender makrovaskulärer Komponente ohne auslösenden Faktor wie eine Druck- oder Scherbelastung der Haut und des Weichgewebes unwahrscheinlich. Es ergebe sich eine MdE von 40 v.H.

Im Hinblick auf das Gutachten von Prof. Dr. K. hat die Beklagte eine am 09. Oktober 2018 verfasste Stellungnahme ihres Beratungsarztes, des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. O., Ka., vorgelegt. Soweit das Ereignis, dem es bereits an einem gesicherten Gesundheitserstschaden mangele, überhaupt dem Unfallbegriff in der gesetzlichen Unfallversicherung genüge, sei festzustellen, dass für den schicksalhaften Verlauf allein die fortgeschrittene Erkrankung des Diabetes mellitus sowie die diabetische Polyneuropathie ursächlich seien. Dass sich eine Blasenbildung am Fuß zu einem derart fulminanten Verlauf entwickeln könne, sei ausschließlich dann

möglich, wenn eine massive Vorerkrankung hinzutrete. Das diabetische Fußsyndrom sei Folge eines dauerhaft unerkannten oder schlecht eingestellten Diabetes mellitus.

Im Hinblick auf die beratungsärztliche Stellungnahme hat das SG eine am 17. Januar 2019 abgegebene Äußerung des Sachverständigen Prof. Dr. K. eingeholt. Darin hat Prof. Dr. K. seine gutachterliche Beurteilung bekräftigt.

Die Beklagte hat daraufhin eine weitere, am 08. Februar 2019 verfasste Stellungnahme ihres Beratungsarztes Dr. O. vorgelegt. Darin hat Dr. O. seinerseits bekräftigt, dass die medizinischen Schlussfolgerungen des Sachverständigen Prof. Dr. K. für ihn nicht nachvollziehbar seien. Zwar könnten grundsätzlich auch traumatische Ereignisse die Ausbildung eines Charcot-Fußes beschleunigen (nicht verursachen). Allerdings handele es sich bei den in wissenschaftlichen Studien allgemein unter dem Begriff „Trauma“ zusammengefassten Umständen um Knochenbrüche und Insuffizienzbrüche, die aufgrund einer häufig zu beobachtenden Osteoporose beim Charcot-Fuß regelhaft zu beobachten seien. Im vorliegenden Fall habe lediglich eine Blasenbildung vorgelegen, die keineswegs von relevantem Einfluss auf die Grunderkrankung gewesen sei.

Mit Beweisanordnung vom 26. August 2019 hat das SG ein Sachverständigengutachten nach Aktenlage bei Dr. P., C.-Klinikum C., Abteilung Nephrologie und Diabetologie, in Auftrag gegeben. Dr. P. hat sein Gutachten am 24. September 2019 verfasst. Dr. P. ist davon ausgegangen, dass dem Kläger seine Diabetes-Erkrankung bekannt gewesen sei, er gleichwohl barfuß Gummistiefel (unangemessenes Schuhwerk) getragen habe, so dass bei fehlender Schmerzwahrnehmung ein großer Haut- und Weichgewebedefekt habe entstehen können, der über mehrere Tage nicht sachgerecht medizinisch versorgt worden sei. Ein Unfall habe nicht stattgefunden, sondern eine Überbeanspruchung von Hautgewebe, die bei normaler Schmerzwahrnehmung früher entdeckt und beendet worden wäre. Weiter hat er u.a. ausgeführt, die dem Ereignis vom 16. März 2009 nachfolgende Kaskade an Ereignissen sei nicht kausal aus diesem Ereignis abzuleiten. Bei Abwesenheit einer diabetischen oder sonstigen Polyneuropathie wäre die Schmerzempfindung intakt und eine so große Hautläsion wäre nicht vorstellbar bzw. viel eher nachweisbar gewesen. Bei dem Kläger habe es sich um eine nicht

schmerzhafte Hautschädigung infolge einer Schädigung von Schmerzwahrnehmungsnerven durch die Zuckerkrankheit gehandelt. Alle weiteren Beeinträchtigungen, die sich aus der Hautläsion vom 16. März 2009 ergeben hätten, seien bedauernswerte Komplikationen, die sich mit einer frühzeitigen medizinischen Versorgung mit großer Sicherheit hätten vermeiden lassen. Die Folgen aus der Hautläsion einschließlich der Weichgewebeinfektion mit Nekrosebildung und Notwendigkeit einer Teilamputation des Vorfußes seien typisch für den Verlauf eines diabetischen Fußsyndroms. Ein Unfallereignis sei hier nicht zu erkennen. Die Behandlungsbedürftigkeit der Hautläsion und aller folgenden Komplikationen sei vielmehr die Folge der Grunderkrankung des Diabetes mellitus samt Nervenschädigung. Auslösender Faktor sei das Barfußlaufen in Gummistiefeln gewesen.

Im Hinblick auf die von dem Kläger gegen das Gutachten des Sachverständigen Dr. P. mit Schriftsatz vom 07. November 2019 erhobenen Einwände hat das SG bei Dr. P. eine am 14. Januar 2020 verfasste ergänzende Stellungnahme eingeholt. Darin hat Dr. P. ausgeführt, es sei für die medizinische Beurteilung unerheblich, ob der Kläger die Gummistiefel barfuß oder mit verrutschten Socken getragen habe. Entscheidend sei die krankheitsbedingt fehlende Schmerzwahrnehmung.

Das SG hat am 18. Februar 2020 eine mündliche Verhandlung durchgeführt. Insoweit wird auf das in den Gerichtsakten befindliche Sitzungsprotokoll Bezug genommen.

Mit Urteil vom 18. Februar 2020 hat das SG den Bescheid vom 11. September 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2014 insoweit aufgehoben, als dieser den Bescheid vom 24. September 2012 hinsichtlich der Anerkennung des Ereignisses vom 16. März 2009 als Arbeitsunfall mit der Unfallfolge „Hautläsionen an der Außenkante des rechten Fußes“ zurückgenommen hat. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Zudem hat es der Beklagten ein Sechstel der zur Rechtsverfolgung notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers auferlegt. Der Kläger habe am 16. März 2009 einen Arbeitsunfall erlitten, als er sich während der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit durch das Tragen der Gummistiefel bei verrutschter Socke eine Hautläsion an der Außenkante des rechten Fußes zugezogen habe. Die während des Bewegens unweigerlich auftretende Reibung der Haut des

rechten Fußes an der Socke bzw. Kante des Gummistiefels stelle zwar keine ungewöhnliche, aber auch keine alltägliche mechanische Kraftentfaltung auf das betroffene Hautareal des Klägers dar. Diese von außen auf die Haut wirkenden Reibungskräfte hätten eine Hautläsion bzw. Blase und damit ein Wundgebiet verursacht, das initial nicht ausschließlich auf die Schadensanlagen des Klägers zurückzuführen sei. Das permanente Reiben der Fußkante im Gummistiefel mit verrutschter Socke habe zu dem Gesundheitserstschaden in Form der Hautläsion geführt. Dies genüge für die Annahme eines Arbeitsunfalls.

Der Kläger habe gegenüber der Beklagten jedoch keinen Anspruch auf Leistung einer Rente wegen der Folgen dieses Arbeitsunfalls. Soweit die bestehenden gesundheitlichen Beschwerden und Funktionseinschränkungen auf den Arbeitsunfall zurückzuführen seien, hätten sie nicht zu einer MdE in Höhe von wenigstens 20 v.H. geführt. Diese Auffassung der Kammer beruhe auf den Ausführungen und Feststellungen in den Gutachten von Prof. Dr. K., PD Dr. P. und Dr. B. sowie den beratungsärztlichen Stellungnahmen. Nach den insoweit inhaltlich deckungsgleichen Ausführungen sämtlicher ärztlicher Beurteiler leide der Kläger an einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus, an einer peripheren diabetogenen Polyneuropathie, an erheblichem Übergewicht und an einem Zustand nach Arthritis des rechten oberen Sprunggelenks bei bekannter Charcot-Arthropathie sowie an einem Zustand nach stattgehabter Augmentation, Stumpfresektion mit Resektion des Os metatarsale IV und V rechts nach Amputation des 4. und 5. Strahls bei abgelaufener nekrotisierender Fasziitis.

Hinsichtlich der Verursachung der vorgenannten Gesundheitsbeeinträchtigungen komme der gerichtlich bestellte Sachverständige Prof. Dr. K. (gemeint ist: PD Dr. P.) zu dem Schluss, dass eine Überbeanspruchung von Hautgewebe stattgefunden habe, die bei normaler Schmerzwahrnehmung früher entdeckt und beendet worden wäre. Die Kombination aus einer offenbar bestehenden gestörten Schmerzwahrnehmung und dem (Barfuß-) Tragen von für diese Erkrankung unangemessenem Schuhwerk habe zu der Hautläsion geführt. Bei dem Kläger bestehe ein diabetisches Fußsyndrom, das nicht kausal durch die Hautläsion, sondern durch langjährige Überzuckerungen entstanden sei. Die weiteren Folgen seien der typische Verlauf eines diabetischen Fußsyndroms, das heißt von Wund- und Infektionskomplikationen nach Bagatellverletzung, verursacht durch Polyneuropathie als Diabetes-Komplikation. Dazu gehöre auch als typischer Verlauf eines Fußsyndroms die Infektionen des

Weichgewebes mit Nekrosebildung und der Notwendigkeit zur Teilamputation des Vorfußes. Nach Auffassung des Sachverständigen Prof. Dr. K. hätte die Hautläsion mit den weiteren typischen Folgerungen des diabetischen Fußsyndroms durch ein beliebig austauschbares äußeres Ereignis zum gleichen Zeitpunkt oder später verursacht werden können.

Diese Feststellungen entsprechen auch der Begründung des im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachtens von Dr. B., der ebenfalls vertreten habe, dass die schwere Entzündung des rechten Fußes ausschließlich auf die unfallfremde vorbestehende Erkrankung des Diabetes mellitus zurückzuführen sei. Das Unfallgeschehen vom 16. März 2009 sei lediglich als sogenannte Gelegenheitsursache zu werten. Die beim Kläger festgestellten Befunde wären mit Wahrscheinlichkeit auch ohne äußere Einwirkung bzw. ohne das angeschuldigte Ereignis durch eine normale Verrichtung des privaten täglichen Lebens etwa zur selben Zeit oder in naher Zukunft in demselben Ausmaß eingetreten.

Zwar habe der Sachverständige Prof. Dr. K. ausgeführt, dass der Unfall mit „gewisser“ Wahrscheinlichkeit auslösend für die Charcot-Arthropathie gewesen sei. Für einen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den gesundheitlichen Beschwerden sprächen der sicher schon vor dem Unfall bestehende Diabetes mellitus mit wahrscheinlich bereits bestehender Polyneuropathie sowie das ausreichende Unfallereignis bei prädisponierter Konstitution des Klägers. Bei einem Menschen mit einer vorliegend distal betonten Polyneuropathie und einem bestehenden Diabetes mellitus Typ II sei das Risiko zur Entwicklung von Läsionen der Füße erhöht. Ebenso erhöht sei das Risiko zur Ausbildung einer chronischen Wundheilungsstörung und Superinfektion von Wunden und Läsionen. Des Weiteren habe er ausgeführt, dass eine Primärläsion basierend auf einem anderen Bagatelltrauma bei Vorliegen eines Diabetes mellitus und einer inapparenten Polyneuropathie einen ähnlich schweren Verlauf hätte haben können. Ein spontanes Auftreten eines diabetischen Fußsyndroms bei fehlender makrovaskulärer Komponente ohne auslösenden Faktor wie eine Druck- oder Scherbelastung der Haut und des Weichgewebes sei unwahrscheinlich.

Daher stehe zur Überzeugung der Kammer fest, dass die beim Kläger in der zeitlichen Abfolge des Arbeitsunfalls sekundär entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht auf den Arbeitsunfall zurückzuführen seien. Diese Erkenntnis stütze sich im Wesentlichen auf die Ausführungen von Prof. Dr. K. und Dr. P. Das

Unfallereignis sei nur eine Gelegenheitsursache für die weitere, allein wesentliche Ursache des schon vor dem Unfall bestehenden Diabetes mellitus mit bestehender Polyneuropathie gewesen. Nach den Feststellungen von Prof. Dr. K. sei die Hautläsion an der rechten Fußkante nur auslösend gewesen für die Ausbildung einer chronischen Wundheilungsstörung und Superinfektion von Wunden und Läsionen. Sämtliche Gutachter seien sich darüber einig, dass die Entstehung der Hautläsion am 16. März 2009 gegen jedes andere Ereignis austauschbar gewesen wäre und trotzdem beim Kläger mit Wahrscheinlichkeit das diabetische Fußsyndrom entstanden wäre. Der Kläger verkenne, dass Prof. Dr. K. nicht festgestellt habe, dass der Arbeitsunfall vom 16. März 2009 die alleinige oder die allein wesentliche Ursache für die Gesundheitsbeeinträchtigung darstelle. Er habe explizit und wiederholt ausgeführt, dass der Unfall bloß das auslösende Ereignis für die Ausbildung des diabetischen Fußsyndroms gewesen sei.

Soweit der Kläger anführe, dass der Arbeitsunfall schon deshalb die wesentliche Ursache für die Gesundheitsbeeinträchtigungen bilde, weil er auch bei sonstigen zeitlich vorherigen Verletzungen an der Hand, z.B. bei Schnittverletzungen, keine Wundheilungsstörungen gehabt habe, sei dies nicht überzeugend. Das diabetische Fußsyndrom sei ein den oder die Füße betreffendes Syndrom, bei dem das vom Körperkern aus betrachtet in der Peripherie liegende Gewebe (das seien die Füße) von der Polyneuropathie und ihren Folgen am stärksten betroffen sei. Ursache für die Wundheilungsstörungen sei die Minderdurchblutung wegen der Gefäßschäden aufgrund des Diabetes mellitus. Insoweit seien Bagatellverletzungen an der Hand in keiner Weise mit denen an einem Fuß - bei bestehender distal betonter Polyneuropathie und einem gleichzeitig bestehenden Diabetes mellitus Typ II - vergleichbar.

Die Ausführungen der vorgenannten Gutachter seien, ebenso wie diejenigen des Beratungsarztes der Beklagten, für die Kammer plausibel, nachvollziehbar und in sich schlüssig. Die „Angriffe“ des Klägers gegen das Gutachten von Dr. P. seien im Ergebnis nicht geeignet, die Überzeugungsbildung der Kammer in Zweifel zu ziehen. Soweit Dr. P. in seinem Gutachten von einem etwas veränderten Sachverhalt ausgegangen sei (barfuß in Gummistiefeln anstelle von Fuß mit Socken im Gummistiefel), habe er diesen Umstand nach Vorhalt des Klägers in der ergänzenden Stellungnahme aufgegriffen und erneut geprüft. Seine gutachterlichen Feststellungen seien hiervon im Ergebnis nicht betroffen gewesen.

Wegen der weiteren Voraussetzungen für die Rücknahmeentscheidung (Ermessen, Rücknahmefrist) verweise die Kammer gemäß § 136 Abs. 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) auf die Ausführungen im angefochtenen Bescheid vom 11. September 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2014 und mache sich diese nach eigener Prüfung und Überzeugungsbildung zu eigen.

Gegen das der Bevollmächtigten des Klägers am 21. Februar 2020 zugestellte Urteil hat dieser am 20. März 2020 Berufung vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG) eingelegt. Zur Begründung seiner Berufung hat der Kläger im Folgenden vorgetragen, im Zeitpunkt des Unfalls sei ihm keine diabetische periphere Polyneuropathie bekannt gewesen. Er sei gesund gewesen und kaum in ärztlicher Behandlung gewesen. Ein diabetisches Fußsyndrom habe nicht vorgelegen. Die Lokalisation der durch den Arbeitsunfall bedingten Scheuerblase am lateralen Fußrand rechts entspreche nicht dem gängigen diabetischen Druckulcus. Dieser finde sich vorwiegend an der Fußsohlenseite bzw. im Bereich der Mittelfußköpfchen oder des Großzehenballens. Gemäß den Feststellungen von Prof. Dr. E. komme dem Unfallereignis mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zumindest der Stellenwert einer wesentlichen Teilursache für den komplizierten Heilungsverlauf zu. Prof. Dr. K. habe sich dieser Beurteilung in seinem Gutachten vom 10. September 2018 angeschlossen. Das Gutachten des Sachverständigen Dr. P. könne die Feststellungen der beiden Vorgutachter nicht entkräften. Soweit das Gutachten von Prof. Dr. E. unter Verstoß gegen das Auswahlrecht nach § 200 Abs. 2 Halbsatz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) zustande gekommen sein soll, gelte, dass ein solcher Verstoß nur auf entsprechende Rüge hin beachtlich sei, eine solche durch ihn, den Kläger, aber nicht erhoben werde.

Der Kläger beantragt,

> das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 18. Februar 2020 – soweit damit die Klage abgewiesen wird – aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 11. September 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2014 insgesamt aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Mit Schreiben vom 12. Januar 2021 und vom 25. Februar 2021 hat die behandelnde Hausärztin des Klägers, Dr. H., mitgeteilt, keine Patientenunterlagen für den Zeitraum vor dem Unfall vom 16. März 2009 vorlegen zu können, da sich der Kläger erst seit dem 31. März 2009 in ihrer Behandlung befinde.

Die den Kläger versichernde L. Krankenkasse hat mit Schreiben vom 03. August 2021 mitgeteilt, keine Vorerkrankungsverzeichnisse für den Zeitraum vor dem 16. März 2009 mehr vorlegen zu können, da entsprechende Unterlagen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Aufbewahrungs- und Verjährungsfristen bereits vernichtet seien.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG hat der Senat die Fachärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie und Leitende Oberärztin in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Unfallkrankenhauses B. Prof. Dr. S. mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. Prof. Dr. S. hat den Kläger am 15. Juli 2021 untersucht und ihr Gutachten am 03. August 2021 verfasst. Darin hat sie ausgeführt, die durch das Herabrutschen des Strumpfes aufgetretene Reibung an der Haut des rechten Fußes könne als ein mechanisches, wiederholtes oder – zeitlich begrenzt auf eine Arbeitsschicht – andauerndes Ereignis angesehen werden, das die beschriebene Hautläsion bzw. Blase verursacht habe. Eine diabetische Nephropathie bzw. Niereninsuffizienz, wie sie nach schwerem langjährigem Diabetes oft entstehe, habe bei dem Kläger nicht vorgelegen. Ausweislich der Röntgenaufnahmen des rechten Fußes in zwei Ebenen vom 31. März 2009 des A.-Krankenhauses sei das Fußskelett zum Zeitpunkt des Unfalls bzw. nachweislich zum 31. März 2009 altersentsprechend in Mineralisation und Anatomie gewesen. Insoweit könne ex post nicht davon ausgegangen werden, dass die diabetische Erkrankung nachweislich stark ausgeprägt gewesen sei. Das Auftreten der Blase und die unmittelbare Entstehung der fulminant verlaufenden Infektionen bei bestehendem Diabetes mellitus seien ebenso wie die notwendigen operativen Eingriffe und die Ausbildung des Charcot-Fußes als Unfallfolgen anzuerkennen. Die Diabeteserkrankung sei im März 2009 nicht so schwer

ausgeprägt gewesen, sodass es ohne äußeres Zutun nicht zu einer solchen Entwicklung gekommen wäre. Im Ergebnis sei die bereits im Vorfeld festgestellte MdE in Höhe von 40 v.H. ab dem 01. Oktober 2014 fortzuführen. Die aktuell erhobenen Befunde wiesen keine wesentlichen Befundänderungen gegenüber dem Gutachten vom Mai 2012 auf.

Im Hinblick auf die Feststellungen der Sachverständigen Prof. Dr. S. hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 20. September 2021 eine am 13. September 2021 verfasste weitere Stellungnahme ihres Beratungsarztes Dr. O., Ka., vorgelegt. Danach sei das Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. S. trotz vieler richtiger Feststellungen im Ergebnis bezüglich der Schlussfolgerung nicht überzeugend. Richtigerweise sei die durch Reibung entstandene Blase nicht als die maßgebliche Ursache der nachfolgend eingetretenen Gesundheitsstörungen (Weichteilinfektion, Charcot-Arthropathie, Teilamputation des Vorfußes und verbleibende Funktionsbeeinträchtigungen) anzusehen, selbst wenn sie – wie von Prof. Dr. S. vertreten – Trigger bzw. finaler Auslöser des nachfolgenden Beschwerdebildes gewesen sein sollte. Die angenommene Gesundheitsstörung einer Blase stelle grundsätzlich eine Körperschädigung dar, die mit großer Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung vorkomme und in fast 100% der Fälle innerhalb kurzer Zeit folgenlos zur Abheilung gelange. Es müsse berücksichtigt werden, dass eine Blase für sich genommen keineswegs in eine schwerwiegende Weichteilinfektion münde, sondern dies das Vorliegen einer weiteren Wirkursache voraussetze, hier der Diabetes-Erkrankung. Sei also eine so stark vermehrte Ansprechbarkeit des Weichteilgewebes gegeben, dass selbst das Vorliegen einer kleinen Blase zu einer schwerwiegenden Weichteilinfektion führen könne, komme dieser Schadensanlage die wesentliche Teilursächlichkeit bezüglich der Weichteilinfektion und darauf aufbauend weiterer Gesundheitsstörungen zu. Die Blase stelle daher allenfalls eine Gelegenheitsursache dar bzw. sei nur eine unwesentliche Teilursache der Weichteilinfektion mit den nachfolgenden körperlichen Beeinträchtigungen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten Bezug genommen. Die Akten haben in der mündlichen Verhandlung und bei der Entscheidung vorgelegen.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht (§ 151 SGG) eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, aber unbegründet.

Das SG hat mit dem angefochtenen Urteil vom 18. Februar 2020 im Ergebnis zu Recht den Bescheid vom 11. September 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2014 lediglich insoweit aufgehoben, als dieser den Bescheid vom 24. September 2012 hinsichtlich der Anerkennung des Ereignisses vom 16. März 2009 als Arbeitsunfall mit der Unfallfolge „Hautläsion an der Außenkante des rechten Fußes“ zurückgenommen hat, die Klage im Übrigen aber zu Recht abgewiesen.

Die Beklagte war berechtigt, durch Bescheid vom 11. September 2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2014 den Bescheid vom 24. September 2012 für die Zukunft – mithin mit Wirkung vom 01. Oktober 2014 – gemäß § 45 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) zurückzunehmen.

Gemäß der Regelung des § 45 SGB X ist unter anderem die Rücknahme eines sogenannten begünstigenden Verwaltungsaktes mit Wirkung für die Zukunft dann rechtmäßig, wenn dieser Verwaltungsakt rechtswidrig gewesen ist, die Behörde die Zweijahresfrist des § 45 Abs. 3 Satz 1 SGB X eingehalten hat, der Begünstigte sich auf kein schutzwürdiges Vertrauen berufen kann und wenn die Behörde ihr Ermessen richtig ausgeübt hat.

Der Bescheid der Beklagten vom 24. September 2012 ist rechtswidrig (gewesen). Die Beklagte hat dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 16. März 2009 zu Unrecht Heilbehandlungsmaßnahmen und eine Verletztenrente bis auf Weiteres in Höhe von 40 v.H. der Vollrente gewährt. Auch für die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von weniger als 40 v.H. waren die Voraussetzungen nicht gegeben.

Nach § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Nach § 56 Abs. 1 Satz 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 Satz 3 SGB VII sind die Folgen eines Versicherungsfalls nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 vom Hundert 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; Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. 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 Gesundheits(erst)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls. 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; ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden. 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 ausschließlich eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (ständige Rechtsprechung, Bundessozialgericht <BSG>, vgl. Urteile vom 04. Dezember 2014 – B 2 U 18/13 R -, Rn. 16 ff., 13. November 2012 – B 2 U 19/11 R -, Rn. 20 ff., 31. Januar 2012 – B 2 U 2/11 R -, Rn. 16 ff., 02. April 2009 – B 2 U 29/07 R -, Rn. 15 ff., 27. Juni 2006 – B 2 U 20/04 R -, Rn. 18 ff., und vom 09. Mai 2006 – B 2 U 1/05 R -, Rn. 13 ff., alle zitiert nach Juris, siehe auch: Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, Kap. 1.7, S. 21 f.). Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die „Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte (BSG, Urteil vom 30. Januar 2007 – B 2 U 8/06 R -, Rn. 20, zitiert nach Juris).

Erst dann, wenn sich ein unfallbedingter Gesundheitsschaden im Sinne der obigen Ausführungen annehmen lässt, stellt sich die Frage nach der Bemessung der MdE. Nach § 56 Abs. 2 S. 1 SGB VII richtet sich die MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Mithin hängt die Bemessung der MdE 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 (BSG, Urteile vom 22. Juni 2004 – B 2 U 14/03 R -, Rn. 12, und vom 20. Dezember 2016 – B 2 U 11/15 R -, Rn. 18 ff., jeweils zitiert nach Juris, m. w. N.).

Dies zugrunde gelegt steht nicht zur Überzeugung des Senats gemäß § 128 Abs. 1 S. 1 SGG fest, dass Gesundheitsfolgeschäden ab der 26. Woche vorliegen, welche im Sinne einer wesentlichen Verursachung - abgrenzbar - auf den Unfall vom 16. März 2009 zurückgeführt werden können.

Das SG hat in seinem Urteil vom 18. Februar 2020 ausführlich und mit zutreffender Begründung dargelegt, dass es bei dem Kläger infolge des Arbeitsunfalls vom 16. März 2009 zu keinen weiteren Unfallfolgen als einer Hautläsion an der Außenkante des rechten Fußes (konkret: am rechten kleinen Zeh) gekommen ist, die Ursache für ein dauerhaftes Fortbestehen von unfallbedingten Beschwerden sein könnten, insbesondere zu keiner Weichgewebeinfektion mit Nekrosebildung und der Notwendigkeit einer Teilamputation des Vorfußes. Es hat ausgeführt, weshalb es dem gerichtlich eingeholten Sachverständigengutachten des Diabetologen Dr. P. folgt, wonach das Ereignis vom 16. März 2009 eine Kaskade von Ereignissen in Gang gesetzt habe, die nicht kausal auf diesem beruhten, und dass bei Abwesenheit einer diabetischen oder sonstigen Polyneuropathie die Schmerzempfindung intakt und die Entwicklung einer so große Hautläsion aus einer Blase am rechten Fußaußenrand (konkret: am rechten kleinen Zeh) nicht vorstellbar gewesen wäre. Weiterhin hat das SG erläutert, dass es unter Anschluss an die Feststellungen des Diabetologen Prof. Dr. K. davon ausgehe, dass es bei dem Kläger zu einer Überbeanspruchung von Hautgewebe gekommen sei, die bei normaler Schmerzwahrnehmung früher entdeckt und beendet worden wäre. Das diabetische Fußsyndrom, welches durch langjährige

Überzuckerung entstanden sei, habe in der Folge der Bagatellverletzung vom 16. März 2009 einen typischen Verlauf von Wund- und Infektionskomplikationen genommen, wobei die hier eingetretene Verletzung als beliebig austauschbares Ereignis anzusehen sei. Das SG hat sich weiter zutreffend mit den Erwägungen von Prof. Dr. K. zu Fragen der Kausalität befasst und dargestellt, weshalb diese nicht gleichzusetzen sind mit der Bejahung eines Kausalzusammenhangs im oben dargestellten unfallversicherungsrechtlichen Sinne, sondern dass – wie es der bereits im Verwaltungsverfahren gutachterlich gehörte Facharzt für Chirurgie und Sozialmedizin Dr. B. mitgeteilt hatte – ein Zusammenhang zwischen der Verletzung vom 16. März 2009 und den nachfolgend eingetretenen bleibenden Schäden im Bereich des rechten Fußes gerade nicht hinreichend wahrscheinlich gemacht werden könne. Bei ihren jeweiligen Beurteilungen kam den durchgangsärztlich erhobenen Befunden bzw. der Auswertung der Arztbriefe aus dem A.-Krankenhaus sowie dem UKB die tragende Rolle zu.

Das SG setzt sich in seiner Entscheidung mit den vorgenannten Gutachten und ärztlichen Stellungnahmen eingehend auseinander und legt mit zutreffender Begründung dar, weshalb es ihnen folgt. Der Senat sieht gemäß § 153 Abs. 2 SGG von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und nimmt zur Vermeidung von Wiederholungen insoweit Bezug auf die nach eigener Prüfung zutreffende und ausführliche Begründung der erstinstanzlichen Entscheidung.

Im Hinblick auf das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. K. merkt der Senat ergänzend an, dass durch seine Ausführungen, der Unfall sei Auslöser für das Auftreten des diabetischen Fußsyndroms gewesen, ein Kausalzusammenhang im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung gerade nicht bejaht wird. Die Bezeichnung als „Auslöser“ bedeutet nicht gleichzeitig, dass der Unfall die rechtlich wesentliche Teilursache für das Auftreten der fulminanten Weichteilinfektion mit diabetischem Fußsyndrom und Charcot-Arthropathie gewesen wäre. Gerade im Fall einer Gelegenheitsursache ist davon auszugehen, dass die bisher nicht erkannte (stumme) Schadensanlage als weitere Wirkursache nicht nur lediglich Auslöser, sondern wesentlicher Faktor für das Eintreten bestimmter Gesundheitsschäden war. Auslöser kann gerade auch eine Gelegenheitsursache sein, die ebenso zeitnah in einem privaten Kontext hätte vorkommen können. Rechtlich wesentlich wäre dann aber nicht

der Auslöser, sondern die unzweifelhaft bereits zum Zeitpunkt des Unfalls vorliegende insulinpflichtige Diabeteserkrankung. Auch Prof. Dr. K. geht davon aus, dass das diabetische Fußsyndrom mit Charcot-Arthropathie neuropathischer Genese ist. Er geht weiter - wie auch der Gutachter Dr. B. und der Sachverständige Dr. P. zuletzt – davon aus, dass ohne Kenntnis des Klägers bereits vor dem Unfall die Diabeteserkrankung mit wahrscheinlich bereits bestehender Polyneuropathie vorlag. Auf das Vorliegen einer inapparenten Polyneuropathie und damit einhergehenden herabgesetzten Schmerzempfindung weist auch der durchgangsärztliche Befund bei der Erstuntersuchung im A.-Krankenhaus am 31. März 2009 hin, wo trotz der nunmehr großflächigen, ca. 4x3 cm großen, übelriechenden, tiefreichenden offenen Wunde mit Nekrosen im Wundgrund und weißer abgehobener Kutis in der Umgebung nur ein sehr geringer Druckschmerz über der Außenkante des rechten Fußes festgestellt werden konnte. Bei der Beantwortung der Frage nach dem Unfallzusammenhang beachtet Prof. Dr. K. jedoch nicht exakt die Theorie der wesentlichen Bedingung. Wenn er in seinem diabetologischen Gutachten ausführt, der Unfall sei mit „gewisser“ Wahrscheinlichkeit auslösend für das diabetische Fußsyndrom und die Charcot-Arthropathie gewesen, so stellt der Begriff der „gewissen Wahrscheinlichkeit“ keine rechtliche Kategorie im Sinne der oben angeführten Rechtsprechung des BSG zur Beurteilung des Kausalzusammenhangs dar. Lassen die Ausführungen von Prof. Dr. K. mithin nicht immer genau die Trennschärfe des unfallversicherungsrechtlichen Kausalitätsbegriffs nachvollziehen, so gilt doch, dass letztlich sowohl er als auch Dr. P. und Dr. B. ausgeführt haben, dass es geradezu typisch ist, dass Bagatellverletzungen bei bestehender Diabeteserkrankung zu Wund- und Infektionskomplikationen mit Ausbildung eines diabetischen Fußsyndroms führen und mithin für die Entstehung des diabetischen Fußsyndroms nicht die Bagatellverletzung, sondern die Diabeteserkrankung geworden ist. Zudem führt Prof. Dr. K. bei der Beantwortung der Beweisfrage 4 in seinem Gutachten aus, die Charcot-Arthropathie sei nur „möglicherweise“ Spätfolge des Unfalls, postuliert an dieser Stelle also gerade keinen hinreichenden Wahrscheinlichkeitszusammenhang im Sinne der Rechtsprechung des BSG.

Ergänzend zur erstinstanzlichen Entscheidung merkt der Senat an, dass eine abweichende Beurteilung zur Frage des Kausalzusammenhangs zwischen der Blase und der sich daraus zeitlich in der Folge ergebenden Weiterungen lediglich in dem

Zusammenhangsgutachten des UKB vom 29. Mai 2012 vorgenommen worden ist. Zwar ist dieses Gutachten eventuell unter Verstoß gegen das Auswahlrecht des Klägers nach § 200 Abs. 2 Halbsatz 1 SGB VII zustande gekommen, da der Kläger Prof. Dr. E. als Gutachter benannt hatte, die Untersuchungen aber ausschließlich durch die Leitende Oberärztin Dr. S. und die Assistenzärztin E. vorgenommen wurden und Prof. Dr. E. das Gutachten lediglich „aufgrund eigener Urteilsbildung“ unterzeichnet hat. Nach den Ausführungen des BSG mit Urteil vom 07. Mai 2019 (Az. B 2 U 25/17 R, veröffentlicht in Juris), denen sich der Senat nach eigener Prüfung anschließt, verstößt ein von der Beklagten im Verwaltungsverfahren eingeholtes Gutachten jedenfalls dann gegen § 200 Abs. 2 Halbsatz 1 SGB VII, wenn der von dem Kläger ausgewählte Gutachter bei der Begutachtung selbst – wie hier Prof. Dr. E. am Tag der Untersuchung am 08. Mai 2012 - zu keinem Zeitpunkt anwesend war. Aus dem Auswahlrecht des § 200 Abs. 2 Halbsatz 1 SGB VII folgt zwingend, dass im Verwaltungsverfahren die Kernaufgaben durch den benannten Gutachter selbst zu erledigen sind, weil der Versicherte gerade diesen Gutachter ausgewählt hat. Zu den Kernaufgaben der Gutachtenerstellung zählt zumindest die persönliche Begegnung mit dem Probanden, in der sich der Gutachter einen persönlichen Eindruck des Probanden verschafft und der Begutachtende seine subjektiven Beschwerden selbst vorbringen kann. Dies gilt aufgrund der Sonderregelung des § 200 Absatz 2 Halbsatz 1 SGB VII im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung auch bei orthopädischen Gutachten. Dennoch erweist sich dieser ggf. bestehende Verstoß hier als folgenlos, da der Kläger den nur auf Rüge hin beachtlichen Verstoß nicht gerügt, sondern sich vielmehr zur Begründung ihrer geltend gemachten Ansprüche auf diesen berufen hat (vgl. zum Rügeerfordernis: BSG, a. a. O., Rn. 21 ff.).

Nach Auffassung des Senats setzen sich Prof. Dr. E. bzw. die Leitende Oberärztin Dr. S. und die Assistenzärztin E. in ihrem Zusammenhangsgutachten vom 29. Mai 2012 nicht hinreichend mit den konkurrierenden Kausalitätsfaktoren auseinander, namentlich mit dem Umstand, dass den ärztlichen Berichten und Gutachten eindeutig zu entnehmen ist, dass anlässlich der Fußentzündung eine sofort insulinpflichtige Diabeteserkrankung als bis dahin stumme Schadensanlage festgestellt wurde, und dass es sich bei der Fußentzündung im weiteren Verlauf eindeutig um ein diabetisches Fußsyndrom handelte, das sich bei dem Kläger in geradezu typischer Weise

manifestiert hat, während eine Bagatellverletzung, wie der Kläger sie am 16. März 2009 erlitten hat, in aller Regel keine derart schwerwiegenden Folgen nach sich zieht.

Derselbe Einwand trifft zur Überzeugung des Senats auch auf das auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG durch Prof. Dr. S. erstellte Gutachten vom 03. August 2021 zu. Dabei gilt es zunächst festzustellen, dass die Beurteilungen der Sachverständigen vor dem Hintergrund einer besonders kritischen Überprüfung zu unterziehen sind, dass sie bereits im Jahr 2012 die Begutachtung des Klägers übernommen hatte (nach Delegation des eigentlich beauftragten Prof. Dr. E.) und sie zudem auch die den Kläger im UKB behandelnde Ärztin war. Es liegt in der Natur der Sache selbst, dass der Neutralität in Bezug auf die Überprüfung eigener Einschätzungen Grenzen gesetzt sind.

Prof. Dr. S. hat in ihrem Gutachten ausgeführt, dass zum Zeitpunkt des Unfallereignisses vom 16. März 2009 eine diabetische Nephropathie bzw. Niereninsuffizienz, wie sie nach schwerem langjährigem Diabetes oft entstehe, nicht vorgelegen habe. Aus der stationären Akte des UKB aus dem Jahr 2009 gingen keine Erhöhungen des Blutzuckers hervor. Ebenso seien unauffällige Nierenwerte im Blutserum festgestellt worden. Des Weiteren befänden sich in den vorliegenden Röntgenaufnahmen des rechten Fußes in zwei Ebenen vom 31. März 2009 des A.-Krankenhauses keine Zeichen einer sich ankündigenden diabetischen neuropathischen Osteoarthropathie, das heißt, das Fußskelett sei zum Zeitpunkt des Unfalls bzw. nachweislich zum 31. März 2009 altersentsprechend in Mineralisation und Anatomie gewesen. Insoweit könne ex post nicht davon ausgegangen werden, dass die diabetische Erkrankung nachweislich stark ausgeprägt gewesen sei. Vielmehr sei sie so unterschwellig verlaufen, dass ihre Anwesenheit erst durch den Arbeitsunfall vom 16. März 2009 aufgedeckt worden sei. Das Entstehen der Blase und die unmittelbare Entstehung der fulminant verlaufenden Infektionen bei bestehendem Diabetes mellitus seien als Unfallfolgen anzuerkennen. Die Infektion sei durch eine bakterielle Kontamination und Invasion der Erreger im Bereich der Hautläsion am Fuß entstanden. Der fulminante Verlauf sei begründet im Vorliegen eines nicht bekannten Diabetes mellitus. Hinsichtlich der Ausbildung des Charcot-Fußes sei anzumerken, dass eine solche infolge einer diabetischen Neuropathie eher selten sei (0,5 bis 2 % der Diabetiker). Während die Röntgenaufnahmen des Fußes am 31. März 2009 ein

unauffälliges Fußskelett gezeigt hätten, weise die lückenlose Diagnostik erstmals im Mai 2009 im MRT des Fußes ein Knochenmarksödem auf und im November 2010 beginnende Knochenauflockerungen (Demineralisation) und Auflösung von Gelenkverbindungen sowie im Dezember 2012 dann das Vollbild eines Charcot-Fußes. Somit bestehe zumindest eine zeitliche Folge zwischen der Blase mit nachfolgender Weichteilinfektion, den notwendigen operativen Eingriffen und schließlich der Entwicklung einer Neuroarthropathie bzw. eines Charcot-Fußes. Die Ausbildung einer Blase und die daraus folgende Weichteilinfektion könnten als Trigger für die Auslösung der Entstehung einer diabetischen Neuroarthropathie anerkannt werden. Die Diabeteserkrankung sei im März 2009 nicht so schwer ausgeprägt bzw. sei klinisch inapparent gewesen, sodass es ohne äußeres Zutun nicht zu einer solchen Entwicklung gekommen wäre. Im Ergebnis sei die bereits im Vorfeld festgestellte MdE in Höhe von 40 v.H. ab dem 01. Oktober 2014 fortzuführen. Die aktuell erhobenen Befunde wiesen keine wesentlichen Befundänderungen gegenüber dem Gutachten vom Mai 2012 auf.

Die Feststellungen der Sachverständigen Prof. Dr. S. sieht der Senat durch die am 13. September 2021 verfasste weitere Stellungnahme des Beratungsarztes der Beklagten, Dr. O., als widerlegt an. Nach den Ausführungen von Dr. O., die den unfallversicherungsrechtlichen Kausalitätsbegriff in mustergültiger Weise auf den lückenlos aufgearbeiteten Sachverhalt anwenden und den Senat nicht zuletzt vor diesem Hintergrund überzeugen, ist das Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. S. im Ergebnis bezüglich der Schlussfolgerung nicht anschlussfähig. Entgegen dem durch Prof. Dr. S. postulierten Kausalzusammenhang sei die durch Reibung entstandene Blase nicht als die maßgebliche Ursache der nachfolgend eingetretenen Gesundheitsstörungen (Weichteilinfektion, Charcot-Arthropathie, Teilamputation des Vorfußes und verbleibende Funktionsbeeinträchtigungen) anzusehen, selbst wenn sie – wie von Prof. Dr. S. vertreten – Trigger bzw. finaler Auslöser des nachfolgenden Beschwerdebildes gewesen sein sollte. Die angenommene Gesundheitsstörung einer Blase, bei der es lediglich zur Abhebung der obersten (epidermalen) Hautschicht komme, eine tiefergehende Läsion jedoch nicht vorliege, stelle grundsätzlich eine Körperschädigung dar, die mit großer Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung vorkomme und in fast 100% der Fälle innerhalb kurzer Zeit folgenlos zur Abheilung gelange. Es müsse berücksichtigt werden, dass eine Blase für sich genommen

keineswegs in eine schwerwiegende Weichteilinfektion münde, sondern dies das Vorliegen einer weiteren Wirkursache voraussetze, hier der Diabetes-Erkrankung. Sei also eine so stark vermehrte Ansprechbarkeit des Weichteilgewebes gegeben, dass selbst das Vorliegen einer kleinen Blase zu einer schwerwiegenden Weichteilinfektion führen könne, komme dieser Schadensanlage die wesentliche Teilursächlichkeit bezüglich der Weichteilinfektion und darauf aufbauend weiterer Gesundheitsstörungen zu. Liege eine so gravierend vermehrte Ansprechbarkeit vor, dass selbst eine durch Druck entstandene Blase im Sinne einer Bagatellläsion zu schwerwiegenden Weichteilinfektionen führen könne, so dränge sich die Schlussfolgerung auf, dass sich eine gleiche Gesundheitsschädigung auch durch vergleichbar geringe Einwirkungen des alltäglichen Lebens realisiert hätte, zum Beispiel durch die Verwendung neuer, noch nicht eingelaufener Schuhe. Könne eine Blase erfahrungsgemäß nicht zu schwerwiegenden Weichteilinfektionen und auch zu keinem Charcot-Fuß oder den sonstigen hier gegenständlichen Komplikationen führen, so stelle sie allenfalls eine Gelegenheitsursache dar bzw. sei nur eine unwesentliche Teilursache der Weichteilinfektion mit den nachfolgenden körperlichen Beeinträchtigungen.
Der Senat teilt diese den unfallversicherungsrechtlichen Kausalitätsbegriff in der Ausprägung der Rechtsprechung des BSG minutiös beachtende Beurteilung des Beratungsarztes Dr. O. und schließt sich ihr vollends an.

Ergänzend hierzu ist anzumerken, dass die Sachverständige Prof. Dr. S. mit ihrer Bewertung schon nicht der Ausprägung des am 31. März 2009 beim Kläger erstmals gesicherten überernährungsbedingten Diabetes mellitus Typ II gerecht wird. Es handelte sich eben nicht um eine Erkrankung im Anfangsstadium, bei der eine Ernährungsumstellung (Stufe 1) ausreichend gewesen wäre, oder um eine Erkrankung geringerer Ausprägung, die nur eine medikamentöse Behandlung mit Tabletten (Stufe 2) bedurft hätte, sondern vielmehr um ein derart ausgeprägtes Erkrankungsbild, dass die sofortige Einstellung auf Insulin (Apidra und Lantus) per Injektion (Stufe 3), zunächst sogar in Kombination mit Metformin 500 2 x täglich, erforderlich machte. Soweit die Sachverständige die Auffassung vertritt, die geringe Ausprägung des Erkrankungsbildes werde durch die bei der Vorstellung im UKB später erhobenen relativ normalen Blutzuckerwerte bestätigt, verkennt sie völlig, dass dies gerade das angestrebte Ergebnis der zuvor erfolgten Einstellung auf Insulininjektionen war. Auch ihren Kausalitätserwägungen zur Ausbildung der Charcot-Arthropathie vermag der

Senat nicht nachzuvollziehen. Nach dem von der Sachverständigen dargelegten wissenschaftlichen Erkenntnisstand betreffend die Genese einer Charcot-Arthropathie, zuletzt zusammengefasst in dem Aufsatz von Dohm, Kessler, Dafotakis „Die Rolle der diabetischen Neuropathie bei der Genese des Charcot-Fußes“ (Klin Neurophysiol 2020, 51: 67-72), ist allen Theorien zur Genese zufolge gemein, dass am Anfang der pathophysiologischen Ereigniskette die Nervenschädigung, d.h. die Neuropathie mit verminderter Schmerzwahrnehmung, steht. Eine diabetogene periphere Polyneuropathie wird von der Sachverständigen beim Kläger auch festgestellt. Hinweise hierauf finden sich, wie auch die gleichzeitige Feststellung eines bisher unbehandelten insulinpflichtigen Diabetes, bereits in der durchgangsärztlichen Erstuntersuchung vom 31. März 2009. Warum vor diesem Hintergrund nicht die den gesamten Erkrankungsverlauf maßgeblich prägende Diabeteserkrankung mit peripherer Polyneuropathie sondern eine Bagatellverletzung (Blasenbildung im Bereich des rechten kleinen Zehs) als wesentliche (Teil-)Ursache für die Weichteilinfektion mit Amputationsnotwendigkeit, diabetischem Fußsyndrom und Charcot-Arthropathie angesehen wird, erschließt sich dem Senat anhand der Ausführungen von Prof. Dr. S. nicht.

Soweit der Kläger geltend macht, er sei in dem Zustand geschützt, in dem er seine Arbeitstätigkeit verrichtet, weist Dr. O. weiter zutreffend darauf hin, dass dies eben gerade nicht bedeutet, dass jedes Bagatellgeschehen als wesentliche Ursache anzusehen ist, wenn dieses auf eine vermehrt ansprechbare Schadensanlage trifft und mit diesem zusammen einen Körperschaden verursacht. Die entsprechende Regelung bedeutet vielmehr, dass bei einem adäquaten Unfallmechanismus eine Kausalitätsbeziehung nicht mit dem Vorhandensein von (altersgemäßen) Schadensanlagen abgelehnt werden kann. Läge etwa im hier gegebenen Fall eine relevante Weichteilverletzung vor, die erfahrungsgemäß zumindest in einem gewissen Anteil der Fälle auch mit einer fulminanten Infektion einhergehen könne, so müsste auch unter Berücksichtigung etwaig individuell vermehrter Ansprechbarkeit ein Zusammenhang zwischen der entsprechenden Weichteilverletzung und einer nachfolgenden Infektion gesehen werden. Bei insofern unfallbedingter Weichteilverletzung, die nicht bloß einen Bagatellcharakter hat, käme dieser auch die wesentliche Teilursächlichkeit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu. Entsprechende Feststellungen lassen sich jedoch nicht auf eine Bagatellverletzung

übertragen, die in nahezu 100% der Fälle im Querschnitt der Gesamtbevölkerung mit auch Inklusion der an Diabetes erkrankten Personen zu keiner schwerwiegenden weiteren Infektion und nachfolgendem Charcot-Fuß führt. Mithin liegt hier eine primäre Verletzungsfolge, die zumindest in einer empirisch nachweisbaren Anzahl von Fällen zu schweren Weichteilinfektionen mit Folge einer Amputation und einem Charcot-Fuß führt, gerade nicht vor.

Da hier keine unfallbedingten andauernder Verletzungsfolgen nach Ablauf der 26. Woche nach dem Versicherungsfall zu erkennen sind, bestand auch keine unfallbedingte MdE, die zum Bezug einer Verletztenrente führen könnte.

War der Bescheid vom 24. September 2012 nach alledem rechtswidrig begünstigend, war die Beklagte berechtigt, ihn unter den weiteren Voraussetzungen des § 45 SGB X zurückzunehmen. Gemäß § 45 Abs. 1 SGB X darf ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, nur unter den Einschränkungen der Absätze 2 bis 4 ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder für die Vergangenheit zurückgenommen werden.

Nach § 45 Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGG darf ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt nicht zurückgenommen werden, soweit der Begünstigte auf den Bestand des Verwaltungsaktes vertraut hat und sein Vertrauen unter Abwägung mit dem öffentlichen Interesse an einer Rücknahme schutzwürdig ist. Das Vertrauen ist in der Regel schutzwürdig, wenn der Begünstigte erbrachte Leistungen verbraucht oder eine Vermögensdisposition getroffen hat, die er nicht mehr oder nur unter unzumutbaren Nachteilen rückgängig machen kann. Im Hinblick auf die hier lediglich für die Zukunft erfolgte Rücknahme hat der Beklagte in dem Bescheid vom 11. September 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2014 beanstandungsfrei ausgeführt, dass das Vertrauen des Klägers auf den Fortbestand des Verwaltungsaktes unter einer Abwägung des Interesses der Beklagten an der Herstellung rechtmäßiger Leistungsbewilligungen mit dem klägerischen Interesse am Behaltendürfen der bewilligten Leistungen nicht schutzwürdig sei. Durch die Bescheidrücknahme müsse der Kläger keine bereits erhaltenen Leistungen zurückzahlen, sodass keine Vermögensdispositionen betroffen seien.

Die Beklagte hat bei Erlass des Bescheides vom 11. September 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2014 weiterhin auch die Zweijahresfrist des § 45 Abs. 3 Satz 1 SGB X eingehalten, wonach ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt mit Dauerwirkung nach Abs. 2 – hier der Bescheid vom 24. September 2012 – nur bis zum Ablauf von zwei Jahren nach seiner Bekanntgabe zurückgenommen werden kann.

Schließlich hat die Beklagte bei der Rücknahme des Bescheides vom 24. September 2012 auch das ihr obliegende Ermessen in nicht zu beanstandender Weise ausgeübt.

Das Wort „darf“ in § 45 Abs. 1 SGB X bedeutet, dass der Leistungsträger sowohl hinsichtlich der Rücknahme für die Zukunft als auch für die Vergangenheit nach Ermessen handelt. Die damit von Gesetzes wegen vorgegebene Ermessensentscheidung der Verwaltungsbehörde unterliegt im Rechtsstreit zwar nur einer eingeschränkten gerichtlichen Überprüfung. Diese Entscheidung ist lediglich in den Grenzen des § 39 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und des § 54 Abs. 2 Satz 2 SGG überprüfbar, soweit nicht ein Fall der „Reduzierung des Ermessens auf Null“ vorliegt. Die gerichtliche Kontrolle ist darauf beschränkt zu prüfen, ob der Unfallversicherungsträger (1.) seiner Pflicht zur Ermessensbetätigung nachgekommen ist (Ermessensnichtgebrauch bzw. Ermessensausfall), (2.) mit seiner Entscheidung die gesetzlichen Grenzen des Ermessens überschritten oder unterschritten hat, d.h. eine nach dem Gesetz nicht zugelassene Rechtsfolge gesetzt hat (Ermessensüberschreitung bzw. Ermessensunterschreitung), oder (3.) von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat (Abwägungsdefizit und Ermessensfehlgebrauch).

Im Rahmen der ihr obliegenden Ermessensausübung hat die Beklagte im Bescheid vom 11. September 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2014 ausgeführt, maßgeblich sei, dass das öffentliche Interesse an der Herstellung rechtmäßiger Umstände im Interesse der Solidargemeinschaft und ihres Schutzes vor unrechtmäßigen Belastungen das Interesse des Klägers am auch künftigen Leistungsbezug überwiege. Da weder Vermögensdispositionen erkennbar getroffen noch bereits erhaltene Leistungen hätten zurückgezahlt werden müssen, sei

eine besondere Härte für den Kläger nicht zu erkennen. Nach Auffassung des Senats hat die Beklagte mit den genannten Erwägungen ihr Ermessen pflichtgemäß ausgeübt. Im Übrigen wird auch durch den Kläger selbst kein beachtliches Defizit im Rahmen der Ermessensbetätigung vorgetragen.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil kein Revisionsgrund nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGG vorliegt.

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen die Beschwerde als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Die Beschwerde muss bis zum Ablauf dieser Frist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Anschriften des Bundessozialgerichts:

bei Brief und Postkarte
34114 Kassel

Telefax-Nummer:
(0561) 3107475

bei Eilbrief, Telegramm, Paket und Päckchen
Graf-Bernadotte-Platz 5
34119 Kassel

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 SGG eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen:

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu den Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich

der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen die Begründung als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG).

In der Begründung muss dargelegt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder
- die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beiordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen den Antrag als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG).

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen.** Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs ist der Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen, einzuscannen, qualifiziert zu signieren und dann in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln.

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

III. Ergänzende Hinweise

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.