
S 23 U 577/96

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	L
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 23 U 577/96
Datum	31.10.1997

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 334/97
Datum	28.03.2001

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 31.10.1997 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Mit Unfallanzeige vom 26.01.1995 berichtete der Arbeitgeber des Klägers, der A. e.V., der am 1. 1961 geborene Kläger habe am 25.01.1995 beim Spiel gegen B. nach Schlag von einem Gegenspieler plötzlich einen akut stechenden Schmerz im Bereich der linken Achillessehne verspürt.

Der erstbehandelnde Arzt, der Orthopäde Dr. C., erklärte am 28.02.1995, am 25.01.1995 habe er bei der ersten Untersuchung massiven Druckschmerz und Schwellung im Bereich der linken Achillessehne festgestellt. Am 26.01.1995 wurde der Kläger im Städtischen Krankenhaus München-Bogenhausen von Prof. Dr. D. operiert, der am 04.04.1995 mitteilte, während eines Spiels sei es ohne gegnerische Einwirkung zu einer Achillessehnenruptur links gekommen. Eine spontane Entstehung sei unwahrscheinlich. Die histologische Untersuchung habe

keinen Hinweis für ein primär entzündliches Geschehen ergeben. Der Kläger habe angegeben, er habe einen Ausfallschritt nach vorne gemacht. Dabei habe er ein hörbares Schnalzen verspürt und sei gleich auf dem betroffenen linken Bein belastungsunfähig gewesen.

Der Chirurg Dr. ... erklärte in der Stellungnahme vom 08.05.1995, eine direkte Gewalteinwirkung habe offenbar nicht vorgelegen, ebenso wenig ein Fehltritt in irgendeine Bodenunebenheit. Es sei davon auszugehen, dass schon längere Zeit Beschwerden an der linken Achillessehne bestanden hätten.

Mit Bescheid vom 24.05.1995 lehnte die Beklagte die Anerkennung eines Arbeitsunfalles und die Gewährung von Entschädigungsleistungen ab, denn ein Unfallereignis habe nicht vorgelegen, weil eine äußere Gewalteinwirkung fehle. Es sei von einer degenerativ bedingten Spontanruptur auszugehen.

Den Widerspruch vom 27.06.1995 nahm der Kläger mit Schreiben vom 23.08.1995 zurück. Der Arbeitgeber teilte am 31.07.1995 erneute Probleme im Bereich der linken Achillessehne ab 17.07. 1995 mit. Der Kläger werde am 17.07.1995 operiert.

Mit Schreiben vom 16.02.1996 beantragte der Kläger die Neufeststellung gemäß [§ 44 SGB X](#), da bei Erlass des Bescheides vom 24.05.1995 von einem unrichtigen Sachverhalt ausgegangen worden sei. Er habe im Sprung den Ball mit der Brust stoppen wollen und sei bei der Landung mit dem linken Fuß umgeknickt. Er übersandte eine Erklärung des Spielers ... (...) vom 14.02.1996, in der ausgeführt wird, der Unfall habe sich ereignet, als der Kläger einem hochfliegenden Ball entgegengesprungen sei, diesen mit der Brust gestoppt habe, bei der Landung mit dem linken Fuß umgeknickt und sofort zusammengebrochen sei. Verantwortlich für das Umknicken seien die schlechten Platzverhältnisse gewesen. Aus seiner Sicht sei der Kläger mit dem linken Fuß in eine Bodenunebenheit getreten. Er habe sich zum Zeitpunkt des Unfalls nur wenige Meter neben der Unfallstelle befunden.

In einer gutachterlichen Stellungnahme vom 16.04.1996 führte der Chirurg Dr. ... aus, eine Achillessehne könne z.B. reißen, wenn man im Zehenstand auf dem Rand einer Stufe stehe, abrutsche und dann vehement im Zehenstand auf der nächsttiefergelegenen Stufe aufpralle. Ähnliche Mechanismen ergäben sich beim Abrutschen während eines schweren Schiebevorganges oder beim unerwarteten Tritt oder Sprung in eine Bodenunebenheit bzw. eine Mulde oder ein Loch im Boden. Es sei davon auszugehen, dass der Kläger bereits Überlastungsschäden an den Achillessehnen entwickelt gehabt habe. Bei Berücksichtigung der vorgelegten Videoaufnahme von dem Unfallereignis sei zu beobachten, dass der Kläger einen Ball mit der Brust gestoppt habe und dann mit dem linken Bein wieder am Boden aufgekommen sei. In diesem Moment sei der Kläger durch einen Gegenspieler verdeckt; dennoch lasse sich erkennen, dass ein zumindest größeres Umknicken oder Ähnliches nicht sehr naheliegend sei. Der Zusammenbruch sei erst zwei Schritte später erfolgt. Wahrscheinlich sei ein spontaner Sehnenabriss als Schlusspunkt einer Überlastungsbedingten und durch

zahlreiche Mikrotraumatisierungen entstandenen degenerativen Schädigung der Achillessehne. Der Sprung habe lediglich die Rolle einer unwesentlichen Gelegenheitsursache, da mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einem derartigen Riss im engen zeitlichen Zusammenhang ohnehin zu rechnen gewesen sei.

Mit Bescheid vom 05.06.1996 lehnte die Beklagte eine Rücknahme des Bescheides vom 24.05.1995 ab, da sich keine neuen Gesichtspunkte ergäben.

Den Widerspruch des Klägers vom 06.06.1996, mit dem er nochmals auf die jahreszeittypischen Bodenunebenheiten und die Aussage des Dr. Dr. H. hinwies, sowie darauf, dass er umgeknickt sei, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 07.08.1996 zurück.

Mit der Klage vom 16.08.1996 hat der Kläger eingewandt, da er durch einen Gegenspieler verdeckt gewesen sei, könne Dr. H. sein Verhalten nicht beurteilen, dagegen aber Dr. H., der unmittelbar neben ihm gestanden habe. Schon durch die körpereigene Geschwindigkeit sei ihm ein plötzliches Stehen nach dem Sprung nicht möglich gewesen, so dass er trotz Achillessehnenriss noch ein oder zwei Schritte gemacht habe.

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr. Dr. H. hat im Gutachten nach Aktenlage vom 15.11. 1996 ausgeführt, wie sich aus der Videoaufzeichnung ergebe, habe der Kläger einen Ball mit der Körperpervorderseite in der Luft stoppen wollen. Weder ein Umknicken noch ein Loch im Rasen sei auf der Videoaufnahme zu erkennen. Der Kläger sei erst während der nächsten zwei Vorwärtsschritte eingeknickt. Dann habe er im Knien rückwärts dem Ball nachgeschaut; erst beim Aufstehversuch sei ihm offenbar der Achillessehnenschaden bewusst geworden. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass keine gegnerische Einwirkung vorgelegen habe, ebenso kein gestörter Absprung, das Aufkommen sei regelrecht gelungen, ein Umknicken habe nicht vorgelegen und auch ein Tritt in ein Rasenloch sei nicht nachgewiesen. Der geplante, geübte und regelrecht ausgeführte Sprung mit Ballannahme sei keine wesentliche Teilursache für den Achillessehnenriss.

In der Stellungnahme vom 23.12.1996 hat Dr. Dr. H. nochmals darauf hingewiesen, das Ereignis, wie es auf dem Videoband festgehalten sei, sei nicht geeignet, als wesentliche Bedingung die vorgeschädigte Achillessehne reißen zu lassen, weder im Sinne der Entstehung noch im Sinne der Verschlimmerung. Ein schweres Umknicktrauma nach Sprung sei auf der Videoaufzeichnung nicht zu erkennen.

Der auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Prof. Dr. H. vom Fachbereich Sportwissenschaft der Universität Hamburg hat im Gutachten vom 03.06.1997 ausgeführt, nach genauer Analyse des Bewegungsablaufs auf dem Video spreche einiges dafür, dass es bei der Landung zu einer traumatischen Ruptur gekommen sein dürfte. Für die prinzipielle Möglichkeit spreche die Aussage des Dr. H., der sehr unebene Platzverhältnisse dokumentiere. Reizzustände im paratendinen Sehnengleitgewebe könnten erhebliche und massive Schmerzzustände

verursachen, ohne dass die Sehne selbst dabei gefährdet sei. Andererseits hätten Patienten mit massiven degenerativen Veränderungen oftmals nur erstaunlich wenig Schmerzen. Im vorliegenden Fall sei ein spontanes Unfallgeschehen für die traumatische Achillessehnenruptur wahrscheinlich.

Das SG hat den Operationsbericht vom 30.01.1995 beigezogen, in dem ausgeführt wird, die Achillessehne sei komplett rupturiert und zeige auf einer Strecke von etwa 1/4m Zentimeter ausgeprägte degenerative Veränderungen mit Aufspaltungen der Sehnenfasern. Im histologischen Bericht vom 30.01.1995 von Dr. Dr. h.c. Zustand nach sehr frischer Sehnenruptur zuzuordnen seien. Es ergebe sich kein Hinweis für eine primär entzündlich bedingte Sehnenerkrankung.

Mit Urteil vom 31.10.1997 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Zeugenaussage von A werde durch die Videoaufnahme nicht bestätigt. Der Kläger sei nicht bei der Landung nach dem Sprung mit dem linken Fuß umgeknickt und sofort zusammengebrochen, sondern habe noch zwei Schritte gemacht. Da das Erinnerungsbild des Zeugen so erheblich von dem dokumentierten Bewegungsablauf abweiche, sei die Kammer nicht davon überzeugt, dass er ein erheblich flächigeres Teil der Bewegung, nämlich ein Umknicken, zuverlässig wahrgenommen habe. Darauf stütze sich aber die weitere Angabe, der Kläger sei in eine Bodenunebenheit getreten. Gegen die Richtigkeit der Schilderung von A spreche auch die im Bericht des Krankenhauses München-Bogenhausen wiedergegebene Angabe des Klägers, er habe den Riss bei einem Ausfallschritt verspürt. Eine relevante von außen einwirkende Störung des im Abhängen willentlich gesteuerten Sprunges und Laufs des Klägers sei nicht bewiesen. Nicht gefolgt sei die Kammer der Auffassung Prof. B, da sein Gutachten keine für das Gericht nachvollziehbare Begründung enthalte. Es treffe nicht zu, dass der Kläger offensichtlich nach der Landung auf dem linken Bein ins Straucheln gekommen sei, denn die erfahrenen Gutachter Dr. C und Dr. D hätten eine derartige Störung nicht gesehen. Prof. Dr. C nehme nur an, dass zu diesem Zeitpunkt die Verletzung eingetreten sein könnte. Dies reiche als bloße Möglichkeit für den erforderlichen Nachweis nicht aus. Der Operationsbericht bestätige ausgeprägte degenerative Veränderungen.

Mit der Berufung vom 25.11.1997 macht der Kl nger geltend, der Zeuge    habe sich in seiner unmittelbaren Nähe befunden und den Bewegungsablauf genau wahrnehmen können. Er sei durch eine Bodenunebenheit mit dem linken Fuß umgeknickt. Danach sei noch ein kurzer Ausfallschritt erfolgt. Aufgrund der Witterungsbedingungen sei davon auszugehen, dass sich der Rasen nicht in einem ebenen Zustand befunden habe. Die histologische Untersuchung habe einen degenerativen Schaden nicht bestätigt.

Der Radiologe Dr. [redacted] erwähnt im Befundbericht vom 28.12.1999 eine Röntgenreizbestrahlung der rechten Achillessehne vom 31.01.1996 bis 05.02.1996. Der Radiologe Dr. [redacted] übersendet Berichte über Kernspintomographien beider Achillessehnen nach dem Unfall. Der Chiropraktiker [redacted] bestätigt im Befundbericht vom 24.05.2000 die Diagnosen: LWS-Becken-Hälfte-Syndrom, Sprunggelenksyndrom, Fehlstellungen und Blockaden verschiedener

Kleinwirbelgelenke der LWS, HWS/BWS-Syndrom, Blockaden verschiedener Kleinwirbelgelenke der HWS und BWS mit Rippen.

Der Orthopäde Dr. â€¦ fÃ¼hrt im Befundbericht vom 24.05.2000 aus, am 10.03.1993 habe der KlÃ¤ger Ã¼ber ziehende Schmerzen im linken Oberschenkel geklagt, am 16.01.1995 Ã¼ber belastungsabhÃ¤ngige Beschwerden der linken Achillessehne. Am 16.01.1995 habe er Druckdolenz, Dehn- und Verschiebeschmerz, Verquellung des Gleitgewebes festgestellt und eine Achillodynie links diagnostiziert.

Die Beklagte Ã¼bersendet eine beratungsÃ¤rztliche Stellungnahme von Prof.Dr. â€¦ vom 11.10.2000. Der KlÃ¤ger habe eine physiologische, gewollte, koordinierte und geplante Bewegung ausgefÃ¼hrt. Wenn er in ein Bodenloch getreten und seitlich weggeknickt sei, mÃ¼ssten BegleitlÃ¤sionen am Sprunggelenk, z.B. am AuÃ¼enband, festgestellt werden. Damit wÃ¤ren aber vorrangig Strukturen am Sprunggelenk und nicht an der Achillessehne belastet worden. Es kÃ¶nne mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass eine Umknickbewegung durch Tritt in ein Bodenloch entstanden sei. Zum Riss sei es durch ein MissverhÃ¤ltnis zwischen der willentlich gesteuerten Belastung und der Belastbarkeit der Achillessehne gekommen.

Der KlÃ¤ger stellt den Antrag vom 31.10.1997, sowie den Bescheid vom 05.06.1996 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.08.1996 aufzuheben, festzustellen, dass der Riss der linken Achillessehne des KlÃ¤gers ursÃ¤chlich auf den Unfall vom 25.01.1995 zurÃ¼ckzufÃ¼hren ist und die Beklagte zu verurteilen, unter ZurÃ¼cknahme des Bescheides vom 24.05.1995 EntschÃ¤digungsleistungen zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des KlÃ¤gers zurÃ¼ckzuweisen.

Zur ErgÃ¤nzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakte Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulÃ¤ssig, sachlich aber nicht begrÃ¼ndet.

Die Entscheidung richtet sich nach den bis 31.12.1996 geltenden Vorschriften der RVO, da der streitige Versicherungsfall vor dem 01.01.1997 eingetreten ist und Ã¼ber einen daraus resultierenden Leistungsanspruch vor dem 01.01.1997 zu entscheiden gewesen wÃ¤re ([Â§ 212, 214 Abs.3 SGB VII](#) i.V.m. [Â§ 580 RVO](#)).

Zu Recht hat das Sozialgericht MÃ¼nchen im Urteil vom 31.10.1997 festgestellt, dass der KlÃ¤ger keinen Anspruch auf EntschÃ¤digungsleistungen wegen des Ereignisses vom 25.01.1995 hat. Die EntschÃ¤digung einer GesundheitsstÃ¶rung

hat gemäss [Â§Â§ 548, 581 RVO](#) zur Voraussetzung, dass sie Folge eines Arbeitsunfalles ist. Gemäss [Â§ 548 Abs.1 Satz 1 RVO](#) ist Arbeitsunfall ein Unfall, den ein Versicherter bei einer der in den [Â§Â§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO](#) genannten Tätigkeiten erleidet. Ein Unfall ist ein körperlich schädigendes, zeitlich eng begrenztes plötzliches Ereignis, das von außen auf den Körper einwirkt (vgl. Kasseler Kommentar, [Â§ 548 RVO](#) Rdnr.5, 9 mit weiteren Nachweisen). Auch körpereigene Bewegungen wie Laufen oder Springen sind ausserer Vorgänge in diesem Sinn, obwohl sie gewohnt und natürlich sind.

Zu Recht hat die Beklagte mit Bescheid vom 24.05.1995 die Anerkennung eines Unfalls abgelehnt. Dieser unanfechtbar gewordene Verwaltungsakt ist dann zurückzunehmen, wenn sich im Einzelfall ergibt, dass bei seinem Erlass das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind. Weder im Verwaltungs- noch im Klage- oder Berufungsverfahren haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass der Verwaltungsakt vom 24.05.1995 rechtswidrig wäre.

Hinreichende Wahrscheinlichkeit, nämlich deutlich überwiegende Gründe für die Annahme der Kausalität zwischen dem Laufen bzw. Hochspringen und der Achillessehnenruptur, sind nicht gegeben. Dies steht zur Überzeugung des Senats fest im Hinblick auf das Gutachten des ärztlichen Sachverständigen im Klageverfahren Dr. Dr. h.c. |, der unter Berücksichtigung der ärztlichen Unterlagen in den Akten zu dem Ergebnis gekommen ist, dass der geplante, geübte und regelrecht ausgeführte Sprung mit Ballannahme keine wesentliche Teilursache für den Achillessehnenriss war, sondern lediglich ein Gelegenheitsanlass.

Die Achillessehne ist die stärkste Sehne des menschlichen Körpers. Die Belastbarkeit ist abhängig von Lebensalter, Geschlecht und Größe. Wesentliche Ursache für eine spontane Ruptur ist die degenerative Vorschädigung der betroffenen Sehne. Den Spontanrupturen gehen nicht selten schmerzhaftes Erkrankungssymptome i.S. einer Achillodynie voraus (vgl. Schönbberger-Mehrtens-Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage 1998, S.460 f.). Dieser typische Krankheitsverlauf ist auch beim Kläger dokumentiert. So hat der behandelnde Orthopäde Dr. h.c. | schon am 16.01.1995, also nur wenige Tage vor dem Achillessehnenriss, belastungsabhängige Beschwerden der linken Achillessehne festgestellt mit Druckdolenz, Dehn- und Verschiebeschmerz, Verquellung des Gleitgewebes und eine Achillodynie links diagnostiziert.

Somit ist nur eine Möglichkeit, dass der Sehnenriss durch den Sprung bzw. das Aufkommen nach dem Sprung wesentlich verursacht wurde, gegeben, Wahrscheinlichkeit aber nicht anzunehmen. Hierfür reicht der enge zeitliche Zusammenhang zwischen dem Lauf und Sprung und dem Sehnenriss nicht aus. Eine Gewebeschädigung durch den Sprung ist nicht wahrscheinlich. Es ist davon auszugehen, dass der Sehnenriss auch bei einem anderen privaten Ereignis ungefähr zur gleichen Zeit aufgetreten wäre.

Damit ist der Sprung nicht wesentliche Bedingung für das Entstehen der

Achillessehnenruptur, sondern die Krankheitsanlage war von $\frac{1}{4}$ berragender Bedeutung. In diesem Zusammenhang ist auch zu ber $\frac{1}{4}$ cksichtigen, dass weder eine St $\ddot{A}$ llung des Sprungablaufs oder eine direkte Sch $\ddot{A}$ ldigung durch einen gegnerischen Spieler vorlag, dass, wie Dr.Dr $\hat{a}$ $\hat{a}$ $\frac{1}{4}$ berzeugend ausgef $\frac{1}{4}$ hrt hat, der Kl $\ddot{A}$ xger noch regelrecht wieder auf dem Boden aufkam und dass insbesondere ein Tritt in eine Bodenvertiefung nicht angenommen werden kann.

Zwar hat der Spieler $\hat{a}$ $\hat{a}$ am 14.02.1996 auf Bodenunebenheiten hingewiesen. Als f $\frac{1}{4}$ r die Verursachung eines Achillessehnenrisses geeignet wird etwa das Verfehlen und Abrutschen von einer Stufenkante angegeben (so Dr.Dr $\hat{a}$ $\hat{a}$ und Sch $\ddot{A}$ lberger-Mehrtens-Valentin, a.a.O., S.463). Eine Vertiefung im Rasen derartigen Ausma $\ddot{A}$ es wie der H $\ddot{A}$ henunterschied von zwei Treppenstufen kann bei einem Fu $\ddot{A}$ ballrasen, der regelm $\ddot{A}$ ig gepflegt und gewalzt wird, als unwahrscheinlich bezeichnet werden.

Wie der $\ddot{A}$ rztlliche Sachverst $\ddot{A}$ ndige Dr.Dr $\hat{a}$ $\hat{a}$ ist auch der Chirurg Dr $\hat{a}$ $\hat{a}$, dessen im Verwaltungsverfahren abgegebene Stellungnahmen im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden, mit $\frac{1}{4}$ berzeugender Begr $\frac{1}{4}$ ndung davon ausgegangen, dass im Falle des Kl $\ddot{A}$ xgers $\ddot{A}$ berlastungssch $\ddot{A}$ den urs $\ddot{A}$ chlich sind. Denn wie Dr.Dr $\hat{a}$ $\hat{a}$ betont, lag der Kl $\ddot{A}$ xger mit damals knapp 34 Jahren in der Altersgruppe, bei der statistisch-epidemiologisch am h $\ddot{A}$ ufigsten $\hat{a}$ $\hat{a}$ und links h $\ddot{A}$ ufiger als rechts $\hat{a}$ $\hat{a}$ die Achillessehne bei Bagatellanl $\ddot{A}$ ssen rei $\ddot{A}$ t.

Nicht $\frac{1}{4}$ berzeugen kann dagegen die Beurteilung von Prof. Dr $\hat{a}$ $\hat{a}$, wenn er ausf $\frac{1}{4}$ hrt, der Kl $\ddot{A}$ xger sei nach der Landung offensichtlich ins Straucheln geraten, und zu diesem Zeitpunkt k $\ddot{A}$ nnte die Verletzung eingetreten sein. Auch Prof.Dr $\hat{a}$ $\hat{a}$ kann also den Verletzungsmechanismus nicht nachweisen, sondern $\ddot{A}$ u $\ddot{A}$ ert sich dahin, es spreche einiges daf $\frac{1}{4}$ r, dass es bei der Landung zu einer traumatischen Ruptur gekommen sein d $\frac{1}{4}$ rte. Diese prinzipielle M $\ddot{A}$ glichkeit bedeutet aber keinen Nachweis, wie er f $\frac{1}{4}$ r die Annahme eines Unfallereignisses erforderlich w $\ddot{A}$ re.

Hier war die Krankheitsanlage nach den $\frac{1}{4}$ berzeugenden Ausf $\frac{1}{4}$ hrungen von Dr.Dr $\hat{a}$ $\hat{a}$ und Dr $\hat{a}$ $\hat{a}$ so stark, dass es zur Ausl $\ddot{A}$ sung akuter Erscheinungen keiner besonderen, in ihrer Art unersetzlichen $\ddot{A}$ u $\ddot{A}$ eren Einwirkungen bedurfte, sondern jedes allt $\ddot{A}$ glich vorkommende, $\ddot{A}$ hnlich gelagerte Ereignis h $\ddot{A}$ tte zu derselben Zeit die Erscheinungen ausgel $\ddot{A}$ st. Aus der Tatsache, dass die Achillessehnenruptur nach einem Sprung beim Fu $\ddot{A}$ ballspiel auftrat, kann nicht ohne Weiteres auf einen Kausalzusammenhang geschlossen werden. Durch die Befunde des Dr $\hat{a}$ $\hat{a}$ ist die k $\ddot{A}$ rpereigene Ursache, n $\ddot{A}$ mlich die Sch $\ddot{A}$ ldigung der Achillessehne, erwiesen. F $\frac{1}{4}$ r diese Beurteilung spricht auch, dass auch die rechte Achillessehne gesch $\ddot{A}$ digt ist, wie sich aus den Berichten der Radiologen Dr $\hat{a}$ $\hat{a}$ und Dr $\hat{a}$ $\hat{a}$ ergibt.

Damit handelt es sich bei der Achillessehnenruptur um eine aus innerer Ursache entstandene Erkrankung, die nicht als Unfallfolge angesehen werden kann.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach [Ä§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs.2 Nr.1](#) und [2 SGG](#) liegen nicht vor.

Erstellt am: 12.11.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024