

L 10 U 5049/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 8 U 2913/09
Datum
16.10.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 5049/13
Datum
27.03.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 16.10.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Verletztenrente streitig.

Der am 1972 geborene Kläger erlitt am 03.04.2002 gegen 08.30 Uhr im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit als Zimmermeister einen Arbeitsunfall, als auf einer Baustelle in Metzingen nach dem Entfernen von Sprießen (Baustützen) eine Wand zusammenbrach, den daneben stehenden Kläger traf und an Kopf und linkem Fuß verletzte (vgl. Unfallanzeige der F. GmbH und Co.KG vom 10.04.2002, Bl. 4 VerwA). Der Kläger wurde mit dem DRK in die E. Bad U. verbracht, wo er um 09.30 Uhr eintraf und untersucht wurde. Der Chefarzt der Chirurgischen Abteilung Dr. H. beschrieb den Kläger als zu Ort, Zeit und Person orientiert und grobneurologisch unauffällig. Darüber hinaus beschrieb eine glatt berandete drei bis vier cm lange Wunde am Schädel rechts frontal sowie eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit des linken oberen Sprunggelenks (OSG) mit Hämatom, Schwellung und Druckschmerz am Innenknöchel. Die gefertigten Röntgenaufnahmen des Schädels ergaben keine frischen knöchernen Verletzungen, während die Röntgenaufnahmen des OSG links eine Frakturlinie am Innenknöchel zeigten. Diagnostisch ging Dr. H. von einer Commotio cerebri, einer Kopfplatzwunde und einer Innenknöchelfraktur links ohne Dislokation aus (vgl. Durchgangsarztbericht vom 03.04.2002, Bl. 2 VerwA). Der Kläger wurde stationär aufgenommen und bis 13.04.2002 behandelt, wobei eine offene Reposition und Osteosynthese der distalen Tibia links sowie die Wundversorgung am Kopf durchgeführt wurde. Ausweislich des Entlassungsberichts gingen die behandelnden Ärzte diagnostisch von einer Innenknöchelfraktur links, einer Commotio cerebri und einer Kopfplatzwunde links frontal aus und äußerten darüber hinaus den Verdacht auf eine nicht dislozierte Talusfraktur rechts (vgl. Entlassungsbericht vom 25.04./29.05.2002, Bl. 39 SG-Akte). Die sich anschließende Weiterbehandlung des Klägers erfolgte im Kreiskrankenhaus Rottweil. Im Rahmen seiner Mitteilung über die Entlassung des Klägers aus der dortigen ambulanten Behandlung führte der Chefarzt der Unfallchirurgie Dr. S. aus, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) voraussichtlich weniger als 10 vom Hundert (v.H.) betrage. Der Kläger nahm seine Tätigkeit im Anschluss an einen fünfwöchigen Türkeiurlaub am 02.09.2002 zunächst halbtags und dann ab 10.09.2002 im bisherigen Umfang wieder auf.

Mit Schreiben vom 31.10.2002 und 16.12.2002 informierte die Beklagte den Kläger über die Anspruchsvoraussetzungen für eine Verletztenrente und teilte dem Kläger mit, dass die MdE wegen der Unfallfolgen nach Auskunft des Dr. S. unter 10 v.H. liege. Von einer Nachuntersuchung werde daher abgesehen.

Am 22.01.2004 stellte sich der Kläger zur Frage der Metallentfernung bei Dr. S. vor, der klinisch reizlose Narbenverhältnisse bei prominentem Innenknöchel beschrieb und Röntgenaufnahme des OSG fertigte, die die Innenknöchelfraktur in anatomischer Stellung vollständig knöchern konsolidiert bei reizlos einliegenden Schrauben zeigte. Die Metallentfernung erfolgte dann am 04.02.2004.

Im Februar 2004 machte der Kläger gegenüber der Beklagten geltend, die Folgen des Unfalls bedingten eine MdE um mehr als 20 v.H. Seit dem Unfall träten Symptome auf, die er vor dem Unfall nicht gekannt habe. So bekomme er beim Autofahren, wenn er den Kopf drehe, plötzlich starke Kopfschmerzen und habe dann das Gefühl, dass seine linke Kopfhälfte eingeschlafen sei. Dies dauere jeweils fünf bis zehn Minuten an; seine Konzentrationsfähigkeit sei dann deutlich eingeschränkt. Ferner habe er starke Kreuzschmerzen, die besonders dann über

dem Becken aufräten, wenn er Gegenstände anhebe. Wegen dieser Kreuzschmerzen könne er keine längeren Autofahrten mehr unternehmen. Im Übrigen laufe sein linker Fuß bis über den Knöchel hinaus blau an. Besondere Probleme habe er, wenn er sich im Rahmen seiner Tätigkeit auf Dächern aufhalte und dort das Gleichgewicht halten müsse. Er müsse dann besondere Kraft und Konzentration aufwenden, da das Gefühl in seinem Fuß "gedämpft" sei. Dadurch würden erhebliche Schmerzen im Fuß erzeugt, die auch nach der Arbeit noch anhielten, weshalb er nachts nicht schlafen könne. Die Beklagte informierte den Kläger mit Schreiben vom 04.03.2004 dahingehend, dass die beklagten Kopf- und Kreuzschmerzen nicht in einen nachvollziehbaren Zusammenhang mit den Unfallverletzungen gebracht werden könnten und die MdE für die Innenknöchelfraktur weniger als 10 v.H. betrage.

Am 22.03.2004 stellte sich der Kläger bei dem Facharzt für Orthopädie Dr. K. vor, dem er ausweislich des H-Arzt-Berichtes vom 22.03.2004 von dem am 03.04.2002 erlittenen Arbeitsunfall berichtete, bei dem ihm ein Betonfertigelement auf den Kopf gefallen sei und er eine Kopfverletzung, eine Luxationsfraktur am Innenknöchel und eine Wirbelsäulenverletzung erlitten habe. Nach den weiteren Ausführungen des Dr. K. habe der Kläger über anhaltende Schmerzen im Bereich der HWS, BWS und LWS geklagt sowie darüber, dass der Hals sich nicht bewegen lasse. Dr. K. fertigte Röntgenaufnahmen sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte sowie eine Beckenübersichtsaufnahme und schloss nach deren Auswertung posttraumatische knöcherne Veränderungen aus. Diagnostisch ging er von Restbeschwerden nach Quetschverletzung der Wirbelsäule aus (vgl. H-Arzt-Bericht vom 22.03.2004, Bl. 45 VerwA). Im Zusammenhang mit der im September 2004 erfolgten Mitteilung, dass der Kläger aus der ambulanten Behandlung wegen der Beschwerden im Bereich des Sprunggelenks entlassen worden sei, teilte Dr. K. mit, die MdE für die Unfallfolgen sei mit 10 v.H. zu bewerten (vgl. Mitteilung vom 15.09.2004, Bl. 60 VerwA).

Am 23.03.2004 stellte sich der Kläger im Kreiskrankenhaus Rottweil bei Dr. S. vor und klagte über immer noch bestehende Beschwerden im Nacken und an der unteren LWS am Übergang zum Kreuzbein, die der Kläger - so Dr. S. - auf die umgekippte Betonwand und die erlittene Commotio zurückführte. Dr. Schwab, der bei der sodann erfolgten klinischen Untersuchung lediglich eine allenfalls endgradig eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und einen geringen Druck- und Klopfschmerz am lumbosacralen Übergang fand, sah keinen Zusammenhang zwischen der geschilderten Beschwerdesymptomatik und dem Unfallereignis, zumal auch keine entsprechenden Beschwerdeangaben in den Unterlagen dokumentiert seien. Zum Ausschluss eines postcommotionellen Syndroms veranlasste er jedoch eine neurologische Untersuchung durch den Facharzt für Neurologie Dr. Neher, der bei der klinischen und apparativen Untersuchung (EEG, Schädel-CT, CT der HWS) Normalbefunde erhob und die geklagten Kopfbeschwerden nicht für plausibel erachtete, nachdem ein schwerwiegendes Schädel-Hirn-Trauma nicht stattgefunden habe und sich im Bereich der HWS weder eine Funktionsstörung noch computertomographisch Auffälligkeiten zeigten. Mit Schreiben vom 07.05.2004 unterrichtete die Beklagte den Kläger über das Ergebnis dieser Untersuchungen; damit seien die Ausführungen im Schreiben vom 04.03.2004 im Ergebnis bestätigt worden.

Im September 2004 gab der Kläger seine Tätigkeit als Zimmermeister auf. Wegen der Funktionseinschränkung im Bereich des linken Fußes bewilligte die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg eine Umschulung zum Industriekaufmann, die der Kläger vom 15.08.2005 bis 31.07.2007 erfolgreich durchlief.

Im September 2008 machte der Kläger geltend, im Hinblick auf den Antrag des Klägers auf Verletztenrente liege noch immer kein Bescheid vor und beantragte die Erteilung eines rechtsmittelfähigen Bescheides.

Mit Bescheid vom 12.09.2008 anerkannte die Beklagte als Folgen des Unfalls vom 03.04.2002 sodann am linken Bein eine geringe Bewegungseinschränkung im Bereich des Sprunggelenks, eine reizlose Narbenbildung über dem Innenknöchel nach einem knöchern fest verheilten Bruch des Innenknöchels und führte weiter aus, die Gehirnerschütterung und Kopfplatzwunde seien zwischenzeitlich, ohne wesentliche Folgen zu hinterlassen, verheilt. Nicht als Unfallfolgen würden die geklagten Kopfschmerzen sowie chronisch belastungsabhängige Kreuzschmerzen anerkannt. Die Gewährung einer Rente lehnte sie ab.

Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger geltend, in seinem Gehirn seien inaktive Teile festgestellt worden, was auf den erlittenen Unfall zurückzuführen sei. Erst seit dem Unfall leide er unter stechenden Schmerzen im Hinterkopf, die ohne ersichtlichen Grund aufräten und dann zu Verspannungen im Schulter-Nacken-Bereich führten und sogar Lähmungserscheinungen im linken Arm auslösten. Bei geistiger (Über)Anstrengung träten diese Hinterkopfschmerzen besonders heftig auf. Zudem sei die Knöchelverletzung nicht vollständig verheilt. Es sei zu vermuten, dass eine (weitere) Fraktur übersehen worden sei. Die Beklagte zog die Befunde der vom Kläger selbst veranlassten 2-Phasen Ganzkörper-Skelett-Szintigraphie vom 10.04.2008 und der am 15.07.2008 erfolgten Spiral-CT des linken Fußgelenks bei, die eine kleine Kapselverkalkung bei ansonsten unauffälligem Befund zeigte, und veranlasste zur Klärung der klinischen Relevanz dieses Befundes eine Vorstellung des Klägers bei PD Dr. T ... Dieser fand anlässlich seiner Untersuchung des Klägers am 10.02.2009 einen diffusen Druckschmerz im Bereich des ventralen linken Sprunggelenks und eine Beweglichkeit für Extension/Flexion von 10/0/30 Grad und im OSG von zwei Dritteln. Barfuß habe der Kläger ein flüssiges Gangbild gezeigt; der Zehenspitzen- und -stand sowie Fersenstand und -gang hätten seitengleich demonstriert werden können. Er veranlasste noch eine Vorstellung des Klägers in der Neurologischen Ambulanz des S.-Klinikums in V. bei PD Dr. K., der in Bezug auf den geklagten Kontrollverlust im linken Arm für 30 Sekunden drei- bis viermal jährlich keinen Zusammenhang mit dem Unfall sah. Ein Zusammenhang dieser Beschwerden mit einer klinischen Commotio und ohne fokale Läsionen im MRT erachtete er für nicht wahrscheinlich (vgl. Befundbericht vom 02.04.2009, Bl. 126 VerwA). Nach Auswertung der sodann am 25.05.2009 angefertigten Sprunggelenks-MRT, die keine Hinweise auf eine Talusnekrose erbrachte, bewertete PD Dr. T. die MdE für die Unfallfolgen nach nochmaliger Untersuchung des Klägers (wohl) am 12.06.2009 (Beweglichkeit: Flexion/Extension 20/0/30, keine Schwellung, Druckschmerzen, Sensibilitätsstörungen oder motorische Ausfälle) mit 10 v.H.

Mit Widerspruchsbescheid vom 07.08.2009 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers sodann zurück. Wie schon zuvor Dr. S. und Dr. K. habe auch PD Dr. T. die MdE für die anerkannten Unfallfolgen mit weniger als 20 v.H. bewertet. Weitere Unfallfolgen, insbesondere Kopfschmerzen und Lähmungserscheinungen lägen nicht vor. Ein Zusammenhang der insoweit beklagten Beschwerden mit dem Arbeitsunfall hätten PD Dr. K. und Dr. N. übereinstimmend verneint. Anhaltspunkte für eine erlittene Hirnsubstanzschädigung lägen nicht vor. Schließlich seien auch die festgestellten radiologischen - ohnehin unspezifischen - Veränderungen nicht auf eine bloße Gehirnerschütterung zurückführbar.

Am 07.09.2009 hat der Kläger dagegen beim Sozialgericht Reutlingen (SG) Klage erhoben und geltend gemacht, seine Sprunggelenksverletzung sei bis heute nicht ausgeheilt. Zudem träten seit dem Unfall Kreuzschmerzen und stechende Kopfschmerzen auf, die zu Verspannungen im Schulter-Nacken-Bereich bis hin zur Lähmung des linken Armes führten. Hierdurch sei seine Erwerbsfähigkeit um

wenigstens 20 v.H. gemindert.

Das SG hat PD Dr. T. , den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie S., den Facharzt für Radiologie B. sowie den Facharzt für Nuklearmedizin Dr. G. schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. PD Dr. T. hat über die erfolgten Nachuntersuchungen des Klägers zwischen Februar und Juni 2009 berichtet. Der Neurologe und Psychiater S. hat von Vorstellungen des Klägers im Juni, August und September 2004 sowie September und Oktober 2009 berichtet und hat die Befundunterlagen über die wegen der geklagten Beschwerden veranlassten Untersuchungen vorgelegt (August 2004: MRT linker Fuß, Juni 2004: CT LWS, März 2008: MRT Neurocranium und HWS). Die Beurteilung der vom Kläger beklagten Kopfschmerzen hat er für schwierig erachtet, da Kopfschmerzen vielfältige Ursachen haben könnten, wobei als Ursache für die rezidivierenden Kopfschmerzen die zurückliegende Schädelprellung durchaus als möglich bis wahrscheinlich anzusehen sei. Dr. B. hat im Hinblick auf die kernspintomographischen Befunde des Gehirns und der HWS ausgeführt, diese seien nicht spezifisch für Unfallfolgen. Dr. G. hat sich nicht in der Lage gesehen, auf Grund dieser MRT-Befunde fundierte Aussagen zu einem Unfallzusammenhang zu machen. Auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das SG sodann das neurologische Gutachten des PD Dr. B. , Oberarzt in der Neurologischen Klinik im Zentrum für Neurologie des Universitätsklinikums T. , auf Grund Untersuchung des Klägers im Februar 2012 eingeholt, der mit Ausnahme der vom Kläger angegebenen Sensibilitätsstörungen am Fußrücken links keine neurologischen Störungen gefunden hat. Die MdE hierfür hat er mit 0 v.H. eingeschätzt. Die im MRT des Schädels und der HWS vom 31.03.2008 beschriebenen Läsionen periventriculär im Marklager hätten keine klinische Relevanz. Diese seien am ehesten mikroangiopathisch und stellten keine Traumafolgen dar. Auf weiteren Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) hat das SG schließlich das fachneurologische Gutachten des Prof. Dr. M. , Neurologische Klinik im Universitätsklinikum H. , auf Grund Untersuchung des Klägers im Dezember 2012 eingeholt. Der Sachverständige hat durchgängig unauffällige Befunde erhoben und auch in den MRT-Bildern des Schädels vom 31.03.2008 keine Hinweise auf Folgen des erlittenen Schädelhirntraumas gesehen. Nach seinen weiteren Ausführungen habe der Kläger anlässlich seiner Untersuchung auch lediglich noch über Kopfschmerzen bei starker Anstrengung berichtet, die er allerdings meide, sodass solche Kopfschmerzen nur noch sehr selten und maximal einmal monatlich aufträten. Die Beschwerden im linken Arm seien seit mehr als einem Jahr nicht mehr aufgetreten. Soweit der Kläger die Durchführung einer Sauerstoffaktivitätsmessung mittels einer Perfusionsstudie und eine Gehirnwasseruntersuchung gefordert habe, seien diese nicht durchgeführt worden, da diesen Untersuchungen keinerlei Aussagekraft in der vorliegenden Fragestellung beizumessen sei und dem Kläger körperlich lediglich schaden könnten. Die größte Sorge des Klägers sei, dass cerebrale Unfallfolgen übersehen worden sein könnten. Deshalb suche er weiterhin nach Erklärungen für die früheren Beschwerden. Als neurologische Unfallfolgen hat der Sachverständige eine Hypästhesie am linken Fußrücken beschrieben, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die operative Versorgung der Fraktur des Innenknöchels zurückzuführen sei. Hinsichtlich der weiteren vom Kläger vorgebrachten Beschwerden lasse sich ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Unfall nicht herstellen.

Mit, dem Kläger am 24.10.2013 zugestelltem, Urteil vom 16.10.2013 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, ein Zusammenhang zwischen dem erlittenen Arbeitsunfall und den beklagten rezidivierenden Kopfschmerzen lasse sich angesichts der unauffälligen neurophysiologischen Befunde nicht herstellen. Entsprechendes gelte im Hinblick auf die geklagten Wirbelsäulenbeschwerden. Insoweit liege lediglich eine leichte Gefügestörung ohne Anhaltspunkte für einen Unfallzusammenhang vor. Im Hinblick auf den linken Fuß liege über die bisher anerkannten Unfallfolgen hinaus lediglich eine Hypästhesie am Fußrücken unterhalb der Operationsnarbe am Innenknöchel und um die Operationsnarbe herum vor, die zusammen mit den anerkannten Unfallfolgen keine MdE um wenigstens 20 v.H. rechtfertige. Die geltend gemachte Schwellneigung am linken Knöchel lasse sich im Übrigen nicht objektivieren.

Am 22.11.2013 hat der Kläger dagegen beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und sein Begehren auf Gewährung von Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v.H. weiterverfolgt. Er hat die Einholung eines Gutachtens gemäß [§ 109 SGG](#) zur Durchführung einer Sauerstoffaktivitätsmessung mittels einer Perfusionsstudie beantragt. Diese weitere neurologische Begutachtung sein erforderlich, weil Prof. Dr. M. nicht alle Untersuchungsmethoden angewendet habe. Die in Rede stehende Untersuchung sei fester Bestandteil des Leistungsspektrums des Universitätsklinikums Erlangen, woraus entnommen werden könne, dass sie auch in seinem Fall Bedeutung habe; auch sei nicht nachvollziehbar, dass die Untersuchung gefährlich sein soll.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 16.10.2013 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 12.09.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07.08.2009 zu verurteilen, ihm Verletztenrente nach einer MdE um zumindest 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

II.

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers, über die der Senat nach Anhörung der Beteiligten im Rahmen des ihm zustehenden Ermessens gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss entscheidet, ist zulässig; die Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 12.09.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07.08.2009 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Dem Kläger steht wegen den Folgen des am 03.04.2002 erlittenen Arbeitsunfalls keine Verletztenrente zu.

Rechtsgrundlage für das Begehren des Klägers auf Gewährung von Verletztenrente ist [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) des Siebten Buches des

Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)).

Versicherungsfälle sind nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit).

Bei dem in Rede stehenden Ereignis vom 03.04.2002 handelte es sich um einen Arbeitsunfall in diesem Sinne. Dies ist zwischen den Beteiligten auch unstreitig. Die Beklagte ist in dem angefochtenen Bescheid vom 12.09.2008 auch selbst von einem Arbeitsunfall ausgegangen und hat als Unfallfolgen im Bereich des linken Beines eine geringe Bewegungseinschränkung im Bereich des Sprunggelenks, eine reizlose Narbenbildung über dem Innenknöchel nach einem knöchern fest verheilten Bruch des Innenknöchels sowie eine ohne wesentliche Folgen verheilte Gehirnerschütterung und Kopfplatzwunde anerkannt.

Streitig ist zwischen den Beteiligten jedoch, ob beim Kläger durch diesen Arbeitsunfall über die genannten und als Unfallfolgen anerkannten Gesundheitsstörungen hinaus weitere Gesundheitsstörungen aufgetreten sind - nach Auffassung des Klägers insbesondere Kopfschmerzen mit Lähmungserscheinungen sowie Kreuzschmerzen - und unter Berücksichtigung all dieser Unfallfolgen die Erwerbsfähigkeit des Klägers in einem rentenberechtigenden Ausmaß, mithin zumindest um 20 v.H., gemindert ist.

Dies ist indes nicht der Fall.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbe-gründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#) in SozR 2200 § 555a Nr. 1). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [a.a.O.](#)); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, [B 2 U 47/98 R](#) in [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#); Urteil vom 02.05.2001, [B 2 U 16/00 R](#) in [SozR 3-2200 § 551 Nr. 16](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, [2/9b RU 28/87](#) in SozR 2200 § 548 Nr. 91). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, [2 RU 31/90](#) in [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie allgemein im Sozialrecht für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 12.04.2005, [B 2 U 27/04 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#)). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Andernfalls ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine überwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenüber der konkurrierenden Ursache ist damit für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung.

Nach diesen Grundsätzen vermag der Senat insbesondere nicht festzustellen, dass die vom Kläger geltend gemachten weiteren Gesundheitsstörungen (Kopfschmerzen mit Lähmungserscheinungen sowie Kreuzschmerzen) Folge des in Rede stehenden Arbeitsunfalls sind.

Ebenso wie das SG geht auch der Senat davon aus, dass die vom Kläger beklagten Kreuzschmerzen nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem in Rede stehenden Unfall stehen. Insoweit fehlt es bereits an einem Primärschaden, der im weiteren Verlauf zu den vom Kläger beklagten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule geführt haben könnte. So erlitt der Kläger im Rahmen seines Arbeitsunfalls neben einer Gehirnerschütterung mit Kopfplatzwunde eine Innenknöchelfraktur links, jedoch keine Verletzungen im Bereich der Wirbelsäule. Dies ergibt sich insbesondere aus dem Durchgangsarztbericht des Dr. H. sowie dem Entlassungsbericht der E. Bad U., die über die oben genannten Diagnosen hinaus keine weiteren Gesundheitsstörungen auführen, insbesondere keine Beeinträchtigungen im Bereich des Rückens bzw. der Wirbelsäule. Auch den Nachschauberichten des Dr. S. sind keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass es durch den Unfall im Bereich des Rückens des Klägers zu Beeinträchtigungen gekommen sein könnte. Insbesondere enthalten diese auch keine Hinweise auf ein entsprechendes Beschwerdevorbringen des Klägers gegenüber den behandelnden Ärzten.

Aktenkundig wurden Wirbelsäulenbeschwerden des Klägers demgegenüber erstmals durch das an die Beklagte gerichtete Schreiben seines früheren Bevollmächtigten vom 16.02.2004, also nahezu zwei Jahre nach dem erlittenen Arbeitsunfall. Darin sind Symptome beschrieben,

die der Kläger - seinen Angaben zufolge - vor dem Unfall nicht gekannt habe und die er deshalb offensichtlich dem Unfall zuschrieb. Unter diesem rein zeitlichen Gesichtspunkt lässt sich ein Zusammenhang zwischen den aufgetretenen Beschwerden und dem am 03.04.2002 erlittenen Unfall jedoch nicht herstellen. Denn der ursächliche Zusammenhang im naturwissenschaftlichen Sinn kann nicht rein zeitlich begründet werden, sondern muss sachlich-inhaltlich nachvollziehbar sein. Dem entsprechend kann im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung auch nicht im Sinne eines Anscheinsbeweises aus dem Vorliegen einer bestimmten Einwirkung auf die berufliche Verursachung der Erkrankung geschlossen werden (BSG, Urteil vom 07.09.2004, [B 2 U 34/03 R](#)). Dabei ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang zwischen Unfallereignis und Unfallfolgen positiv festgestellt werden muss (BSG, Urteil vom 09.05.2006, [B 2 U 1/05 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)). Insbesondere gibt es auch keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache und einem rein zeitlichen Zusammenhang die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde (BSG, a.a.O.).

Soweit Dr. K. in seinem H-Arzt-Bericht vom 22.03.2004 im Zusammenhang mit der Schilderung des Unfallhergangs eine Wirbelsäulenverletzung dokumentierte, beruht dies ganz offensichtlich auf den eigenen Angaben des Klägers anlässlich seiner dortigen Vorstellung. Denn es ist nicht ersichtlich wodurch Dr. K., der vom Kläger am 22.03.2004 erstmals wegen (angeblicher) Unfallfolgen konsultiert wurde, sonst Kenntnis von einer dabei erlittenen Wirbelsäulenverletzung erlangt haben sollte. Hinweise auf den Versuch des Klägers, einen Zusammenhang zwischen den beklagten Wirbelsäulenbeschwerden und dem Unfall herzustellen, finden sich auch in dem Nachschaubericht des Dr. S. vom 23.03.2004, bei dem der Kläger sich am Folgetag vorstellte. Auch bei diesem klagte er über "immer noch bestehende Beschwerden" im Nacken und der unteren LWS und führte diese auf den zwei Jahre zurückliegenden Unfall zurück. Insoweit machte Dr. S. allerdings deutlich, dass in den ihm vorliegenden Patientenunterlagen entgegen der Behauptung des Klägers, er habe immer wieder auf diese Beschwerden hingewiesen, Entsprechendes gerade nicht dokumentiert ist.

Vor dem Hintergrund all dessen sieht der Senat nicht einmal hinreichende Anhaltspunkte dafür, dass beim Kläger tatsächlich in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall Wirbelsäulenbeschwerden aufgetreten sind. Schließlich hat der Kläger auch nach seiner Entlassung aus der berufsgenossenschaftlichen Behandlung im September 2002 wegen Wirbelsäulenbeschwerden keinen Orthopäden aufgesucht. Dies wäre jedoch - die Richtigkeit seiner Angaben unterstellt - bei fortlaufendem und trotz entsprechendem Vorbringen unbeachtet gebliebenem Beschwerdezustand zu erwarten gewesen. Vielmehr begab er sich erst zeitlich nach dem Schreiben seines damaligen Bevollmächtigten vom 16.02.2004, mit dem er seine "starken Kreuzschmerzen" beschrieb, und dem entsprechenden Antwortschreiben der Beklagten vom 04.03.2004, in dem diese einen Unfallzusammenhang nicht für nachvollziehbar erachtete, in fachorthopädische Behandlung, indem er am 22.03.2004 Dr. K. aufsuchte. Diesem berichtete er dann - wie bereits dargelegt - wahrheitswidrig, dass er bei dem Unfall eine Wirbelsäulenverletzung erlitten habe.

Auch die vom Kläger geklagten Kopfschmerzen lassen sich nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den in Rede stehenden Unfall zurückführen. Auch insoweit ist bereits nicht festzustellen, dass entsprechende Beschwerden in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit dem angeschuldigten Unfall auftraten. Auch diese Beschwerden machte der Kläger erstmals im Schreiben seines früheren Bevollmächtigten vom 16.02.2004, also ca. zwei Jahre nach dem Unfall, geltend, ohne sich zuvor wegen dieser Beeinträchtigungen in ärztliche Behandlung begeben zu haben. Klagen über Kopfschmerzen dokumentierte zwar der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie S. ausweislich seiner dem SG erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge, allerdings suchte der Kläger diesen Arzt nicht zeitnah zum dem Unfall auf, sondern erstmals im Juni 2004. Soweit er - so seine weiteren Ausführungen - wegen Auffälligkeiten bei der klinisch neurologischen Untersuchung eine Kernspintuntersuchung des Schädels veranlasste, weist der seinen Ausführungen beigefügte diesbezügliche Befund eine Untersuchung am 31.03.2008 aus, also sechs Jahre nach dem Unfall und damit gleichermaßen nicht zeitnah zu dem Unfall. Auch aus dem vom Kläger im Rahmen des im Frühjahr 2004 mit der Beklagten geführten Schriftwechsels vorgelegten Attestes des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. G. vom 07.04.2004, das zur Vorlage an seinen damaligen Bevollmächtigten bestimmt war, ergibt sich nichts anderes. Darin nimmt dieser Bezug auf dessen (allerdings nicht aufgeführte) Frage und führt in Bezug auf den in Rede stehenden Unfall aus, dass dieser vollständig von D-Ärzten zu versorgen sei und die "Schilderungen des Unfalls und der Krankenhausbericht vom 3.4.2002" durchaus auch zu den vom Kläger geschilderten Symptomen geführt haben könnten, wobei ihm auch nicht klar sei, warum von Seiten der Berufsgenossenschaft noch keine neurologische bzw. Röntgen(CT)-Untersuchung durchgeführt worden sei.

Darüber hinaus ist auch nicht festzustellen, dass das vom Kläger anlässlich des Unfalls erlittene Schädel-Hirn-Trauma zu zerebralen Schäden führte, die für die beklagte Symptomatik verantwortlich gemacht werden könnten. Insoweit ist darauf hinzuweisen, dass bereits die behandelnden Ärzte der E. auf Grund der klinischen Situation im Rahmen der zehntägigen stationären Behandlung diagnostisch von einer Commotio cerebri ausgingen, d.h. einer Gehirnerschütterung und mithin von einem Schädel-Hirn-Trauma 1. Grades, das nicht mit nachweisbaren Schäden der Hirnstrukturen verbunden ist. Die Richtigkeit dessen hat dann schließlich auch die von Dr. S. veranlasste neurologische Untersuchung durch Dr. N. bestätigt. Dieser beschrieb auf Grund seiner im April 2004 durchgeführten klinischen und computertomographischen Untersuchung nämlich einen unauffälligen Schädelbefund. Im Übrigen zeigte auch die gleichermaßen veranlasste Computertomographie der HWS - so die weiteren Ausführungen des Dr. N. - einen Normalbefund, weshalb die beklagten Kopfschmerzen auch nicht auf insoweit bestehende Auffälligkeiten zurückgeführt werden können. Auch die im März 2008 durchgeführte kernspintomographische Untersuchung des Gehirns zeigte keine Hinweise auf Folgen eines erlittenen Traumas. Soweit im Befund Marklagerläsionen im Bereich des Cerebrums (Großhirn) beschrieben sind, hat bereits der Radiologe Dr. B. in seiner dem SG erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge ausgeführt, dass diese nicht spezifisch für Unfallfolgen seien. Auch PD Dr. B. hat ausweislich seines Gutachtens die Auffassung vertreten, dass es sich hierbei nicht um Traumafolgen handle und den Befund am ehesten mikroangiopathisch, d.h. im Sinne einer Erkrankung der kleinsten Blutgefäße, gedeutet. In diesem Sinne hat sich schließlich auch der Sachverständige Prof. Dr. M. geäußert und die mikroangiopathische Genese insoweit sogar für "höchstwahrscheinlich" erachtet.

Eine anlässlich des in Rede stehenden Unfalls vom Kläger erlittene Hirnschädigung lässt sich damit nicht feststellen und somit auch keine hieraus resultierenden Folgen, wie die vom Kläger geltend gemachten Beeinträchtigungen in Form von Kopfschmerzen bis hin zu den beklagten Lähmungserscheinungen.

Nach alledem könnte der Kläger mit seinem Begehren auf Gewährung von Verletztenrente nur dann erfolgreich sein, wenn die Folgen der zweifellos anlässlich des Unfalls vom 03.04.2002 erlittenen linksseitigen Innenknöchelfraktur es rechtfertigen würden, die mDE mit zumindest 20v.H. zu bemessen. Dies ist indes nicht der Fall.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs 2 Satz 1 SGB VII). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2004, B 2 U 14/03 R in SozR 4-2700 § 56 Nr. 1): 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.

Unter Anwendung dieser Grundsätze rechtfertigen die beim Kläger verbliebenen Unfallfolgen im Bereich des rechten Fußes nicht die Bemessung mit einer MdE um 20 v.H. Eine MdE in diesem Ausmaß hat keiner der mit diesen Beeinträchtigungen befassten Ärzte angenommen, weder Dr. S. zum Zeitpunkt der Entlassung aus der ambulanten Behandlung im September 2002 (MdE unter 10 v.H.) bzw. im Februar 2004 im Anschluss an die erfolgte Metallentfernung (MdE unter 10 v.H.) noch Dr. K., in dessen Behandlung der Kläger im Jahr 2004 bis Mitte September stand (MdE 10 v.H.) und auch nicht PD Dr. T., der den Kläger wegen der in Rede stehende Unfallfolgen im Juni 2009 untersuchte (MdE 10 v.H.). Auch der Senat sieht den Kläger in Bezug auf die der Unfallfolgen im Bereich des linken Fußes nicht in einem rentenberechtigenden Ausmaß eingeschränkt. So wird nach der unfallmedizinischen Literatur (vgl. Schönberger, Mehrstens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8.Auflage, 2010, S. 678) erst eine Funktionseinschränkung durch eine Versteifung des oberen Sprunggelenks im Winkel von 90 bis 100 Grad zum Unterschenkel mit einer MdE um 20 v.H. bemessen. Eine Einschränkung in diesem Ausmaß bedingen die Unfallfolgen des Klägers mit der von Dr. T. ermittelten Beweglichkeit für die Flexion und Extension von 10/0/30 bzw. 20/0/30 gerade nicht. Auch unter Berücksichtigung der von dem Sachverständigen Prof. Dr. M. über die von der Beklagten anerkannten orthopädischen Unfallfolgen hinaus von neurologischer Seite beschriebene Hypästhesie am linken Fußrücken, die er auf die Innenknöchelfraktur oder die deshalb erforderliche operative Versorgung zurückführte, ergibt sich nichts anderes. Denn diese bedingt für sich betrachtet keine messbare MdE und rechtfertigt damit auch keine Erhöhung der MdE von orthopädischer Seite. Schließlich hat der Kläger auch selbst zu keinem Zeitpunkt geltend gemacht, dass allein schon mit den Unfallfolgen im Bereich des linken Fußes eine rentenberechtigende MdE erreicht wird. Vielmehr hat er die geltend gemachte Verletztenrente stets damit begründet, dass er über die anerkannten Unfallfolgen hinaus unfallbedingt auch an Rücken- und Kopfschmerzen leide und ihm deshalb Verletztenrente zustehe

Soweit der Kläger im Berufungsverfahren beantragt hat, ein Gutachten gemäß § 109 SGG bei Prof. Dr. Dörfler, Universitätsklinikum Erlangen, einzuholen, lehnt der Senat diesen Antrag ab.

Nach § 109 Abs. 1 Satz 1 SGG muss auf Antrag des Versicherten, des Behinderten, des Versorgungsberechtigten oder Hinterbliebenen zwar ein bestimmter Arzt gutachtlich gehört werden. Einer wiederholten Antragstellung muss jedoch nur gefolgt werden, wenn besondere Umstände dies rechtfertigen. Ein besonderer Umstand kann darin liegen, dass es sich bei den Ärzten jeweils um Spezialisten handelt, wobei jeder für sein Sachgebiet Stellung nehmen soll. Sind für einzelne Gesundheitsstörungen mehrere Facharztgruppen zuständig, kann aber nicht pauschal vorgebracht werden, ein Vertreter der jeweils anderen Facharztgruppen verfüge über eine größere Sachkunde, vielmehr muss im Einzelfall dargetan werden, warum der neue Gutachter in dem konkreten Fall zusätzliche entscheidende Erkenntnisse vorbringen kann. Jedenfalls bei verwandten Fachrichtungen ist in der Regel kein Grund für ein weiteres Gutachten gegeben (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl. 2005, § 109 Rdnr. 10b).

So liegt der Fall hier. Denn es ist nicht ersichtlich, welche weiteren entscheidenden Erkenntnisse das beantragte weitere Gutachten gemäß § 109 SGG - bereits die Gutachten des PD Dr. B. und des Prof. Dr. M. sind auf Antrag des Klägers eingeholt worden - erbringen soll. Insoweit hat der Kläger ausgeführt, dass der Sachverständige Prof. Dr. M. nicht alle Untersuchungsmethoden angewendet habe, um die erheblichen Beweisfragen zu klären und dabei gerade die von ihm gewünschte bzw. schon seinerzeit geforderte "Sauerstoffaktivitätsmessung mittels einer Perfusionsstudie" und eine "Gehirnwasseruntersuchung" abgelehnt hat. Insoweit hat jedoch bereits das SG darauf hingewiesen, dass auch im Rahmen eines Gutachtens gemäß § 109 SGG kein Anspruch auf Durchführung ganz konkret gewünschter Untersuchungen besteht, der Sachverständige vielmehr im Rahmen seines Auftrags die erforderlichen Untersuchungen in eigener Verantwortung veranlasst. Im Hinblick auf die vom Kläger begehrten Untersuchungen hat Prof. Dr. M. eine Aussagekraft für die vorliegend zu beantwortende Fragestellung aber gerade verneint und darauf hingewiesen, dass die entsprechenden Untersuchungen dem Kläger lediglich körperlich schaden könnten. Darüber hinaus hat er sogar geraten, auch zukünftig von der Durchführung solcher Untersuchungen zur Klärung von Traumafolgen abzusehen, um eine zweifellos vorhandene Somatisierungstendenz des Klägers nicht noch zu verstärken. Der Senat sieht keine Anhaltspunkte dafür, dass trotz der entgegenstehenden Aussage des Sachverständigen Prof. Dr. M. die vom Kläger gewünschten Untersuchungen maßgeblich zur Beantwortung der Frage beitragen können, ob die am 03.04.2002 erlittene Gehirnerschütterung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die vom Kläger beklagten Kopfschmerzen verursacht hat. Auch der Kläger selbst hat nicht nachvollziehbar begründet, worauf er seine gegenteilige Auffassung stützt. Soweit er meint, dies daraus herleiten zu können, dass die "Sauerstoffaktivitätsmessung mittels einer Perfusionsstudie" fester Bestandteil des Leistungsspektrums des Universitätsklinikums Erlangen ist, ist dies schon deshalb nicht schlüssig, weil zweifellos nicht davon auszugehen ist, dass sämtliche dort angebotenen Untersuchungsmethoden auch im Einzelfall des Klägers geeignet sind, zielführende Erkenntnisse zu erbringen. Gleichermaßen kann daraus nicht schlüssig abgeleitet werden, dass dem Kläger - entgegen der Darstellung des Prof. Dr. M. - mit dieser Untersuchungsmethode ein Schaden gerade nicht zugefügt werden kann. Auch der Hinweis auf die dem SG erteilte Auskunft des Neurologen und Psychiaters S., wonach die Kopfschmerzen des Klägers vielfältige Ursachen haben könnten, hilft in diesem Zusammenhang nicht weiter. Denn auch hieraus lässt sich die Erforderlichkeit der gewünschten Untersuchung nicht ableiten. Im Hinblick auf diese und seine weiteren Ausführungen, wonach ein Zusammenhang mit dem Unfall möglich und sogar wahrscheinlich sei, hat im Übrigen bereits das SG zutreffend darauf hingewiesen, dass diese Aussage nicht mehr als eine Spekulation darstellt. Denn wenn der Neurologe und Psychiater S. gleichzeitig bekundet, dass die Kopfschmerzen vielfältige Ursachen haben können, lässt sich ein Unfallzusammenhang - zumal ohne nähere Begründung - gerade nicht

wahrscheinlich machen, vielmehr erscheint ein solcher allenfalls möglich. Die Einholung eines weiteren Gutachtens gemäß [§ 109 SGG](#) erweist sich danach nicht als erforderlich.

Nach alledem kann auch die Berufung des Klägers keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Für die Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-03-30