

L 10 U 4459/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10.
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 3042/16
Datum
08.08.2018
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 4459/18
Datum
15.11.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 08.08.2018 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist die Weitergewährung von Verletztengeld über den 03.06.2013 hinaus und nach dessen Ende die Gewährung von Verletztenrente streitig und in diesem Zusammenhang die Frage, ob ein diagnostizierter Schaden der Peroneussehne links und eine pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit) am linken Fuß/Bein Unfallfolgen sind.

Die im Oktober 1967 geborene Klägerin war zur Zeit des - von der Beklagten anerkannten - Arbeitsunfalls am 15.04.2013 als Reinigungskraft bei der EGmbH versicherungspflichtig beschäftigt, als sie während der Ausübung ihrer Tätigkeit auf dem Werksgelände von hinten von einem Gabelstapler angefahren wurde, der mit einer Gitterbox beladen war. Dabei löste sich von dieser eine Metallklappe (ca. 40 bis 50 kg schwer) und prallte hinten an ihre linke Wade/ihren linken Unterschenkel an. Die Klägerin arbeitete zunächst weiter, stellte sich aber am Abend wegen Schmerzen beim Laufen dem K, N-Kliniken in M, vor. Dieser diagnostizierte eine Prellung des linken Unterschenkels und erhob folgenden Befund: 15 x 10 cm großes Hämatom dorsal an der linken Wade, intakte Hautverhältnisse, Wade weich, kein Anhalt für Kompartement-Syndrom, Durchblutung, Motorik und Sensibilität (DMS) intakt, volle Kraft der Fußsenker, Achillessehne ohne pathologischen Befund, kräftig tastbar. Die Röntgenuntersuchung des Unterschenkels mit Knie- und Sprunggelenk ergab keinen Hinweis auf eine knöcherne Verletzung. Arbeitsunfähigkeit wurde bis zum 21.04.2013 bescheinigt und die Klägerin mit einem Kompressionsverband, Schmerzmitteln und Gehstützen versorgt.

Bei fortbestehenden Beschwerden stellte sich die Klägerin am 02.05.2013 im S-Klinikum A, B, vor. Die Ärzte befundeten ein Hämatom (ca. 10 x 25 cm) und keinen Druckschmerz im Bereich der linken Wade, keine Rötung, keine Schwellung, einen mäßigen Druckschmerz über dem Innenknöchel, keinen Druckschmerz über dem Malleolus lateralis und über dem distalen oder proximalen Unterschenkel.

Am 03.05.2013 war die Klägerin im S-Klinikum M1 vorstellig, wo sie einen Druckschmerz über dem linken Unterschenkel lateral angab und sich eine oberflächige Hämatomschwellung ohne Entzündungszeichen und eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit im linken oberen Sprunggelenk (OSG) und im Mittelfuß bei stabiler Bandführung zeigte. Die Ärzte diagnostizierten eine Unterschenkelprellung mit subkutanem Hämatom. Bei der dortigen Vorstellung am 07.05.2013 zeigte sich eine leichte Druckdolenz über dem Außenknöchel und im Bereich des gesamten Kniegelenkes ohne Kniegelenkserguss und bei stabiler Bandführung. Die Ärzte bescheinigten Arbeitsunfähigkeit bis 22.05.2013.

Am 10.05.2013 wurde die Klägerin von dem S1 untersucht, bei dem die Klägerin Missempfindungen am linken Unterschenkel lateral angab und der eine Hämatomschwellung bis zum lateralen Fußrand reichend, eine noch bestehende Schwellung am linken OSG ventral und lateral, eine dorsale Extension bis 10° und Plantarflexion bis 30° bei freier Pro- und Supination sowie eine palpatorisch durchgehend intakte Achillessehne befundete. Die Sonographieuntersuchung der linken Wade zeigte eine gering umschriebene Hämatombildung der distalen lateralen Wade.

Eine am 21.05.2013 im Radiologischen Zentrum E1 durchgeführte MRT-Untersuchung der linken unteren Extremität zeigte nach Auswertung des Radiologen ein leichtes Kontusionsödem der lateralen Muskulatur des subkutanen Fettgewebes bei Ausschluss einer knöchernen Läsion.

Weitere Untersuchungen erfolgten am 23.05.2013 (G, N-Kliniken M: bei wiederholter Untersuchung kein Druckschmerz reproduzierbar, freie Beweglichkeit im Sprunggelenk, Zehenspitzenang frei; leichtes Schonhinken, das allerdings nicht reproduzierbar war; Abschluss der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung mit dem 27.05.2013; Arbeitsunfähigkeit bis 27.05.2013) und am 27.05.2013 (V: deutlich linksseitiges Schonhinken, Druckschmerz über der Tibialis anterior-Loge und in der Wadenmuskulatur, Wade selbst weich, Druckschmerz am Fibulaköpfchen und über der Tibia selbst, keine sicheren neurologischen Ausfallerscheinungen, OSG frei beweglich). V bescheinigte Arbeitsfähigkeit ab 03.06.2013.

Am 18.06.2013 erfolgte - unfallunabhängig - eine Arthroskopie des linken Hüftgelenks wegen Verschleißerscheinungen (Coxarthrose) und damit verbundenem hochgradigen Innenrotationsschmerz im S-Klinikum M1 (S2). Bei der dortigen Kontrolluntersuchung am 19.08.2013 zeigte sich die Klägerin mit dem Ergebnis zufrieden, gab jedoch an, weiter unter den Beschwerden am linken Unterschenkel zu leiden. S2 befandete eine freie Beweglichkeit des linken OSG, normale Weichteile im Unterschenkel ohne Rötung oder Entzündungszeichen und vermerkte in seinem Bericht „diffuse Beschwerdeangaben bei Belastung, mehr dorsalseitig“. Vom 10.06.2013 bis 02.08.2013 bescheinigte der G1 Arbeitsunfähigkeit wegen Coxarthrose.

Die Klägerin war am 18.09.2013 wegen Schmerzhaftigkeit insbesondere im Bereich des linken OSG in der B1 Unfallklinik in L (BGU) vorstellig. Die Ärzte befundeten ein freies Gangbild ohne Hinken, eine intakte DMS, eine freie Beweglichkeit des linken OSG und unteren Sprunggelenkes (USG) sowie reizlose Weichteile. Die Klägerin gab einen deutlichen Druckschmerz im Bereich des Außenknöchels lateralseitig sowie antero lateral an.

Bei der weiteren dortigen Vorstellung am 27.09.2013 gab die Klägerin persistierende Schmerzen und ein Belastungsdefizit am linken Sprunggelenk mit Ausstrahlung in den Unterschenkel an. Die Beweglichkeit des linken OSG zeigte sich frei, ein Druckschmerz wurde nicht angegeben. Die dort am selben Tag durchgeführte MRT-Untersuchung des linken OSG zeigte nach Auswertung der Ärzte der BGU kein Frakturödem, keinen Verhalt in den Weichteilen, eine regelrechte Stellung der Gelenke, ein intaktes Deltaband, einen intakten Außenbandapparat und intakte Syndesmosenbänder. Es zeigte sich keine Sehnenverletzung, Reizung oder Dislokation. Nach den Ausführungen der Ärzte der BGU seien Unfallfolgen nicht objektivierbar. Sie empfahlen den Abschluss des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigendem Ausmaß sei nicht verblieben.

Eine am 09.05.2014 durchgeführte MRT des Sprunggelenkes zeigte nach Auswertung des Radiologen (Radiologisches Zentrum E1) einen residuellen ossären Reizzustand der distalen Tibia und im subkutanen Weichteilgewebe ventral betont sowie eine kleine subchondrale Läsion an der dorsomedialen Talusschulter links, „vereinbar mit einer Osteochondrosis dissecans“.

Der Klägerin wurde vom 16.05.2014 bis 23.06.2014 von B1 Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wegen einer Osteochondrosis dissecans, nicht näher bezeichnete Fraktur und Prellung.

Bei einer am 20.05.2014 erfolgten Vorstellung in der BGU (Befund: frei bewegliches linkes Sprunggelenk, kein Druckschmerz im Bereich des Sprunggelenkes und distalen Unterschenkels, kein Bewegungsschmerz) sahen die Ärzte nach Auswertung der MRT-Aufnahmen („Allenfalls minimale Befunde, die kein Korrelat zu den beschriebenen Schmerzen aufweisen.“) keinen Zusammenhang zwischen den Befunden, vorgetragenen Schmerzen und dem Unfallereignis. Sie empfahlen die Vorstellung bei einem Schmerztherapeuten zur Einleitung einer multimodalen Schmerztherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse (GKV). In der tags darauf erfolgten Vorstellung bei G und R, N-Kliniken M (Befund: freies und flüssiges Gangbild ohne Hinken, keine Differenz in der Weichteilbemantelung beider Beine, Zehenspitzenang und Hackenstand problemlos möglich), schlossen sich die Ärzte der Einschätzung der Ärzte der BGU an. Eventuell solle eine psychosomatische Mitbehandlung zu Lasten der GKV erfolgen.

Bei einer am 04.06.2014 erfolgten Vorstellung bei S2 zeigte sich ein unauffälliger klinischer Befund des linken Sprunggelenks, die Einleitung einer Schmerztherapie wurde empfohlen. Er diagnostizierte einen Reizzustand der distalen Tibia und ging davon aus, dass „doch ein eindeutiger Zusammenhang mit der schweren Prellung aus dem Jahre 2013“ bestünde.

Eine am 15.07.2014 von dem P, M, durchgeführte MRT-Untersuchung des linken OSG zeigte nach dessen Auswertung einen plantaren Fersensporn mit geringem Knochenmarksödem sowie Signalanhebungen der ansetzenden Plantaraponeurose, diskrete Arthrosen an den Gelenkflächen des OSG und des Subtalargelenkes sowie des Talonavikulargelenkes, keinen Gelenkerguss, keinen Hinweis auf ligamentäre Verletzungen sowie eine im Außenknöchel vertikal verlaufende Linie, die leicht gekrümmt ist, ohne signifikantes Knochenödem. Die in der MRT zuvor dargestellten geringen ödematösen Knochenmarksveränderungen in der Außenknöchelspitze und den umgebenden Weichteilen waren vollständig zurückgebildet.

Am 18.07.2014 stellte sich die Klägerin in der V1 Klinik, B2, vor (Befund: freie Beweglichkeit Sprunggelenk, keine Bandinstabilitäten, keine Weichteilschwellung, keine Hämatomverfärbung, Druckschmerz lateralseitig am linken Unterschenkel, DMS intakt), in der die Ärzte erklärten, dass es zu den von der Klägerin beschriebenen Beschwerden im linken Unterschenkel kein morphologisches Korrelat gebe.

Am 04.09.2014 wurde die Klägerin in der U Klinik H, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, vorstellig (Befund: im Bereich des Unterschenkels komplett reizlose Weichteilverhältnisse, kein Druckschmerz über dem Sprunggelenk, regelrechte freie Beweglichkeit). Die dortigen Ärzte sahen keinen anatomischen Grund für die Beschwerdesymptomatik.

Eine am 12.09.2014 im Radiologischen Zentrum E1 durchgeführte MRT-Untersuchung des linken Sprunggelenkes zeigte nach Auswertung des Radiologen „weiterhin“ eine geringe subchondrale Läsion im Bereich der dorsomedialen Talusschulter links im Verlauf ohne wesentliche Befundänderung im Rahmen einer Osteochondrosis dissecans, „bei Zustand nach Außenbandpartialruptur“ weiterhin geringer Reizzustand im Weichteilgewebe um den lateralen Malleolus und geringer Gelenkerguss im OSG, im Bereich der distalen Fibula geringe ossäre Reizung, differentialdiagnostisch bone bruise.

C und B3, V1 Klinik, werteten die MRT-Untersuchung vom September 2014 aus und sahen im Bereich des medialen Talus nur eine minimale osteochondrale Läsion, die jedoch nicht nachvollziehbar sei. Sie gingen vielmehr von einer Auffaserung der Peroneus brevis-Sehne links im Sinne eines Tendon Split-Syndroms mit Längsruptur dieser Sehne aus, weshalb eine operative Indikation gesehen wurde. Bei der dort am 15.10.2014 erfolgten stationären Aufnahme zeigte sich am linken Außenknöchel dorsalseitig eine diskrete Schwellung bei einer auslösbaren deutlichen Druckdolenz im Bereich der Peronealsehnenloge und freier Beweglichkeit im linken OSG sowie deutliche Beschwerden beim Ski-

Hock-Test im Bereich der Peronealsehnen ohne Luxationstendenz und fehlende Instabilitätszeichen. Am selben Tag führte B3 eine operative Tenolyse und Naht der Peroneus-Sehne links durch. Laut OP-Bericht bestätigte sich der Längsriss der Peroneus brevis-Sehne dorsalseitig. Zusätzlich zeigten sich im Bereich des Sehnenfaches deutlich synovitisch bzw. tendovaginitisch entzündliche Veränderungen. Die Peroneus longus-Sehne zeigte sich unauffällig, das Sehngleitgewebe war entzündlich verändert. Am 18.10.2014 wurde die Klägerin aus der stationären Behandlung entlassen.

Am 09.03.2015 erfolgte auf Grund seitens der Klägerin angegebenem, seit drei Monaten bestehendem Kältegefühl im Bereich des linken Fußes eine gefäßchirurgische Abklärung mittels MR-Angiographie im S-Klinikum A, bei der ein Gefäßverschluss, insbesondere eine pAVK als Ursache ausgeschlossen wurde (vgl. Berichte vom 02.03.2015, 10.03.2015, 17.04.2015 und erneut vom 22.06.2016). Die Untersuchung zeigte eine freie Durchgängigkeit sämtlicher Gefäße und eine unauffällige Darstellung des ventralen und dorsalen Fußbogens. Es fanden sich keine trophischen Störungen und eine intakte Motorik und Sensibilität.

Eine neurologische Untersuchung durch den G2 Ende März 2015 ergab bei geklagten Kältegefühlen am linken Unterschenkel einen unauffälligen Befund.

Nachdem die Krankenkasse der Klägerin die Erstattung der in diesem Zusammenhang entstandenen Kosten durch die Beklagte begehrte, holte die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme des K1, Unfallchirurgie BGU, ein, der nach Auswertung der MRT-Aufnahmen vom 21.05.2013, 27.09.2013, 09.05.2014 und 12.09.2014 einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und den Beschwerden nicht sah und ausführte, dass die Längsspaltung der Peronealsehne und der Reizzustand in der Sehnnenscheide selbst ein typisch degeneratives Geschehen sei.

Mit Bescheid vom 07.05.2015 lehnte die Beklagte u.a. die Gewährung einer Verletztenrente und Verletztengeld über den 02.06.2013 hinaus wegen der Folgen des Arbeitsunfalls ab. Zur Begründung führte sie aus, dass der Arbeitsunfall zu einer Prellung des linken Unterschenkels geführt habe, die verheilt sei. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit wegen dieser Unfallfolge habe nur bis 02.06.2013 bestanden. Die darüber hinaus noch bestehenden Beschwerden seien nicht durch den Arbeitsunfall entstanden, sondern beruhten auf einer verschleißbedingten Längsspaltung der Peronealsehne. Auf diese sei die weitere Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen.

Ihren am 25.06.2015 eingelegten Widerspruch begründete die Klägerin mit der Vorlage des Gutachtens des M2 vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg vom 17.06.2015, wonach die Beschwerden mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall zurückzuführen seien.

Die Beklagte holte das Gutachten des K2, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie K3hospital S3, ein, der nach Untersuchung der Klägerin am 18.02.2016 einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Längsspaltung der Peronealsehne verneinte. Unfallfolge sei lediglich eine Prellung des Unterschenkels und des OSG links gewesen. Eine Längsspaltung der Peronealsehne sei in den initial durchgeführten MRT-Bildern nicht nachgewiesen. Behandlungsbedürftigkeit habe bis zum 02.06.2013 bestanden, Arbeitsunfähigkeit auf Grund des Unfalls bis zum 27.05.2013. Seitdem bestünde unfallbedingt keine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens mehr. Die aktuell angegebenen Beschwerden (Schmerzen im Bereich der OP-Narbe am Außenknöchel, vor allem bei Fußdrehung nach innen; permanentes Steifigkeitsgefühl im ventralen Sprunggelenk, rezidivierendes Druck- und Brenngefühl unterhalb vom Innenknöchel und der Wade links, Kältegefühl vor allem am Fußrücken und Außenknöchelbereich, zum Teil Krämpfe in den Zehen, ab und zu Druckschmerzen am Oberschenkel ventral, bewegungsabhängige Schmerzen linke Hüfte, Schmerzen linkes Bein nach ca. 100 m laufen) seien auf Grund der Peronealsehnen-OP vorhanden und stünden nicht im Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen. Die Längsspaltung der Peronealsehne sei degenerativer Natur. Die Beweglichkeit des OSG und USG zeigte sich frei. Am linken Unterschenkel zeigte sich im Seitenvergleich eine minimale Umfangsminderung.

Hierauf gestützt wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 19.09.2016 zurück.

Am 11.10.2016 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben, mit dem Begehren, die Beklagte zu verurteilen, das Tendon Split-Syndrom mit Längsruptur der Peroneus brevis-Sehne links als Unfallfolge anzuerkennen und Verletztengeld über den 02.06.2013 hinaus sowie im Anschluss daran Verletztenrente zu gewähren. Zur Begründung hat sie eine Stellungnahme des V vorgelegt.

Das SG hat nach Beiziehung der bildgebenden Befunde von Amts wegen das Gutachten nach Aktenlage des P1 eingeholt. Dieser ist zu dem Ergebnis gelangt, dass der Arbeitsunfall zu keiner Verletzung der - seitlich hinter dem Außenknöchel verlaufenden und für die Fußsenkung sowie Fußaußenrandhebung und Abduktion zuständigen - Peronealsehnen des linken Fußes geführt habe. Hierfür sprächen die zeitnah zum Unfall erhobenen klinischen und radiologischen Befunde. Gegen eine unfallbedingte Läsion der Peroneusehne spreche, dass am Unfalltag eine volle Kraft der Fußsenker und ein unauffälliger Tastbefund über der Achillessehne dokumentiert sei. Hinzu komme, dass im Mai 2013 ein Druckschmerz nicht über dem Außen-, sondern über dem Innenknöchel angegeben und eine unauffällige Pro- und Supination dokumentiert worden sei und dass bei uneingeschränktem Zehenspitzenangabe ein schmerzfreies Anheben des Fußaußenrandes dokumentiert sei. In der Folge seien unfallnah mehrere MRT-Untersuchungen durchgeführt worden, die keine Hinweise für eine relevante Verletzung/Zusammenhangstrennung der im Bereich des linken Sprunggelenkes gelegenen weichteiligen und knöchernen Strukturen gegeben hätten. Erstmals in der MRT vom 12.09.2014 - 17 Monate nach dem Unfallereignis - hätten sich geringe Reizerscheinungen mit leichter Konturruhe der Peroneusehne gezeigt. Im Hinblick auf die unfallnah erhobenen Befunde sei ein Zusammenhang mit der intraoperativ beschriebenen Längsruptur der Peroneus brevis-Sehne mit dem Unfall vom 15.04.2013 nicht wahrscheinlich zu machen. Eine Zusammenhangstrennung anatomischer Strukturen (Muskeln, Sehnen, Bänder) sei ebenso wie knöcherne Verletzungen durch mehrfache röntgenologische und insbesondere kernspintomographische Untersuchungen ausgeschlossen worden. Unfallfolge sei eine schwere Prellung des linken Unterschenkels gewesen. Eine solche heile nach sechs Wochen aus. Nach diesem Zeitpunkt sei keine MdE verblieben. Von einer Ausheilung sei somit zum 02.06.2013 auszugehen. Über diesen Zeitpunkt hinaus habe keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bestanden.

Das SG hat mit Urteil vom 08.08.2018 die Klage abgewiesen und ausgeführt, dass der Arbeitsunfall zu einer Prellung der linken Wade und des linken OSG geführt hat, die spätestens ab dem 03.06.2013 ausgeheilt gewesen seien. Daher bestehe ab diesem Zeitpunkt kein Anspruch auf Verletztengeld und auch kein Anspruch auf Verletztenrente. Die danach vorhandenen Beschwerden des linken Beines bestünden unfallunabhängig. Zur Begründung hat das SG, gestützt auf das Gutachten des P1, ausgeführt, dass die zeitnah zum Unfall dokumentierten klinischen Befunde und jene der MRT-Untersuchungen vom 21.05.2013, 27.09.2013 und 09.05.2014 eine Schädigung der Peroneusehne gerade ausschlossen und ein Anhalt für deren Schädigung erstmals in der MRT-Aufnahme vom 12.09.2014 bestanden habe

und daher bereits kein naturwissenschaftlicher Zusammenhang zwischen der Schädigung der Sehne und dem Unfallereignis bestehe. Weiter hat es dargelegt, dass und warum es der Kritik von V und der Einschätzung des MDK-Gutachtens von M2 nicht folgt.

Die Klägerin hat am 05.12.2018 - gegen das ihrer damaligen Prozessbevollmächtigten am 05.11.2018 zugestellte - Urteil Berufung zum SG eingelegt. Zur Begründung hat sie im Wesentlichen zunächst vorgetragen, es sei bislang verkannt worden, dass nicht die Verletzung der operierten Peroneusehne Ursache ihrer - nach wie vor bestehenden - Beschwerden im linken Bein sei, sondern eine bereits im Jahr 2013 in den S-Kliniken festgestellte posttraumatische, unfallbedingte Durchblutungsstörung im linken Bein. Hierzu hat sie einen Entlassungsbericht der K4, V1 Klinik, vom 31.03.2019 über ihre stationäre Behandlung vom 20. bis 31.03.2019 (Diagnosen: CRPS Fuß links bei Z.n. Unfallereignis 2013, unklare posttraumatische Durchblutungsstörung im Sinne einer traumatischen pAVK linker Unterschenkel, Z.n. Peronealsehnen-Naht links 2014, Z.n. Arthroskopie linkes OSG und Ausräumung des Sinus tarsi 08/2017 bei Sinus tarsi-Syndrom und Zyste im linken OSG; Gelenkfunktionsstörung im Sinne einer Hypomobilität OSG/USG und Tibiofibulargelenke; chronisch rezidivierende, therapieresistente Lumbalgie bei initialer lumbosakraler Chondrose, initialer Spondylarthrose L4 bis S1; rezidivierende Hüftgelenksbeschwerden links; chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren; chronische Migräne; Morbus Meulengracht; v.a. funktionellen Vasospasmus linkes Bein; Z.n. Ausschluss eines Gefäßverschlusses im Bereich des linken Beines und Fußes; Z.n. Nikotinabusus bis 2013) sowie den Arztbrief des S4 (V1 Klinik) vom 30.07.2019 vorgelegt. Ihre Beschwerden - so die Klägerin - seien nicht mit einer Verletzung der Peroneusehne bzw. deren postoperativem Zustand, sondern mit einer Durchblutungsstörung in Einklang zu bringen. Daher sei ein gefäßchirurgisches Gutachten einzuholen. Folge dieser sei auch die chronische Schmerzstörung und daher auch sie auf den Unfall zurückzuführen. Im weiteren Verlauf hat die Klägerin vorgetragen, dass aus der Art und Weise des Risses der Peroneusehne - in Längsrichtung - nach Auffassung der behandelnden Ärzte zu schließen sei, dass sie im Rahmen des Unfallereignisses aufgetreten sei. Darüber hinaus gebe es Hinweise auf eine psychische Fehlverarbeitung des Unfallereignisses, weshalb auch ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten sowie ein Schmerzgutachten einzuholen sei.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 08.08.2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr unter Abänderung des Bescheides vom 07.05.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.09.2016 Verletztengeld über den 02.06.2013 hinaus und im Anschluss daran Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat auf Antrag der Klägerin nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten des A1, Leitender Oberarzt Fuß- und Sprunggelenk der V1 Klinik, eingeholt, der nach Untersuchung der Klägerin am 14.01.2020 und Auswertung der bildgebenden Befunde ausgeführt hat, dass er - in Übereinstimmung mit den Vorgutachtern - in den ersten MRT-Aufnahmen nach dem Unfall keine Verletzung der Peronealsehnen sehe. Bei der Klägerin liege eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren der linken unteren Extremität sowie ein funktioneller Vasospasmus der linken unteren Extremität vor. Es liege keine funktionelle Gesundheitsstörung im Bereich des linken Fuß- und Sprunggelenkes vor. Das Unfallereignis sei nicht die Ursache dieser Gesundheitsstörungen. Die Klägerin habe am Unfalltag ein laterales Anpralltrauma - was auch die Kontusion in der MRT vom 21.05.2013 deutlich zeige - erlitten, das möglicherweise zu einer Überdehnung des Innenknöchels geführt haben könne. Grundsätzlich sei ein traumatischer Peronealsehnen-Split möglich, jedoch nur wenn es zu einem Supinationstrauma des OSG gekommen sei. Ein solches sei indes bei dem Anpralltrauma der Wade von lateral nicht erfolgt. Im weiteren Verlauf habe auch durch die gefäßchirurgischen Untersuchungen eine Gefäßverletzung ausgeschlossen werden können. Bei der Klägerin liege unfallbedingt ein ausgeheiltes Anpralltrauma des linken Unterschenkels vor. Eine Änderung der von der Beklagten nur bis 02.06.2013 anerkannten Arbeitsunfähigkeit ergebe sich nicht. Eine MdE liege nicht vor.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet.

Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid vom 07.05.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.09.2016, mit dem die Beklagte u.a. die Gewährung von Verletztengeld über den 02.06.2013 hinaus sowie die Gewährung von Verletztenrente ablehnte.

Das SG hat die zulässige kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#)) - an der erstinstanzlich noch begehrten Feststellung (vgl. [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#)) hat die Klägerin im Berufungsverfahren nicht mehr festgehalten (vgl. Bl. 72a Senats-Akte) - zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 07.05.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.09.2016 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Anspruchs auf Verletztengeld ist [§ 45 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach wird - soweit hier von Interesse - Verletztengeld erbracht, wenn der Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig ist (unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit) und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen hatte.

Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit erfordert zum einen das Vorliegen eines Gesundheitsschadens sowie eines hierfür ursächlichen Unfallereignisses und zum anderen einen Kausalzusammenhang zwischen der durch den Unfall verursachten Gesundheitsstörung und einer eingetretenen Arbeitsunfähigkeit.

Dabei setzt die Kausalität nach der im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung wie allgemein im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum nachfolgenden: BSG, Urteil vom 12.04.2005, [B 2 U 27/04 R](#), zitiert - wie alle nachfolgenden höchstrichterlichen Entscheidungen - nach juris) 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 an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinne), 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.

Während die anspruchsbegründenden Tatsachen, u. a. die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein müssen, also bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen erforderlich ist, genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#)). 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](#); Urteil vom 02.05.2001, [B 2 U 16/00 R](#)). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies 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](#)).

Ausgehend von diesen Grundsätzen, besteht seit dem 03.06.2013 keine Arbeitsunfähigkeit wegen unfallbedingter Verletzungen.

Zum einen bescheinigte bereits der die Klägerin wegen der Beschwerden am linken Unterschenkel und Sprunggelenk behandelnde Arzt V Arbeitsfähigkeit ab 03.06.2013.

Zum anderen sind die Beschwerden (Schmerzen, Bewegungsstörungen, Kältegefühl) am linken Unterschenkel und Sprunggelenk, die die Klägerin über den 02.06.2013 hinaus geltend macht, nicht durch den Arbeitsunfall ([§ 8 Abs. 1 SGB VII](#)) verursacht. Denn traumatische Veränderungen von anatomischen Strukturen (Knochen, Muskeln, Sehnen, Bänder) des linken Unterschenkels und Sprunggelenks, die diese Beschwerden erklären könnten, wurden zeitnah zum Unfallereignis gerade durch die umfangreich und von verschiedenen Ärzten durchgeführten klinischen und radiologischen Untersuchungen (klinischer Erstbefund und Röntgen vom Unfalltag, Sonographie vom 10.05.2013, MRT vom 21.05.2013) ausgeschlossen. Nachgewiesen wurde lediglich ein Hämatom (Pschyrembel, 268. Auflage, S. 660: Ansammlung von Blut im Gewebe) an der linken Wade/dem linken Unterschenkel, das sich in der MRT vom 21.05.2013 in Form eines leichten Kontusionsödems - und entgegen den Ausführungen der Klägerin nicht in Form eines Knochenmarködems; ein solches wurde erstmals in der MRT vom 15.07.2014 erwähnt - der lateralen Muskulatur des subkutanen - also unter der Haut befindenden - Fettgewebes zeigte und auf Grund dessen sowohl K als auch die nachfolgend bis Juni 2013 behandelnden Ärzte (lediglich) eine Prellung des linken Unterschenkels diagnostizierten. Diese allein ist Folge des Arbeitsunfalls.

Auch in der wegen fortbestehender Schmerzhaftigkeit vor allem des linken OSG durchgeführten MRT-Untersuchung im September 2013 - 5 Monate nach dem Unfall - zeigte sich sowohl nach Auswertung der Ärzte der BGU als auch des gerichtlichen Sachverständigen P1 keine Verletzung von Knochen, Sehnen und Bändern. Die Sehnen und Strukturen der Bandapparate medial und lateral kamen - wie P1 in Ansehung der hiermit übereinstimmenden Befundung der Ärzte der BGU für den Senat schlüssig und nachvollziehbar dargelegt hat - durchgängig ohne begleitende, vermehrte Flüssigkeitseinlagerung zur Darstellung.

Insbesondere ein Peroneussehnen-Schaden ist zeitnah zum Unfallereignis nicht objektiviert. Dieser wurde - wie P1 auch für den Senat nach Auswertung der umfangreichen klinischen und radiologischen Befunde und bestätigt von A1 überzeugend dargelegt hat - erstmals 17 Monate nach dem Unfallereignis in der MRT vom September 2014 objektiviert und anschließend in der OP im Oktober 2014, indes gerade nicht in der nach dem Unfall zeitnah durchgeführten MRT vom Mai 2013 gesichert. Ungeachtet der Frage, ob die Längsruptur dieser Sehne auf eine rein degenerative Verursachung (so K1, K2 und P1) oder - (nur) im Falle eines Supinationstraumas (Pschyrembel, a.a.O., S. 1717: Distorsion des Fußes mit Supination - Auswärtsdrehung - des Mittel- und Rückfußes) - auf eine traumatische Ursache zurückzuführen sein kann (so A1 unter Verweis auf medizinische Literatur aus dem Jahr 2017), besteht jedenfalls schon kein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen der Erstdiagnose des Peroneussehnen-Schadens im Herbst 2014 und dem Unfallereignis vom Frühjahr 2013. Darüber hinaus ist A1 in Ansehung des von der Klägerin ihm gegenüber geschilderten Unfallhergangs und des in der MRT vom Mai 2013 lateral am Unterschenkel sichtbaren Kontusionsödems für den Senat nachvollziehbar davon ausgegangen, dass ein Supinationstrauma des linken Fußes gerade nicht erfolgt ist und auch daher kein Ursachenzusammenhang zwischen dem Peroneussehnen-Schaden und dem Unfallereignis besteht. Auch P1 hat - was das SG zutreffend ausgeführt hat - in seinem Gutachten unter Berücksichtigung des klinischen Erst- und der zeitnah nachfolgenden Befunde sowie der Anatomie der das Fußgelenk umgebenden Strukturen überzeugend dargelegt, dass zeitnah nach dem Unfallereignis kein Peroneussehnen-Schaden vorlag. Denn diese Sehnen bzw. die Musculi peronei sind - so P1 - für die Fußsenkung sowie die Fußaußenrandhebung und Abduktion zuständig. Die Sehnen dieser Muskeln verlaufen seitlich hinter dem Außenknöchel, zunächst die Achillessehne und teilweise direkt über den Peroneussehnen der Außenbandapparat des Sprunggelenkes. Bereits der am Unfalltag erhobene Erstbefund einer vollen Kraft der Fußsenker und der unauffällige Tastbefund über der Achillessehne, die - wie P1 dargelegt hat - in enger anatomischer Nachbarschaft zu den Peroneussehnen liegt, sprechen daher bereits gegen eine unfallursächliche Verletzung des erst nach über einem Jahr nach dem Unfall diagnostizierten Peroneussehnen-Schadens. Gleiches belegen nach den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen von P1 die Befunde vom Mai 2013, wonach der Druckschmerz nicht über dem Außen-, sondern über dem Innenknöchel angegeben wurde, ein schmerzfreies Anheben des Fußaußenrandes (Pro- und Supination) möglich war und sich kein reproduzierbarer Druckschmerz im Bereich des Sprunggelenkes bei uneingeschränktem Zehenspitzenengang zeigte. Diese zeitnah zum Unfallereignis erhobenen klinischen Befunde sind damit vereinbar, dass die Schädigung anatomischer Strukturen (Knochen, Muskeln, Sehnen, Bänder) durch mehrfache röntgenologische und kernspintomographische Untersuchungen ausgeschlossen wurde.

Soweit die Klägerin in diesem Zusammenhang auf die „spätestens im Jahr 2014“ objektivierten Hinweise auf eine Außenbandläsion hingewiesen hat und damit ihr Klagebegehren zu stützen versucht (Bl. 105 der Senatsakte), greift diese Argumentation aus den vorgenannten Gründen nicht durch. Soweit sie unter Vorlage des Arztbriefes von V vom 28.04.2020 zunächst noch gemeint hat, es sei eine Nachbefundung bzw. erneute Auswertung der MRT-Aufnahmen vom 21.05.2013 durch den Radiologen des Radiologischen Zentrums E1

erforderlich und zur Begründung angeführt hat, es sei ursprünglich kein Augenmerk auf mögliche Verletzungen von Bändern und Sehnen (Außenbandläsion) gelegt worden (Bl. 105 ff. der Senatsakte), hat sie daran nicht mehr festgehalten. Denn ausweislich des MRT-Berichtes des Radiologen des Radiologischen Zentrums E1 vom 21.05.2013 - worauf der Senat hingewiesen hat - wurde die gesamte linke untere Extremität mit den mittels MRT sichtbaren Strukturen untersucht und ausgewertet.

Auch die von der Klägerin vorgelegten Arztberichte der BGU vom 07.03.2017 und 27.04.2017, in denen die dortigen Ärzte die Diagnose „Bewegungs- und Belastungsdefizit des linken oberen Sprunggelenks nach Anpralltrauma von April 2013“ mitteilten (Bl. 128/131 der Senatsakte), führen zu keiner anderen Beurteilung. Wie sich der Anamnese in diesen Berichten entnehmen lässt, hat die Klägerin dort bei den Untersuchungen angegeben, ihr sei bei dem Unfall eine schwere Eisenplatte „gegen das Sprunggelenk“ gefallen und hierdurch habe sie sich eine Ruptur der Peroneusehne zugezogen. Die Ärzte sind daher allein auf Grund dieses von der Klägerin wiedergegebenen Unfallhergangs - ohnehin ohne weitere Begründung - von einer Unfallursächlichkeit ausgegangen. Indes hat die Klägerin im Jahr 2013, im Klage- (Bl. 76 der SG-Akte) und Berufungsverfahren (Bl. 34 der Senatsakte) sowie bei der Begutachtung im Januar 2020 stets angegeben, ihr sei die Klappe der Gitterbox hinten an den Unterschenkel/die Wade geprallt, was der Senat damit übereinstimmend hier auch zu Grunde legt.

Auch Gefäßschäden der linken unteren Extremität, die die fortbestehenden Beschwerden der Klägerin erklären könnten - insbesondere Verschlusskrankheiten der Gefäße in Form der von der Klägerin als unfallursächlich behaupteten pAVK -, wurden ärztlicherseits nicht nachgewiesen, sondern vielmehr mittels der im März 2015 durchgeführten gefäßchirurgischen MR-Angiographie ausgeschlossen. Hierauf gestützt und auf die ebenfalls von A1 bei der Begutachtung im Januar 2020 durchgeführte ABI-Messung mit regelrechten Verhältnissen (Seite 4 des Gutachtens) ist auch dieser für den Senat überzeugend zu dem Ergebnis gelangt, dass kein Anhalt für eine pAVK besteht. Auf welcher Grundlage dem entgegen die K4 im Entlassungsbericht vom März 2019 davon ausgegangen ist, dass bei der Klägerin eine (wohlbemerkt: unklare) posttraumatische Durchblutungsstörung im Sinne einer traumatischen pAVK vorliegt, ist für den Senat nicht nachvollziehbar. Daran ändert auch der Arztbrief von S4 aus Juli 2019 nichts. Soweit er dort eine abschließende Bewertung durch einen Gefäßchirurgen für erforderlich gehalten hat, ist diese bereits im März 2015 erfolgt. Im Übrigen hat S4 klar und unmissverständlich ausgeführt, dass kein definitiver Zusammenhang zwischen dem streitigen Unfallereignis und einer Verletzung von Gefäßen festgestellt werden kann. Soweit die Klägerin behauptet hat, (bereits) im Jahr 2013 sei eine traumatische, unfallbedingte Durchblutungsstörung diagnostiziert worden, entbehrt auch diese Behauptung jeder Tatsachengrundlage. Einen entsprechenden Befundbericht hat sie trotz Aufforderung des Senats nicht vorgelegt. Die Behauptung ist ohnehin durch die Befunde der MR-Angiographie vom März 2015 widerlegt.

Soweit die Klägerin die mit einer pAVK verbundenen Schmerzen als Unfallfolge geltend gemacht hat, geht dies bereits aus den zuvor dargelegten Gründen ins Leere.

Nervenschäden wurden durch die neurologische Untersuchung von G2 ebenfalls ausgeschlossen.

Soweit die Klägerin die chronische Schmerzerkrankung mit psychischen und somatischen Faktoren als Unfallfolge geltend gemacht hat, weist der Senat darauf hin, dass diese nach den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des von der Klägerin benannten gerichtlichen Sachverständigen A1 wie auch der Ärzte der BGU (Mai 2014) und der G und R nicht Unfallfolge ist. Auch hat sonst keiner der mit der Sache befassten Ärzte einen Ursachenzusammenhang mit dem Arbeitsunfall gesehen. Soweit die Klägerin behauptet hat, S2 habe eine solche Schmerzerkrankung im Jahr 2014 diagnostiziert und als durch den Arbeitsunfall verursacht angesehen, folgt dem der Senat nicht. In seinem Bericht vom 04.06.2014 diagnostizierte er vielmehr einen Reizzustand der distalen Tibia. Soweit er diesen ursächlich auf die durch den Arbeitsunfall erlittene Prellung zurückführte, ist diese Annahme durch die gerichtlichen Sachverständigengutachten von P1 und A1 widerlegt. Soweit die Klägerin behauptet hat, alle Sachverständigen hätten die unfallbedingte Schmerzerkrankung verkannt, da sie hierfür nicht über die erforderliche Qualifikation verfügen würden und die Gutachten nicht nach der AWMF-Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen erstattet worden seien (Bl. 127 der Senatsakte), greift auch dieser Einwand nicht durch. Die Klägerin selbst hat A1 nach [§ 109 SGG](#) als Arzt zum Beweis der Tatsache benannt, dass das Unfallereignis wesentliche Bedingung insbesondere auch ihrer chronischen Schmerzstörung sei. A1 hat die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren der linken unteren Extremität - ebenso wie schon der Ärzte der BGU im Mai 2014 - gerade bestätigt. Dass er indes in seinem Gutachten nicht zu dem von der Klägerin gewünschten Ergebnis gelangt ist, sondern für den Senat überzeugend und mit den Ärzten der BGU sowie den G und R übereinstimmend dargelegt hat, dass die Schmerzstörung nicht Unfallfolge ist, hat nichts mit einer fehlenden Qualifikation zu tun. Die Klägerin selbst hat in ihrem gesamten Vortrag stets dargetan, dass ihre Schmerzen (ausschließlich) auf strukturelle Verletzungen ihrer linken unteren Extremität zurückführen seien (pAVK, Peroneusehnen-Verletzung, Außenbandläsion). Indes wurden solche strukturellen Verletzungen - wie bereits dargelegt - in zeitnahe Zusammenhang mit dem Unfallereignis durch alle ärztlichen Untersuchungen ausgeschlossen. Im Übrigen wird in der von der Klägerin benannten AWMF-Leitlinie zwischen Schmerzen durch eine Gewebeschädigung, Schmerzen bei Gewebeschädigung mit psychischer Komorbidität und Schmerz als Leitsymptom einer primären psychischen Erkrankung unterschieden, deren Voraussetzungen hier allesamt zeitnah zum Unfall gerade nicht nachgewiesen sind. Eine Gewebeschädigung wurde - wie dargelegt - ausgeschlossen und eine primäre - also zeitnah durch den Unfall erlittene - psychische Erkrankung von keinem der Ärzte diagnostiziert.

Soweit die Klägerin eine „psychische Fehlverarbeitung“ als Unfallfolge geltend macht (Bl. 62 und 171 der Senatsakte) - eine Diagnose nach dem ICD 10-Code nennt sie nicht - und eine solche aus dem Gutachten des K2 (Angabe subjektiver Beschwerden der Klägerin) und dem Befundbericht des B3 über die ambulante Behandlung vom 22.04.2021 abzuleiten versucht, wonach sie sich selbst ein Abtrainieren der Unterarmgehstützen wünscht und dieses auch von B3 empfohlen wurde (Bl. 174/175 der Senatsakte), kann dies der Senat nicht ansatzweise nachvollziehen. Eine solche Fehlverarbeitung als Gesundheitsstörung lässt sich weder aus dem Gutachten des K2 noch aus dem ärztlichen Bericht des B3 - und im Übrigen auch aus keiner anderen ärztlichen Stellungnahme - ableiten. Sie wird mit keinem Wort erwähnt.

Aus den vorgenannten Gründen besteht auch keine Veranlassung zur Durchführung weiterer Ermittlungen auf psychiatrischem/schmerztherapeutischem oder gefäßchirurgischem Fachgebiet. Ins Blaue hinein muss der Senat ohnehin nicht ermitteln (vgl. nur BSG, Urteil vom 15.09.2011, [B 2 U 22/10 R](#)).

Soweit die Klägerin vorgetragen hat, dass für sie unerheblich sei, welche Verletzungen Ursache für ihre Beschwerden seien, weist der Senat - wie schon die Beklagte (Bl. 44 der Senatsakte) - darauf hin, dass es für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen

Unfallversicherung gerade entscheidungserheblich ist, welche Verletzungen durch den Arbeitsunfall verursacht wurden und zu welchen - verbliebenen - Funktionsdefiziten diese geführt haben. Die Ursache ist daher mitnichten „unerheblich“.

Allein der Umstand, dass die von der Klägerin geklagten Beschwerden in der linken unteren Extremität zeitlich nach dem Unfall aufgetreten sind, kommt für deren Unfallursächlichkeit keine maßgebliche Bedeutung zu. Der erforderliche Unfallursachenzusammenhang kann nicht rein zeitlich begründet werden, sondern muss sachlich-rechtlich nachvollziehbar sein. Dem entsprechend besteht auch kein irgendwie gearteter Anscheinsbeweis, dass von einer bestimmten Einwirkung auf die berufliche Verursachung der Erkrankung geschlossen werden könnte (BSG, Urteil vom 07.09.2004, [B 2 U 34/03 R](#)).

Ein Anspruch auf Verletztengeld über den 02.06.2013 hinaus besteht nach alledem nicht.

Da die geltend gemachten Beschwerden nicht Folge des Arbeitsunfalls sind, besteht auch kein Anspruch auf Verletztenrente nach [§ 56 Abs. 1 SGB VII](#). Voraussetzung für einen solchen ist, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist. Folgen des Versicherungsfalles vom 15.04.2013 über die 26. Woche hinaus sind nicht verblieben. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen verwiesen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-25