

L 2 U 33/14

Land

Hamburg

Sozialgericht

LSG Hamburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen

S 36 U 16/13

Datum

08.05.2014

2. Instanz

LSG Hamburg

Aktenzeichen

L 2 U 33/14

Datum

23.05.2018

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung eines Arbeitsunfalls.

Nach der Unfallanzeige des am xxxxx 1962 geborenen Klägers kam es während seiner Tätigkeit als Podologe am 2. April 2012 zu einer Bizepssehnenruptur. Zum Unfallhergang schildert der Kläger, dass beim Umlegen eines Patienten in einem Behandlungsraum auf den Behandlungsstuhl beim Ziehen ein lauter Knall aufgetreten sei. Es seien Schmerzen im Bereich des Ellenbogens und des Oberarms gefolgt. Zeuginnen seien seine Kolleginnen P. und Natalia K ... Der Durchgangsarzt und Unfallchirurg Dr. G. diagnostizierte in seinem Bericht am 23. April 2012 einen frischen Abriss der Bizepssehne von der Tuberosita radii. Er habe den Kläger erstmals am 2. April 2012 behandelt. Beim Umlagern eines Patienten (Ziehen) habe der Kläger einen plötzlichen Schmerz im rechten Ellenbogen verspürt.

Im Arztbericht der Radiologie im Fleethof vom 4. April 2012 steht, dass sich in der Kernspintomographie ein frischer Abriss der Bizepssehne von der Tuberositas radii mit 5 cm weit nach proximal retrahiertem Sehnenstumpf und kleineren Einrissen auch im Muskel-Sehnen-Übergang gezeigt habe. Vor einer Woche habe sich der Kläger bei der Arbeit beim Herausheben eines Patienten aus dem Rollstuhl den rechten Arm gezerzt und plötzlichen Schmerz verspürt.

Mit Bescheid vom 14. August 2012 lehnte die Beklagte die Anerkennung eines Arbeitsunfalles ab. Laut Unfallschilderung in der Unfallanzeige und in dem Durchgangsarztbericht habe es sich um eine arbeitsübliche Tätigkeit ohne Fremdeinwirkung gehandelt, so dass kein Arbeitsunfall vorgelegen habe.

Der Kläger legte gegen den Bescheid vom 14. August 2012 Widerspruch ein, der mit Widerspruchsbescheid vom 14. Dezember 2012 zurückgewiesen wurde. Der Körperschaden des Klägers sei nicht durch die versicherte Tätigkeit verursacht worden. Der geschilderte Ereignisablauf schließe eine Verursachung durch die versicherte Tätigkeit aus. Es habe sich hierbei um eine berufsübliche, willentliche Kraftanstrengung ohne zusätzliche Einwirkung von außen gehandelt.

Die Bevollmächtigte des Klägers hat am 17. Januar 2013 Klage beim Sozialgericht Hamburg erhoben. Der Kläger habe die mittlerweile verstorbene Patientin, Frau B., am Fuß behandeln wollen. Frau B., die am xxxxx 1931 geboren sei, habe Hilfe benötigt, sich in den Behandlungsstuhl zu setzen. Der Kläger habe Frau B., die etwa 90 kg gewogen habe, rückwärts gerichtet vor den Behandlungsstuhl bugsiert, damit sie sich dann nur noch hinzusetzen brauchte. Da Frau B., wie viele ältere Menschen beim Hinsetzen das Gefühl gehabt habe, rückwärts zu fallen, habe er sie beim Hinsetzen unterstützt. Frau B. habe sich an den Armen des Klägers festgehalten und sich dann aufgrund ihrer körperlichen Schwäche aus relativ hoher Höhe in den Stuhl plumpsen lassen und sich am Arm des Klägers festgeklammert. Der Kläger und Frau B. hätten dann einen lauten Knall vernommen und der Kläger habe sofort Schmerzen im Bereich des rechten Ellenbogens und des Oberarmes verspürt. Der Kläger führe einen Rechtsstreit mit der P.-Klinik M. wegen der fehlerhaften Behandlung der Bizepssehnenruptur. Nach Einschätzung der behandelnden Ärzte sei keine weitere Schädigung der Bizepssehne eingetreten, sondern die erste Ruptur sei nicht ordnungsgemäß behandelt worden, weshalb die Beschwerden des Klägers nicht abgeklungen seien. Die Sehne habe sich zum Zeitpunkt der zweiten Operation schon so weit zurückgebildet gehabt, dass dies schon in zeitlicher Hinsicht nur mit dem Schadensereignis vom 2. April 2012 in Verbindung gebracht werden könne.

Die Beklagte hat vorgetragen, dass es sich um einen Bewegungsablauf mit willentlicher Kraftanstrengung ohne plötzlich und unerwartet auftretendes Einwirken einer schweren Last gehandelt habe. Nach aktueller medizinischer Auffassung sei dies kein geeigneter Hergang für einen traumatischen Riss der distalen Bizepssehne. Nach der Dokumentation seien bei der ersten Operation weder frische Rupturränder noch ein Hämatom vorgefunden worden. Versorgt worden sei letztlich ein partieller Einriss am Bizepssehnenansatz. Nach Auffassung der medizinischen Sachverständigen sei es im Verlauf zu einer weiteren Schädigung des Bizepssehnenansatzes durch arbeitsübliche Tätigkeiten gekommen, so dass dann unter der zweiten Operation eine vollständige Ruptur habe nachgewiesen werden können.

Das Sozialgericht hat Befundberichte von dem Unfallchirurgen Dr. G. und dem Allgemeinmediziner Dr. B1 eingeholt. Dr. B1 hat über die Behandlung des Klägers vom 27. September 2012 bis zum 19. Dezember 2013 mitgeteilt, dass sich der Befund während der Behandlung deutlich verbessert habe. Der Kläger habe den Arm bis auf ca. 15 Grad ausstrecken können und keine Bewegungseinschränkung in der Schulter und Halswirbelsäule mehr gehabt. Das Sozialgericht hat zudem ein Gutachten von Dr. D. vom 1. November 2013 eingeholt. Der Sachverständige hat berichtet, dass der Kläger den Sachverhalt wie folgt geschildert habe: Er habe einem Patienten aus dem Rollstuhl auf den Behandlungsstuhl helfen wollen. Er habe den Patienten angehoben durch Unterstützung in beiden Achselhöhlen mit seinen Armen, um ihn dann auf den Behandlungsstuhl zu setzen. Dann sei er um den Stuhl herumgegangen und habe versucht, den Patienten weiter auf den Stuhl zu ziehen. Beim ersten Anheben habe er schon ein brennendes Gefühl in der rechten Ellenbeuge gehabt. Bei der zweiten Aktion beim weiteren Herüberziehen des Patienten auf den Behandlungsstuhl sei dann ein akuter Schmerz dazugekommen, gleichfalls begleitet von einem Knallen. Nach einigen Minuten sei der Schmerz erst weg gewesen, aber auch geringe Hebetätigkeiten hätten nicht mehr ausgeführt werden können. Auf Nachfrage habe der Kläger bestätigt, dass der Patient in dem Fall nicht abgerutscht sei, so dass ein direktes sprunghaftes Nachfassen nicht erforderlich gewesen sei. Der Behandlungsstuhl sei höhenverstellbar gewesen und zuvor auf das Niveau des Rollstuhls gebracht worden. Der Patient sei 80 kg schwer gewesen, an die Größe könne er sich nicht mehr erinnern. Als aktuelle Beschwerden gebe der Kläger noch morgens einen Anlaufschmerz sowie ein brennendes Gefühl bei Krafteinsatz an. Für die Herstellung einer Sehnenruptur des M. biceps im Ansatzbereich des Unterarmes im Sinne eines Unfalls bedürfe es einer maximalen Vorspannung und zusätzlich einer unvorbereitet einsetzenden Krafteinwirkung auf den Hand- oder Unterarmbereich. So werde eine Verlängerung des Armhebels erreicht und die Krafteinwirkung auf den Sehnenansatz selbst damit um das Sechsfache akut erhöht. Insgesamt sei von einer willentlichen Muskelanspannung des gesamten Armereichs zum Positionieren des Patienten auszugehen. Wesentlich sei hierbei, dass keine Störung des muskulären Hebevorganges durch eine plötzliche Zusatzlast bei maximaler Anspannung erfolgt sei, sondern dass die geführte Bewegung mit dem brennenden Gefühl beendet worden sei. In einem zweiten wieder willentlichen Ablauf der muskulären Anstrengung unter Positionswechsel des Klägers sei es dann zum möglichen endgültigen Teilabriss der Bizepssehne gekommen. Bei einer nicht degenerativen Veränderung des Sehnenansatzes wäre ein Muskelriss aufgetreten. Im MRT sei auch im Muskelsehnenübergang des Bizeps brachii eine geringe Signalanhebung gesehen worden als Hinweis für kleinere Einrisse in diesem Bereich. Damit ließe sich auch das brennende Gefühl erklären. Bei einer gesunden Sehne wäre auch hier im Muskel-Sehnen-Übergang oder im Muskelbereich allein eine Rissituation zu erwarten gewesen, und zwar als schwächstes Glied der Risskette. Zuerst stehe der Muskel, dann der Knochen und die Sehne erst an dritter Stelle der Risskette, wenn nicht degenerative Veränderungen im Sehnenansatzbereich zum Knochen hin hier derartige Einriss- oder Abrissituationen ohne erforderlichen zusätzlichen Kraftimpuls bei vorhandener Anspannung herstellen könnten. Degenerative Veränderungen verliefen schmerzfrei und stumm, so dass das akute Ereignis im Zusammenhang mit der Kraftanstrengung primär als Unfallsituation angesehen werde. Für ein eigentliches Unfallereignis sei es erforderlich, dass bei der schon erfolgten Kraftanstrengung im Augenblick der Muskelanspannung unvorbereitet zusätzlich ein Kraftimpuls auf den Armhebel einwirke, um dann den Sehnenriss hervorzuheben. Anhand der Schilderung des Klägers sei dies aber nicht eingetreten. Degenerative Veränderungen könnten nicht objektiviert werden, da keine histologischen Untersuchungen erfolgt seien. Nur anhand der Beschreibung des Arbeitsvorgangs sei diese Annahme begründet. Unter Berücksichtigung aller Fakten sei anzunehmen, dass die Sehenschädigung durch degenerative Vorerkrankungen ausgelöst worden sei, da die Belastungsfaktoren nicht das normale Maß überschritten hätten.

Der Kläger hat hierzu vorgetragen, dass der Sachverständige den Ablauf falsch geschildert habe. Der Kläger habe dem Sachverständigen berichtet, dass die Patientin im Rollstuhl gesessen habe und sich nur sehr unsicher habe selbst aufrichten können. Er habe sie daher beim Aufstehen aus dem Rollstuhl unterstützt, indem er sie mit seinen Armen unter den Achseln gehalten habe. Die Patientin sei jedoch nicht in der Lage gewesen, sich aufrecht zu halten bzw. ihre Knie hätten nachgegeben, so dass sie gegen den Armwiderstand des Klägers wieder in den Rollstuhl zurückgesunken sei. Hierbei habe der Kläger bereits ein brennendes Gefühl in der rechten Ellenbeuge verspürt. Er habe dann einen zweiten Transferversuch vom Rollstuhl in den Behandlungsstuhl unternommen. Bei diesem zweiten Transferversuch sei es ihm gelungen, die Patientin aus dem Rollstuhl aufzurichten und vor den Behandlungsstuhl zu stellen. Er sei dann um den Behandlungsstuhl herumgegangen, um seiner Patientin zunächst zu helfen, sich auf den Behandlungsstuhl zu setzen und sie dann in einem zweiten Schritt ggfs. in die richtige Position zu bringen. Die Patientin habe gewartet, bis der Kläger den Behandlungsstuhl umrundet gehabt habe und sich am Behandlungsstuhl festgehalten. Nachdem er den Behandlungsstuhl umrundet gehabt habe, habe er der Patientin seine Arme unter die Achseln geschoben und ihr gerade den Hinweis geben wollen, dass sie sich nun setzen könne, als sie bereits den Behandlungsstuhl in den Kniekehlen gespürt und sich einfach fallen lassen habe und sich dabei an den Armen des Klägers festgehalten habe. Dann hätten sowohl die Patientin als auch der Kläger den Knall gehört, und er habe einen akuten Schmerz verspürt. Die Patientin sei nicht abgerutscht in dem Sinne, dass sie nicht von der Kante des Behandlungsstuhls gerutscht sei. Sie habe sich aber fallen lassen. Der Kläger habe auch den Behandlungsstuhl nicht auf das Niveau des Rollstuhls gebracht, sondern lediglich gesagt, dass dieser höhenverstellbar sei. Der Behandlungsstuhl sei technisch auch gar nicht auf das Niveau des Rollstuhls zu bringen. Der Kläger habe sich auch an die Größe der Patientin erinnern können, die zwei bis drei Zentimeter größer als er selbst gewesen sei. Soweit der Sachverständige angebe, der Kläger habe seine Angaben nach Diktat inhaltlich bestätigt, sei festzustellen, dass der Kläger vor Beginn des Diktats hierauf nicht hingewiesen worden sei, dass er dem Inhalt folgen müsse und diesem daher keine Beachtung geschenkt habe. Er habe den Ablauf wieder und wieder geschildert und am Ende gar nicht mehr gewusst, was der Gutachter nun aufgenommen habe. Im Übrigen habe er auch nicht bestätigt, dass der Inhalt des Diktats richtig sei.

Der Kläger hat den Geschehensablauf dann mit Schreiben vom 17. Dezember 2013 dahingehend aus seiner Sicht berichtet, dass es ihm beim zweiten Transferversuch gelungen sei, die Patientin aus dem Rollstuhl aufzurichten und mit dem Rücken zur Sitzfläche des Behandlungsstuhls stellen. Nachdem der Kläger den Behandlungsstuhl umrundet habe und der Patientin die Arme unter die Achsel geschoben hätte, habe er ihr gerade den Hinweis geben wollen, dass sie sich nun setzen könne. Da hätten ihre Knie nachgegeben und sie sei in sich zusammen gesackt. Der Kläger habe die Patientin weiter unter den Achseln festgehalten und sei dadurch, dass die Patientin in sich zusammen gesackt sei, nach schräg vorne über den Behandlungsstuhl gezogen worden. In diesem Moment hätten er und die Patientin den Knall gehört und er hätte den akuten Schmerz verspürt. Insofern sei richtig zu stellen, dass der Kläger dem Sachverständigen nicht

berichtet habe, dass sich die Patientin auf den Behandlungsstuhl habe fallen lassen, sondern sie habe sich vielmehr auf den Behandlungsstuhl setzen wollen, doch bevor es dazu gekommen sei, hätten ihre Knie nachgegeben und sie sei in sich zusammen gesackt und sei in die Knie nach unten gegangen. Die Patientin sei daher nicht abgerutscht, weil sie gar nicht auf dem Behandlungsstuhl zum Sitzen gekommen sei, sondern sie sei vor dem Behandlungsstuhl in die Knie gegangen und habe dabei den Kläger mitgezogen. Aufgrund der durch diesen unerwarteten Vorgang ausgestoßenen Schreie der Patientin und des Klägers sei die im Nebenzimmer behandelnde Kollegin des Klägers, Natalia K., hinzugekommen und habe dabei geholfen, die Patientin wieder aufzurichten und in den Behandlungsstuhl zu setzen.

In einer ergänzenden Stellungnahme hat Dr. D. zu dem neuen Vortrag Stellung genommen. Mit dem Kläger hätten keine Verständigungsschwierigkeiten bestanden. Der Kläger habe die Situation so erklärt, wie sie auch im Gutachten dargestellt worden sei. Diese Angaben seien auch in seiner Gegenwart diktiert worden. Insgesamt sei der Ablauf zweimal am podologischen Behandlungsstuhl durchgespielt und vom Kläger auch entsprechend demonstriert worden. Unter Kenntnis der Klagebegründung habe er auch nochmals nachgefragt, ob denn die Patientin zum damaligen Zeitpunkt, so wie es dort betont worden sei, auf den Rollstuhl zurückgesunken sei. Dies sei vom Kläger verneint worden, so dass beim ersten Anheben und Aufheben aus dem Rollstuhl zum Hinsetzen auf den Behandlungsstuhl eine derartige Situation nicht vorgekommen sei. Nach den Angaben der Bevollmächtigten ergebe sich eine völlig andere Situation, die mit der bei ihm geschilderten in keiner Weise identisch sei. Der Kläger sei vor dem Diktat auch darauf hingewiesen worden, dass er bei missverständlichen Angaben oder nicht bestehender Übereinstimmung das Diktat von seiner Seite sofort zu unterbrechen habe. Der von der Bevollmächtigten nunmehr angegebene Sachverhalt ergebe durchaus die Möglichkeit der traumatisch bedingten Sehnenruptur im Sinne eines geeigneten Unfallgeschehens durch die Verlängerung des Hebels zwischen Sehnenansatz und Unterarm. Das Zurücksinken auf den Rollstuhl habe eine zusätzliche Krafteinwirkung auf die Armmuskulatur mit Verlängerung des Hebels durch den Unterarm bedeutet. Somit wäre dann bei überfallartig einsetzender zusätzlicher Krafteinwirkung ein geeigneter Vorgang vorhanden gewesen. Dabei wäre die erste Aktion schon als Auslöser der Ruptur einzusetzen. Es werde dann auch der zweite Ablauf derart geschildert, dass hier wiederum eine zusätzliche Lastenwirkung durch das Fallenlassen der Patientin auf den Behandlungsstuhl auf beide Arme des Klägers eingetreten sei. Er habe dezidiert mehrfach bezüglich einer gegebenenfalls eingetretenen zusätzlichen Lastenwirkung nachgefragt. Dieses sei entsprechend verneint und jeweils mit den geordneten Bewegungsabläufen entgegnet worden.

Der Sachverständige Dr. D. ist in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts Hamburg informatorisch befragt worden. Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung Folgendes erklärt: Zum Unfallzeitpunkt habe er versucht, einer Patientin aus dem Rollstuhl aufzuhelfen. Er habe dabei vor ihr gestanden und sie unter den Achseln gehalten und versucht, ihr aufzuhelfen, da er sie auf den Behandlungsstuhl habe setzen wollen. Bereits bei diesem Versuch sei die Patientin ein Stück hochgekommen, dann aber wieder auf den Rollstuhl zurückgesackt. Bei diesem Vorgang habe er bereits ein brennendes Gefühl im Bereich des Oberarms am Bizeps gespürt. Das Ziehen sei eher am körperfernen Bizepsmuskel gewesen. Beim zweiten Versuch habe sich die Patientin mit seiner Hilfe dann aufrichten können und er habe sie an den Behandlungsstuhl geführt, wo sie rückwärts leicht mit ihrem Po angelehnt gestanden habe. Dann sei er um den Behandlungsstuhl herumgegangen, habe sie von hinten unter die Achseln gegriffen und habe sie auf den Behandlungsstuhl geleiten wollen. Dabei sei sie noch einmal in ihren Knien leicht weggesackt. Er habe sie zu diesem Zeitpunkt weiterhin unter den Achseln gehalten, bis seine Unterarme auf den Behandlungsstuhl gekommen seien. In der Sekunde, wo die Patientin nach vorne runtergegangen sei, habe er einen lauten Knall gehört.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 8. Mai 2014 abgewiesen. Es sei nicht von einem geeigneten Unfallereignis auszugehen, da bereits eine plötzliche passive Bewegung eines muskulär fixierten Gelenkes vom Kläger nicht plausibel beschrieben werden könne. Der Kläger habe ohne fixierten Arm bereits bei der ersten Hilfestellung ein brennendes Gefühl im Bereich des rechten Oberarmes gespürt, ohne dass dabei eine plötzliche überfallartige Belastung auf den Arm und insbesondere auf die Bizepssehne anzunehmen sei. Bei der vom Kläger geschilderten Hilfestellung habe es sich um eine bewusste und willentlich geführte Bewegung bzw. um ein statisches Halten gehandelt, ohne dass dabei eine irgendwie geartete Fixierung des Armes anzunehmen gewesen wäre. Allein das plötzliche Wegsacken der Patientin habe in dem Augenblick zwar eine erhöhte Anstrengung für den Kläger erfordert, aber ohne dass dabei die erwähnten risikorelevanten Vorgänge auf den Arm aufgetroffen seien. Das gleiche gelte für das zweite Ereignis, wonach der hinter dem Behandlungsstuhl stehende Kläger die Patientin nunmehr von hinten unter den Achseln gehalten habe, diese zum zweiten Mal in den Knien weggesackt sei und der Kläger durch das Gewicht nach unten gezogen worden sei. Dr. D. habe nachvollziehbar erklärt, dass unter Berücksichtigung der durchweg vorhandenen willentlichen Anstrengung des Klägers bei den geschilderten Arbeitsvorgängen von degenerativen Veränderungen auszugehen sei, auch wenn diese aufgrund fehlender histologischer Untersuchung nicht konkret hätten nachgewiesen werden können. Dies werde auch schon durch die vom Kläger geäußerte Symptomatik bei der ersten Kraftaufwendung mit dem brennenden Gefühl bestätigt, ohne dass hierbei eine zusätzliche vorbereitete Kraft eingewirkt habe. Insbesondere habe der Sachverständige in seiner Untersuchung plausibel und glaubhaft erklärt, dass auch ein sprunghaftes Nachfassen des Klägers eben nicht erforderlich gewesen sei, so dass eine überfallartige Beanspruchung ausscheide.

Gegen das ihm am 5. Juni 2016 zugestellte Urteil hat der Kläger am 26. Juni 2014 Berufung eingelegt. Es sei falsch, wenn der Sachverständige feststelle, dass der Kläger die Patientin angehoben habe, um sie dann auf den Behandlungsstuhl zu setzen. Der Kläger habe dem Sachverständigen auch nicht gesagt, dass die zweite Aktion darin bestanden habe, die Patientin auf den Behandlungsstuhl zu ziehen und es hierbei zu einem akuten Schmerz begleitet von einem Knallen gekommen sei. Er habe dem Sachverständigen mehrfach erklärt, dass der erste Schritt in dem Aufrichten der Patientin aus dem Rollstuhl bestanden habe, dann das Hinsetzen auf den Behandlungsstuhl als zweiter Schritt habe folgen sollen und er anschließend die Patientin auf dem Behandlungsstuhl habe korrekt positionieren wollen. Der Vorfall habe sich nicht ereignet, als der Kläger die Patientin auf dem Behandlungsstuhl zurecht gezogen habe, sondern bei der Unterstützung der Patientin beim Vorgang des Hinsetzens, in der der Kläger die Patientin gehalten habe, während diese sich dann plötzlich habe fallenlassen. Der Kläger habe bei beiden Hilfestellungen mit massivem Kraftaufwand durch Muskelanspannung seine Arme jeweils in den Ellenbogengelenken fixiert gehabt. Während dieser Fixierungen habe er mit dem Auftreten einer bestimmten Belastung seiner Armmuskeln durch Teile des Körpergewichts der Patientin gerechnet, nicht aber dass er deren gesamtes Körpergewicht auffangen müsse. Tatsächlich habe sich die Patientin dann aber nicht auf die Sitzfläche des Behandlungsstuhls fallen lassen, sondern sei in den Knien zusammengesackt, so dass ihr Gesäß nicht mehr direkt über dem Behandlungsstuhl positioniert gewesen sei, sondern an der Sitzkante hinabgeglitten sei und sie zu Boden zu fallen gedroht habe. Durch das Körpergewicht der Patientin seien dabei die mit den Handflächen nach oben ausgerichteten Unterarme des Klägers, mit denen er die Patientin unter den Achseln habe stützen wollen, plötzlich und unerwartet wesentlich weiter nach unten gedrückt/gezogen worden, als er es zuvor kalkuliert habe. Durch das Gewicht der Patientin sei der Kläger, der mit den Beinen nicht dichter unter seinen Schwerpunkt habe treten können, weil er bereits mit den Beinen an der Kante des Behandlungsstuhls gestanden habe, mit seinen Unterarmen auf den Behandlungsstuhl gedrückt bzw. gezogen worden. Der Kläger habe die

Arme stark angespannt gehabt, weil er die Patientin, mit deren "Fallenlassen" auf den Behandlungsstuhl er gerechnet habe, bei dem Niederlassen auf den Behandlungsstuhl habe stützen wollen. Eine muskuläre Fixierung des Ellenbogengelenkes habe damit gerade vorgelegen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 8. Mai 2014 aufzuheben und den Bescheid vom 14. August 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Dezember 2012 aufzuheben und festzustellen, dass der Kläger am 2. April 2012 einen Arbeitsunfall erlitten hat.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zu den vom Gericht übersandten MRT-Aufnahmen hat Dr. D. in einer ergänzenden Stellungnahme vom 20. März 2015 angegeben, dass degenerative Veränderungen des Sehnenansatzes auf diesen Bildern nicht hätten detektiert werden können, da eine Ausrissformation mit Ödem auf den Bildern nicht vorliege. Es sei anhand der ersten MRT-Aufnahmen nur anzufügen, dass die Vacuolen am Sehnenstumpf ein Hinweis für eine degenerative Veränderung seien. Ein anderer Hinweis folge aus dem ersten OP-Bericht: Hier seien keinerlei Blutbeimengungen im Sehnenverlauf detektiert worden. Auch im Ansatzbereich seien derartige Einblutungen nicht vorhanden gewesen. Ein weiterer Hinweis für eine degenerative Situation sei der erhaltene Lacertius fibrosus, der ursprünglich ein Teil der Bizepssehne sei und einen bindegewebigen Faszienstrang aufweise, der dann flächenhaft in die Unterarmfaszie ulnar einsetze. Es ergebe sich aber aus dem zweiten OP-Bericht, dass dieser Lacertius fibrosus erhalten gewesen sei. Üblicherweise wäre hier bei einer traumatischen Einwirkung dann auch die Zerreißung dieses Sehnenanteils zu erwarten gewesen, der von der Struktur her sehr viel belastungsärmer sei als die eigentliche Bizepssehne, die sich aus zwei Muskelbäuchen bilde.

Die Bevollmächtigte des Klägers trägt ergänzend vor, dass sich der Kläger mit der Radiologin, Frau Dr. S., beraten habe. Diese sei der Ansicht, dass keine kleinen kalkdichten Fragmente im Sinne eines knöchernen Ausrisses auf den Aufnahmen sichtbar seien. Auf den Bildern seien keinerlei Anhaltspunkte für degenerative Veränderungen erkennbar.

In der mündlichen Verhandlung ist Dr. D. zu seinem Gutachten gehört worden. Des Weiteren sind die Zeuginnen Frau P. und Frau K. vernommen worden. Wegen der Einzelheiten der Aussagen des Gutachters und der Zeuginnen wird auf die Sitzungsniederschrift vom 23. Mai 2018 verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakte und die beigezogene Verwaltungsakte sowie ebenfalls auf die Sitzungsniederschrift vom 23. Mai 2018 ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte (§§ 143, 144 SGG) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte (§ 151 SGG) Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die zulässige kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage (§ 54 Abs. 1 i.V.m. § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG) zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Arbeitsunfall erlitten, als seine Bizepssehne gerissen ist.

Nach § 8 Abs. 1 Satz 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit. Unfälle sind nach § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Ein Arbeitsunfall setzt daher voraus, dass der Verletzte durch eine Verrichtung vor dem fraglichen Unfallereignis den gesetzlichen Tatbestand einer versicherten Tätigkeit erfüllt hat und deshalb "Versicherter" ist. Die Verrichtung muss ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis und dadurch einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten objektiv und rechtlich wesentlich verursacht haben (Unfallkausalität und haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls, sondern für die Gewährung einer Verletztenrente (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – B 2 U 1/05 R, BSGE 96, 196).

Für die Kausalitätsfeststellung zwischen den durch ein Ereignis unmittelbar hervorgerufenen Gesundheitserstschäden (haftungsbegründende Kausalität) und den als Unfallfolgen geltend gemachten länger andauernden Gesundheitsstörungen (haftungsausfüllende Kausalität) gilt der gegenüber dem Vollbeweis geringere Beweismaßstab der Wahrscheinlichkeit bzw. hinreichender Wahrscheinlichkeit. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – B 2 U 1/05 R, a.a.O.). Die Kausalitätsfeststellungen zwischen den einzelnen Gliedern des Versicherungsfalles basieren auf der im gesetzlichen Unfallversicherungsrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung. Danach geht es auf einer ersten Stufe der Kausalitätsprüfung um die Frage, ob ein Zusammenhang im naturwissenschaftlichen Sinne vorliegt, das heißt ob eine objektive (Mit-)Verursachung zu bejahen ist (BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – B 2 U 9/11 R, SozR 4-2700, § 8 Nr. 44). Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der möglicherweise aus mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang positiv festgestellt werden muss (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006, B 2 U 1/05 R, a.a.O.) und dass die Anknüpfungstatsachen der Kausalkette im Vollbeweis, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen müssen. In einer zweiten Prüfungsstufe ist sodann durch Wertung nach Maßgabe des Schutzzwecks des Versicherungstatbestandes die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die wesentlich sind, weil sie rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden, und den anderen für den Erfolg unerheblichen Ursachen (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006, B 2 U 1/05 R, a.a.O.).

Der Kläger hat während seiner versicherten Tätigkeit eine Ruptur der distalen Bizepssehne und somit einen Gesundheitsschaden erlitten. Ob die Bizepssehne nur partiell eingerissen oder vollständig abgerissen ist, ist für den vorliegenden Rechtsstreit nicht von Bedeutung, da lediglich die Feststellung eines Arbeitsunfalls begehrt wird.

Das Ereignis am 2. April 2012 ist zumindest im naturwissenschaftlichen Sinne objektiv kausal für die erlittene Verletzung der Bizepssehne. Denn auch im Falle von vorbestehenden degenerativen Veränderungen an der Bizepssehne wäre eine Ruptur ohne Kraftanstrengung jedenfalls nicht eingetreten.

Das Ereignis ist aber nicht wesentliche Bedingung für den Eintritt der Bizepssehnenruptur gewesen. Der medizinische Sachverständige Dr.

D. führt schlüssig und überzeugend aus, dass es zur Herstellung einer Bizepssehnenruptur im Ansatzbereich des Unterarmes im Sinne eines Unfalls einer maximalen Vorspannung und zusätzlich einer unvorbereitet einsetzenden Krafteinwirkung auf den Hand- oder Unterarmbereich bedürfe. Diese Annahme deckt sich mit der Lehrmeinung, wonach etwa 50 Prozent der Läsionen der distalen Bizepssehne auf einen anlagebedingten Schaden zurückzuführen sind (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 428). Geeignete Unfallmechanismen sind u. a. eine plötzliche, auf die vorgespannte Muskulatur einwirkende Kraft, z. B. Auffangen einer schweren Last mit gebeugtem und supiniertem Unterarm oder eine plötzliche passive Bewegung von muskulär fixierten Gelenken; nicht hingegen plötzlicher Schmerz beim Anheben eines Gegenstandes oder eine willentliche Kraftanstrengung ohne zusätzliche Einwirkung (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 429).

Der Senat konnte sich nicht davon überzeugen, dass eine geeignete Unfallsituation vorlag, die zu einer unfallbedingten Zerreißung der Bizepssehne geführt haben kann. Hierfür trägt der Kläger die Beweislast. Der Kläger hat die Schilderung der Unfallsituation mehrfach im Sinne der zuvor genannten wissenschaftlichen Anforderungen an eine unfallbedingte Bizepssehnenruptur ergänzt bzw. angepasst. In der von ihm selbst verfassten Unfallanzeige hat der Kläger lediglich von einem "Ziehen" der Patientin auf den Behandlungsstuhl gesprochen. Auch seine behandelnden Ärzte geben den Sachverhalt entsprechend wieder. Erstmals in der von der Bevollmächtigten des Klägers eingereichten Klagebegründung wurde der Sachverhalt dann so geschildert, dass der Kläger der Patientin beim Hinsetzen auf den Behandlungsstuhl nur habe helfen wollen und sich diese dann aus relativ hoher Höhe in den Stuhl habe plumpsen lassen. Bei Dr. D. hat der Kläger nunmehr von zwei Handlungsabschnitten berichtet und angegeben, dass es bei einem ersten Anheben der Patientin bereits zu einem Brennen im Bereich des Armes gekommen sei und beim weiteren Herüberziehen auf den Behandlungsstuhl dann ein akuter Schmerz eingetreten sei. Dr. D. hat hierzu erklärt, dass er sich den Geschehensablauf mehrfach vom Kläger habe berichten lassen und insbesondere im Hinblick auf die Klagebegründung und das Vorliegen einer Sehnenverletzung auch ausdrücklich nachgefragt habe, ob es zu einer plötzlichen Krafteinwirkung gekommen sei. Dies sei vom Kläger aber verneint worden. Der von Dr. D. ermittelte Ablauf wurde zudem in Gegenwart des Klägers diktiert. Nach Übersendung des Gutachtens hat die Bevollmächtigte des Klägers den Sachverhalt weiter dahingehend ergänzt, dass die Patientin sich beim ersten Vorgang nicht habe halten können und gegen den Armwiderstand in den Rollstuhl zurückgesunken sei. Beim zweiten Transferversuch habe der Kläger gerade seine Arme unter die Achseln der Patientin geschoben und habe ihr den Hinweis geben wollen, dass sie sich setzen könne, als sie sich einfach habe fallen lassen. Anschließend hat der Kläger den Sachverhalt noch einmal geändert. Die Patientin habe sich nicht fallen lassen - wie es noch in der Klagebegründung vorgetragen worden ist - sondern sie sei vor dem Behandlungsstuhl in sich zusammen gesackt und dadurch sei er schräg nach vorne gezogen worden. In der mündlichen Verhandlung hat der Kläger dann beschrieben, dass die Klägerin mit dem Po an dem Behandlungsstuhl gelehnt habe, als sie in ihren Knien leicht weggesackt sei. Die vormals in der Klagebegründung vorgetragene Version, dass sich die Patientin aus großer Höhe in den Behandlungsstuhl habe fallen lassen, steht hierzu im Widerspruch, ebenso wie der Vortrag des Klägers, dass die Patientin den Behandlungsstuhl in den Kniekehlen gespürt habe. Sollte sich die Patientin mit dem Po auf Höhe des Behandlungsstuhls befunden haben, dürfte es eher erforderlich gewesen sein, sie tatsächlich auf den Stuhl zu ziehen, wie es dem ersten Vortrag des Klägers entspricht. Nachdem das Sozialgericht sein Urteil wesentlich damit begründet hat, dass bei den Bewegungen des Klägers keine irgendwie geartete Fixierung des Armes anzunehmen gewesen sei, hat die Bevollmächtigte des Klägers im Berufungsverfahren ergänzt, dass der Kläger seine Arme sogar unter massivem Kraftaufwand angespannt und in den Ellenbogengelenken fixiert gehabt habe. Nunmehr wird auch vorgetragen, dass eine supinierte Position der Unterarme vorgelegen habe, da der Kläger die Handflächen nach oben gedreht gehabt habe. Er habe mit dem Fallenlassen der Patientin auf den Behandlungsstuhl gerechnet und habe sie stützen wollen. Aufgrund des immer wieder gesteigerten Vorbringens des Klägers, der teils widersprüchlichen Angaben und der glaubhaften Angaben von Dr. D., dass er gerade vor dem Hintergrund der Unterscheidung zwischen einer anlage- und einer unfallbedingten Bizepssehnenruptur mehrfach nachgefragt habe, liegt kein Nachweis für eine unfallgeeignete Situation vor.

Die beiden Zeuginnen sind erst nach dem Unfallereignis in den Behandlungsraum hinzugekommen. Sie haben zwar bestätigt, dass die Patientin vor dem Behandlungsstuhl abgerutscht bzw. in die Knie gegangen ist, wie es dazu kam, haben sie allerdings nicht gesehen. Ob die Patientin zunächst zusammengesackt ist und der Kläger sich beim plötzlichen Halten eine Sehnenruptur zugezogen hat oder ob der Kläger zunächst eine Sehnenruptur erlitten hat und die Patientin nicht mehr aus eigener Kraft hat halten können, konnte daher auch nicht durch die Zeugenaussagen geklärt werden.

Zudem liegen auch objektive Anzeichen dafür vor, dass bei dem Kläger bereits für das Zerreißen der Sehne allein wesentliche degenerative Veränderungen bestanden. Auf den MRT-Aufnahmen können degenerative Veränderungen zwar nicht direkt entdeckt werden und auch eine histologische Untersuchung ist nicht durchgeführt worden. Dr. D. hat aber schlüssig ausgeführt, dass bei einer gesunden Sehne eine Rissituation eher im Muskel-Sehnen-Übergang oder im Muskelbereich zu erwarten gewesen wäre. In der Risskette kämen zuerst der Muskel, dann der Knochen und dann erst die Sehne. Die Vacuolen am Sehnenstumpf, die auf den ersten MRT-Aufnahmen sichtbar seien, seien allerdings ein Hinweis für eine degenerative Veränderung. Im OP-Bericht wurden zudem keine Blutbeimengungen im Sehnenverlauf entdeckt, was ebenfalls ein Anhaltspunkt für degenerative Veränderungen sei. Auch die erhaltene Lacertius fobrosus spreche hierfür. Bei einer traumatischen Einwirkung wäre auch die Zerreißung dieses Sehnenanteils zu erwarten gewesen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Rechtsstreits.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2018-06-11