

L 2 U 4144/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 2640/10
Datum
23.08.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 2 U 4144/11
Datum
18.01.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23. August 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht die Anerkennung der Beschwerden des Klägers an seinem rechten Arm als über den 22. Juli 2009 hinaus bestehende Unfallfolgen des Arbeitsunfalls vom 17. Februar 2009 im Streit.

Der 1977 geborene Kläger rutschte am 17. Februar 2009 während seiner bei der Beklagten versicherten Tätigkeit bei der Firma G./P. beim Versuch, eine verkantete Spule zu lösen, ab, fiel nach hinten und schlug mit dem rechten Ellbogen mit Schwung gegen ein Maschinenteil. Dr. G. diagnostizierte in seinem Durchgangsarztbericht vom 19. Februar 2009 eine Ellenbogenprellung rechts ulnarseitig; er beschrieb eine freie Funktion des Ellbogens bei stabilen Bandverhältnissen sowie einen Druckschmerz am rechten Ellbogen ulnarseitig. Eine Fraktur wurde nicht festgestellt. Er beurteilte den Kläger als arbeitsfähig. In seinem Nachschaubericht vom 4. März 2009 teilte Dr. G. die Diagnose einer Ellenbogenprellung rechts ulnarseitig und ein Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts mit. Er beschrieb einen Druckschmerz am distalen ulnaren Trizeps brachii im Verlauf des Nervus ulnaris; die Beweglichkeit wurde als frei beschrieben. Am 5. März 2009 folgte die Vorstellung des Klägers bei dem Neurologen Dr. H ... Dieser beschrieb klinisch deutliche Hinweise für ein Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts mit Tendenz für diese Diagnose in den elektrophysiologischen Befunden. Ab 6. März 2009 übernahm die weitere Behandlung des Klägers zunächst Dr. S ... Er teilte in seinem Durchgangsarztbericht vom 6. März 2009 einen massiv geschwollenen Ellbogen rechts sowie ein minimal geschwollenes Handgelenk rechts mit; die aktive und passive Beweglichkeit in beiden Gelenken sei schmerzhaft eingeschränkt. Die Röntgenaufnahmen hätten eine knöcherne Abspaltung am Epicondylus humeri radialis ergeben. In mehreren Zwischenberichten vom März 2009 wiederholte Dr. S. die Diagnose einer Radiusköpfchenfraktur rechts und beschrieb den weiteren Verlauf seiner Behandlung, wobei es am 27. März 2009 zur Gipsabnahme kam. Nachdem aufgrund anhaltender Beschwerden von Dr. S. eine MRT-Untersuchung veranlasst wurde, ergab diese am 23. April 2009 lediglich Hinweise für Ansatzreizungen der Sehnen und Kapselstrukturen. Es fanden sich keine Hinweise auf eine Fraktur oder Gelenkbinnenschäden. Ausgehend von diesem Befund teilte Dr. S. in seinem Zwischenbericht vom 27. April 2009 mit, der Kläger sei nunmehr arbeitsfähig. Nach Kenntnis der Beklagten hatte der Kläger bereits am 17. Februar 2009 auf einem Schonarbeitsplatz die Arbeit wieder aufgenommen. In seinem Zwischenbericht vom 7. Mai 2009 teilte Dr. S. ausgehend von der Diagnose Zustand nach Radiusköpfchenfraktur rechts mit, dass Ausheilungsergebnis sei sehr erfreulich; es bestehe nur noch ein minimaler Schwellungszustand. Die Behandlung zu Lasten der Beklagten könne beendet werden. Es bestehe kein Streckdefizit bei voller Beweglichkeit. Im Krankheitsbericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. vom 18. Juni 2009 über eine Heilverfahrenskontrolle am 10. Juni 2009 wurde als Befund mitgeteilt, dass sich die Weichteilverhältnisse im Bereich der rechten unteren Extremität unauffällig zeigten und die Beweglichkeit im Bereich des rechten Ellenbogen und des rechten Handgelenks frei sei. Es habe sich ein Druckschmerz über dem Radiusköpfchen sowie im Bereich der distalen Trizepssehne auslösen lassen. Es bestünde eine Indikation zu einer komplexen stationären Rehabilitationsbehandlung (KSR), deren Ziel es sei, die Belastbarkeit im Bereich der rechten oberen Extremität wieder herzustellen.

Nach dem Bericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. vom 3. August 2009 wurde der Kläger am 22. Juli 2009 aus dieser stationären Behandlung entlassen. Bei der Diagnose eines Bewegungs- und Leistungsdefizits der oberen Extremität rechts zeigte sich als Röntgenbefund des rechten Ellenbogens eine regelhafte Gelenkstellung; ein Hinweis auf stattgehabte Radiusköpfchenfraktur fand sich nicht. Am rechten Handgelenk zeigte sich kein Nachweis einer frischen knöchernen Verletzung; eine Fehlstellung im Bereich der Handwurzelknochen bestand nicht. Relevante Arthrosezeichen fanden sich nicht. Eine regelrechte Stellung im distalen Radioulnargelenk war gegeben. Im Hinblick auf die Verdachtsdiagnose eines Sulcus-ulnaris-Syndroms wurde eine ENG durchgeführt. Als Ergebnis zeigte sich die

distale motorische Latenz des Nervus ulnaris im Normbereich, ebenso wie die motorische Nervenleitgeschwindigkeit. Nach dem Nachschauerbericht von Prof. Dr. S. vom 21. August 2009 ergaben sich keine eindeutigen Anhalte für eine orthopädische Ursache der bestehenden Beschwerden. Wahrscheinlich handele es sich um eine Neuralgie. Bei der neurologischen Untersuchung durch Dr. H. am 20. August 2009 ergab sich elektrophysiologisch rechtsseitig keine Auffälligkeit, insbesondere keine Nervenkompression. Der klinische Befund sei mit einem Sulcus-ulnaris-Syndrom oder auch mit einem C-7 Syndrom vereinbar. Die Schmerzen am Ellenbogen könnten auf eine Epicondylitis hindeuten. Am 8. September 2009 stellte sich der Kläger nochmals in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. vor. Es zeigten sich absolut reizlose Haut- und Weichteilverhältnisse im Bereich des rechten Ellenbogens. Die Beweglichkeit für Extension/Flexion und Pronation/Supination sei in freien Bewegungsausmaßen seitengleich gewesen. Bei der MRT-Untersuchung des rechten Ellenbogens zeigten sich keinerlei pathologische Befunde; insbesondere ein Reizzustand im Sinne einer Epicondylitis wurde ausgeschlossen. Auch eine Verkalkung wurde ausgeschlossen. Eine Schwellung, wie vom Kläger immer wieder vorgetragen, wurde ebenfalls ausgeschlossen. Eine Reizung des Nervus ulnaris zeigte sich in den Bildern nicht. Vom radiologischen Befund ausgehend müsse der Verdacht geäußert werden, dass niemals eine Verletzung vorgelegen habe. Vom 26. bis 27. Oktober 2009 fand in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. eine der Beurteilung der beruflichen physischen Belastbarkeit dienende Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) des Klägers statt. Danach war der Kläger in seiner letzten beruflichen Tätigkeit als Reifenbauer 6 Stunden und mehr arbeitsfähig. Es konnten auch schwere körperliche Arbeiten im Stehen, Gehen und Sitzen ständig verrichtet werden. Der Kläger stellte sich nochmals am 3. November 2009 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. vor. Nach dem Krankheitsbericht vom 6. November 2009 zeigten sich in der klinischen Untersuchung unveränderte Befunde zur letzten Woche. Der Kläger sei in seinem Beruf als Reifenbauer vollsichtig arbeitsfähig; eine weitere Therapie sei nicht erforderlich. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bestehe nicht.

Die Beklagte veranlasste im weiteren ein unfallchirurgisches Gutachten von Dr. H. ... In seinem unfallchirurgischen Gutachten vom 21. Dezember 2009 führte er aus, plausibel sei, dass sich der Kläger am 17. Februar 2009 eine Ellbogenprellung zugezogen habe, die wohl im ulnaren Anteil des Ellbogens stattgefunden habe. Die Diagnose eines Schadens des Ellenervens analog der Befunderhebung sei danach plausibel und durchaus nachvollziehbar. Da am 4. und 5. März von Dr. G. und Dr. H. eine freie Beweglichkeit des Ellbogens dokumentiert worden sei, sei der Befund einer massiven Schwellung sowohl am Handgelenk als auch im Ellbogengelenk durch Dr. S. nicht plausibel. Die Diagnose von Dr. S. einer knöchernen Absprengung am Epicondylus humeri radialis sei ebenso wenig plausibel wie die später geäußerte Diagnose einer Radiusköpfchenfraktur. Nach der MRT-Untersuchung vom 23. April 2009 sei die Absprengung oder eine Radiusköpfchenfraktur in einem Zeitfenster von ca. 2 Monaten nicht plausibel. Bei den am 10. Juni 2009 von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwighafen erhobenen völlig unauffälligen klinischen Befunden müsse der Schluss gezogen werden, dass spätestens zu diesem Zeitpunkt kausal auf den Unfall zurückzuführende Krankheitszustände am rechten Arm bzw. rechten Ellbogen des Klägers nicht mehr vorgelegen hätten. Dies sei durch den weiteren Verlauf bestätigt. Die Schwellungszustände am Unterarm fänden ihre Erklärung letztlich in einer Tendovaginitis. Ein Unfallzusammenhang zwischen der Prellung des rechten Ellbogens und der Tendovaginitis sei nicht zu erkennen. Spätestens mit Abschluss der KSR am 22. Juli 2009 sei eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr gegeben gewesen. Die danach noch bestehenden und im weiteren Verlauf behandelten Beschwerden beruhten auf einer chronischen Epicondylitis, die derzeit noch Bestand habe. Klinisch objektivierbare Unfallfolgen aufgrund des Unfalls vom 17. Februar 2009 seien nicht mehr zu evaluieren.

Mit Bescheid vom 3. Februar 2010 lehnte die Beklagte die Beschwerden am rechten Arm nach dem 22. Juli 2009 als Folgen des Unfalls vom 17. Februar 2009 ab. Hiergegen erhob der Kläger am 16. Februar 2010 Widerspruch. Zur Begründung führte er aus, der Zustand mit Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Bereich des rechten Ellbogens und der Hand habe sich erst mit der am 20. Januar 2010 durch Dr. S. durchgeführten Operation gebessert. Mit Widerspruchsbescheid vom 9. Juni 2010 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 24. Juni 2010 beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage erhoben. Zur Klagebegründung hat er ausgeführt, die Schlussfolgerungen des Sachverständigen Dr. H. seien aus Sicht des behandelnden Dr. S. nicht nachvollziehbar. Die Einschränkungen im Zusammenhang mit der Einengung des Nervus ulnaris im Ellbogenbereich seien Unfallfolgen. Die Einengung des Nervus ulnaris sei durch Dr. S. im Januar 2010 operativ behandelt worden. Erst im weiteren Verlauf nach der Operation sei es zu einer Verbesserung der Beschwerdesymptomatik gekommen. Die Beklagte ist der Klage entgegen getreten.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung einer sachverständigen Zeugenauskunft von Dr. S. vom 21. Januar 2011. Er hat mitgeteilt, am 20. Januar 2010 sei gemäß neurologischem Konsil ein sogenanntes Cupitaltunnelsyndrom behandelt worden. Die von ihm erhobenen Befunde wichen im Wesentlichen nicht von den von Dr. H. erhobenen Befunden und seinen Schlussfolgerungen ab. Die Einengung im Nervus ulnaris im Ellenbogenbereich sei Unfallfolge. Da jedoch im weiteren Verlauf neurologisch eine Verbesserung der Überleitung stattgefunden habe, seien die Beschwerden des Klägers auf eine chronische Epicondylitis beschränkt geblieben, die nicht Unfallfolge sei.

Mit Gerichtsbescheid vom 23. August 2011 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass über den 22. Juli 2009 hinaus weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. Februar 2009 nicht vorgelegen hätten. Dies ergäbe sich aus den Ergebnissen der MRT-Untersuchungen vom 23. April und 8. September 2009. Da ein pathologischer Befund im Sinne eines Reizzustandes, einer Verkalkung oder Reizung des Nervus ulnaris nicht habe nachgewiesen werden können, sei dem Sachverständigengutachten von Dr. H. zu folgen, wonach die vom Kläger vorgetragene Beschwerden einer chronischen Epicondylitis zuzuordnen seien.

Der Kläger hat gegen den seinen Bevollmächtigten am 25. August 2011 gegen Empfangsbekanntnis zugestellten Gerichtsbescheid am 22. September 2011 schriftlich beim Landessozialgericht Berufung eingelegt. Die Berufung ist nicht begründet worden.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23. August 2011 und den Bescheid der Beklagten vom 3. Februar 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 9. Juni 2010 aufzuheben und die am rechten Arm des Klägers bestehenden Beschwerden über den 22. Juli 2009 hinaus als Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. Februar 2009 festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend.

Die Beteiligten haben im Termin zur Erörterung des Sachverhalts und zur Beweisaufnahme am 19. Dezember 2011 sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte aufgrund der Zustimmung der Beteiligten gem. § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die gem. § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig. Ein Berufungsausschlussgrund gem. § 144 Abs. 1 SGG liegt nicht vor. Im Streit steht die Anerkennung von Unfallfolgen über den 22. Juli 2009 hinaus.

Die Berufung des Klägers ist jedoch unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen, da auch nach Überzeugung des Senats die hier streitigen Gesundheitsstörungen im Bereich des rechten Arms (rechten Ellenbogengelenks) nicht als Unfallfolgen anzuerkennen sind.

Nach § 8 Abs. 1 SGB VII sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten in Folge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 und 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Unfallereignis) und die Gesundheitsstörung, derentwegen Entschädigungsleistungen begehrt werden, 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. BSGE 58, 80, 83; 61, 127, 128). 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. BSGE 58, 80, 83; 61, 127, 129); das bedeutet, dass unter 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. BSGE 55, 285, 286).

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (grundlegend: Reichsversicherungsamt, AN 1912, S 930 f; übernommen vom BSG in BSGE 1, 72, 76; BSGE 1, 150, 156 f; st. Rspr. vgl. zuletzt BSG vom 12. April 2005 - B 2 U 27/04 R - BSGE 94, 269 = SozR 4-2700 § 8 Nr. 15, jeweils RdNr. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden (BSGE 1, 72, 76).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v § 249 RdNr. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden BSGE 63, 277, 280 = SozR 2200 § 548 Nr. 91) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Anders als bei der für das Zivilrecht maßgebenden Adäquanztheorie (stellvertretend BGHZ 137, 11, 19ff m.w.N.) folgt daraus keine abstrakt-generalisierende Betrachtungsweise; vielmehr ist die Kausalitätsbewertung in der gesetzlichen Unfallversicherung vom ex-post-Standpunkt aus anhand individualisierender und konkretisierender Merkmale des jeweiligen Einzelfalles vorzunehmen. Daher kommt es bei der Wertung im Bereich der Kausalität vor allem darauf an, welche Auswirkungen das Unfallgeschehen gerade bei der betreffenden Einzelperson mit ihrer jeweiligen Struktureigenheit im körperlich-seelischen Bereich hervorgerufen hat (vgl. BSGE 66, 156, 158 = SozR 3-2200 § 553 Nr. 1 m.w.N.). Gleichzeitig ist im Rahmen der gegenseitigen Abwägung mehrerer, zu einem bestimmten "Erfolg" führender Umstände der Schutzzweck sowohl der gesetzlichen Unfallversicherung im Allgemeinen als auch der jeweils anzuwendenden Norm - hier der §§ 45, 56 SGB VII - zu berücksichtigen. Dies führt zu der Wertbestimmung, bis zu welcher Grenze der Versicherungsschutz im Einzelfall reicht (vgl. insgesamt BSG SozR 4-2200 § 589 Nr. 1 m.w.N.; SozR 2200 § 589 Nr. 96).

Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung

gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen oder besonderen Problemen in der anschließenden Heilbehandlung, ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne weiteres zu unterstellen ist (vgl. insgesamt zum Vorstehenden BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#), [B 2 U 40/05 R](#), [B 2 U 26/04 R](#) -, jeweils m. w. N.).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Es gibt aber im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde ([BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO; BSG Urteil vom 7. September 2004 - [B 2 U 34/03 R](#); zu Berufskrankheiten vgl. [§ 9 Abs. 3 SGB VII](#)). Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs - der haftungs begründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO; [BSGE 32, 203](#), 209 = SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO; [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 09.05.2006 [a.a.O.](#) mH auf BSG SozR Nr 41 zu [§ 128 SGG](#); BSG SozR Nr 20 zu § 542 aF RVO; [BSGE 19, 52](#) = SozR Nr 62 zu § 542 aF RVO; BSG [SozR 3-1300 § 48 Nr 67](#); Schönberger/Mehrtens/Valentin aaO, Kap 1.8.2, S 119 f; Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer, SGG, 9. Aufl. 2008, § 128 RdNr. 3c). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.).

Ausgehend von diesen Grundsätzen kann auch nach Überzeugung des Senats in Übereinstimmung mit dem SG nicht mit der hier notwendigen hinreichenden Wahrscheinlichkeit ein Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 17. Februar 2009 und den hier geklagten Beschwerden im Bereich des rechten Arms (rechtes Ellenbogengelenk) festgestellt werden. Hierzu stützt sich der Senat insbesondere auf das unfallchirurgische Sachverständigengutachten von Dr. H. vom 21. Dezember 2009 und auf die ärztlichen Berichte der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. vom 18. Juni 2009 und 3. August 2009 sowie 14. September 2009. Nachvollziehbar und überzeugend ist der Sachverständige Dr. H. aufgrund der von ihm selbst erhobenen Befunde und nach Auswertung aller ihm zur Verfügung stehenden ärztlichen Äußerungen, insbesondere der ärztlichen Berichte der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. zu der Auffassung gelangt, welcher sich der Senat anschließt, dass der Unfall des Klägers am 17. Februar 2009 zu einer Ellenbogenprellung rechts mit Irritation des Nervus ulnaris geführt hat, wobei die hierauf beruhende Behandlungsbedürftigkeit eine Unfallfolge ist. Die nach Abschluss der KSR in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. am 22. Juli 2009 noch bestehenden Beschwerden am rechten Arm des Klägers stehen jedoch nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall. Die über diesen Zeitpunkt hinaus bestehenden und insbesondere von Dr. S. behandelten Beschwerden beruhen auf einer chronischen Epicondylitis, die in keinem Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall steht. Der Senat ist davon überzeugt, dass die von Dr. S. bei Übernahme der Behandlung des Klägers im März 2009 geäußerte Diagnose einer knöchernen Absprengung am Epicondylus humeri radialis ebenso wenig zutreffend ist wie die später von ihm geäußerte Diagnose einer Radiusköpfchenfraktur. Dies folgt schon aus dem Ergebnis der MRT-Untersuchung des rechten Ellbogengelenks des Klägers am 23. April 2009, wonach radiologisch lediglich eine Ansatzenthesiopathie der gemeinsamen Extensorensehnen gefunden wurde, jedoch kein Hinweis auf eine Fraktur oder einen Gelenkbinnenschaden. Das im Übrigen die Beschwerden des Klägers am rechten Arm bzw. dem rechten Ellenbogen, die der Kläger über den 22. Juli 2009 hinaus behauptet, in keinem Zusammenhang stehen mit dem Arbeitsunfall vom 17. Februar 2009 folgt für den Senat ebenso wie auch für den Sachverständigen Dr. H. aus den Befundberichten der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. ... Bei der klinischen Untersuchung in dieser Klinik am 10. Juni 2009 zeigten sich die Weichteilverhältnisse im Bereich der rechten unteren Extremität unauffällig; die Beweglichkeit im Bereich des rechten Ellenbogens und des rechten Handgelenks war frei. Im Rahmen der vom 1. bis 22. Juli 2009 in dieser Klinik durchgeführten KSR wurde der Kläger wegen des Verdachts auf ein Sulcus-ulnaris-Syndrom auch neurologisch untersucht. Bei der durchgeführten ENG waren jedoch die distale motorische Latenz des Nervus ulnaris wie auch die motorische Nervenleitgeschwindigkeit im Normbereich. Ein eine Operation erforderndes Sulcus-ulnaris-Syndrom wurde ausgeschlossen. Aufgrund der neurologischen Untersuchung wurde die Verdachtsdiagnose eines zervikalen Wurzelreizsyndroms C 8 rechts gestellt. Als Röntgenbefund des rechten Ellenbogens stellte sich dieser in einer regelhaften Gelenkstellung dar mit keinerlei Hinweis auf eine stattgehabte Radiusköpfchenfraktur. Auch im Hinblick auf das rechte Handgelenk fehlte es an jedem Nachweis einer frischen knöchernen Verletzung oder einer Fehlstellung im Bereich der Handwurzelknochen. Ebenso fehlten relevante Arthrosezeichen. Das distale Radioulnargelenk fand sich in regelrechter Stellung. Unfallfolgen konnte keine festgestellt werden. Schließlich ist dem Zwischenbericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. vom 14. September 2009 zu entnehmen, dass bei der Vorstellung des Klägers am 8. September 2009 absolut reizlose Haut- und Weichteilverhältnisse im Bereich des rechten Ellbogens bei seitengleicher Beweglichkeit in freien Bewegungsausmaßen bestanden. Bei der am 8. September 2009 durchgeführten MRT-Untersuchung zeigten sich keinerlei pathologischen Befunde; insbesondere ein Reizzustand im Sinne einer Epicondylitis konnte ausgeschlossen werden. Die vom Kläger immer wieder behauptete Schwellung am rechten Ellenbogen wurde von den ihn behandelnden Ärzten ebenso ausgeschlossen wie eine Reizung des Nervus ulnaris. Die Schlussfolgerungen aus diesen Befundberichten der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L., die auch der Sachverständige Dr. H. in seinem Gutachten vom 21. Dezember 2009 gezogen hat, dass nämlich über den 22. Juli 2009 hinaus keine Beschwerden am rechten Arm bzw. rechten Ellenbogen des Klägers vorgelegen haben, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall am 17. Februar 2009 zurückzuführen sind, wird bestätigt durch den Nachschaubericht von Prof. Dr. S. vom 21. August 2009. Er hat in diesem Bericht mitgeteilt, dass sich eine orthopädische Ursache für die bestehenden Beschwerden nicht feststellen lässt. Schließlich hat auch die neurologische Untersuchung des Klägers keinen Befund ergeben, der die Beschwerden des Klägers hinreichend erklärt und einen Zusammenhang herstellen könnte mit dem Unfall am 17. Februar 2009. Der Arzt für Neurologie Dr. H. hat in seinem Befundbericht vom 21. August 2009 mitgeteilt, dass sich elektrophysiologisch rechtsseitig keine Auffälligkeiten, insbesondere keine Nervenkompression nachweisen ließen. Der klinische Befund wäre zwar mit einem Sulcus-ulnaris-Syndrom oder auch mit einem C 7-Syndrom vereinbar. Die Schmerzen am Ellenbogen könnten auf eine Epicondylitis oder auch auf eine andere Gelenkaffektion hindeuten. Letztlich hat auch der als sachverständige Zeuge vom SG befragte Dr. S. in seiner Auskunft vom 21. Januar 2011 einen Zusammenhang des Beschwerdebildes des rechten Armes des Klägers mit dem Unfall am 17. Februar 2009 verneint. Er hat ausgeführt, dass die vorhandenen Beschwerden des Klägers auf eine chronische Epicondylitis beschränkt bleiben, die nicht Unfallfolge sei, sondern als ein sog. Überlastungssyndrom bezeichnet werde. Dies hat Dr. S. im Übrigen in seinem Zwischenbericht vom 12. Oktober 2011 insofern nochmals bestätigt, als er dort ausgeführt hat, was den Ellenbogen anbelange, sei darauf hinzuweisen, dass der Kläger im Januar 2010 an einem Sulcus-ulnaris operiert worden sei und dieses nicht als unfallbedingt anzuerkennen sei. Schließlich hat Dr. S. in seiner "Bescheinigung" vom 10. Januar 2012 mitgeteilt, dass sich die anfangs als "knöcherne Absprengung" eingeschätzten Beschwerden des Klägers am rechten

Ellbogen als Verkalkung bei später nachgewiesener Ansatzentzündung der Sehnen im Ellbogenbereich herausgestellt hätten. Diese ist aber auf keinen Fall traumatisch bedingt.

Somit kann der Senat in den im Verfahren angefallenen ärztlichen Äußerungen keine Grundlage erkennen, die es erlauben würde, einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis am 17. Februar 2009 und den vom Kläger geschilderten, über den 22. Juli 2009 hinausreichenden Beschwerden im Bereich des rechten Armes bzw. des rechten Ellenbogengelenkes herzustellen.

Insgesamt ist daher die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-02-29