

L 3 U 3496/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 585/15
Datum
03.08.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 U 3496/16
Datum
15.02.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 3. August 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung einer Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2101 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) - Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehngleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können - (nachfolgend BK 2101) streitig.

Die 1953 geborene Klägerin absolvierte ab 1996 die Ausbildung zur Physiotherapeutin und war ab 1998 vollberuflich als Krankengymnastin tätig. Ab 2002 bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Unfalls am 14.12.2011 (Sturz mit distaler Unterarmfraktur rechts) war sie im erlernten Beruf in ihrer eigenen Praxis (und dabei bei der Beklagten versichert) tätig, die sie dann im Jahr 2012 verkaufte.

Erstmals im Jahr 1997 befand sich die Klägerin wegen Beschwerden am rechten Ellenbogen in Behandlung, die klinisch wiederholt typische Zeichen einer radialen Epicondylopathie gezeigt hätten, so Dr. A. in seiner Stellungnahme vom 11.07.2012. In einem Befundbericht vom 21.01.1998 berichtete Dr. B., Rheumatologe und Orthopäde, über eine Druckschmerzhaftigkeit über dem rechten Ellenbogen, welche, so die Angabe der Klägerin, bereits seit Jahren, verstärkt allerdings seit ca. 4 Wochen, auftreten würde. Er diagnostizierte unter anderem eine Epicondylitis humeri radialis rechts. Ebenso berichtete der Neurologe C. am 27.01.1998 über eine Vorstellung der Klägerin mit der Diagnose eines Verdachts auf Epicondylitis humeri lateralis rechts; die Beschwerden würden seit etwa 6 Monaten bestehen. Am 23.08.2003 stürzte die Klägerin bei der Behandlung eines Patienten auf beide Knie und die rechte Hand. Während Dr. D., Facharzt für Neurologie, am 10.02.2004, abgesehen von einem Druckschmerz im Zehenzwischenraum, keinen pathologischen Befund erheben konnte, die Beschwerden der Klägerin im Armbereich auf Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule zurückführte und ein Karpaltunnelsyndrom beidseits, insbesondere mit Operationsindikation, ausschloss, diagnostizierte Prof. Dr. E., Städtisches Klinikum E., im Arztbrief vom 08.03.2004 eine beginnende Epicondylitis humeri radialis rechts et ulnaris beidseits. Im Rahmen einer neuerlichen Vorstellung bei Dr. D. im Februar 2005 berichtete die Klägerin über einen instabilen rechten Ellenbogen mit Schmerzen (Arztbrief des Dr. D. vom 21.02.2005). Klinisch, nicht jedoch neurographisch, so Dr. D., habe sich ein Sulcus ulnaris-Syndrom leichteren Ausmaßes ohne Operationsindikation diagnostizieren lassen, wobei die Klägerin angesichts ihres beruflichen Hintergrundes selbst für die gebotene Entlastung des Ellenbogens sorgen könne. Aufgrund zweier am 17.05.2005 und 23.05.2005 erfolgter MRT-Untersuchungen des rechten Ellenbogengelenks stellte der Radiologe Dr. F. Zeichen einer degenerativen Schädigung der gemeinsamen Ansatzsehne der Extensorengruppe sowie Zeichen einer leichten Epicondylitis humeri radialis und eines Sulcus ulnaris-Syndroms fest.

Dr. D. diagnostizierte bei der Klägerin im Frühjahr 2008 ein Karpaltunnelsyndrom links und eine leichte Ulnarisschädigung links im Ellenbogenbereich; das Karpaltunnelsyndrom links sei inzwischen operationsbedürftig, gerade auch im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit. Am 03.07.2008 führte Dr. Stocker eine Dekompression und Neurolyse des Nervus medianus und des motorischen Thenarastes links sowie eine Synovialektomie links durch. Bei Diagnose einer beginnenden Ellenbogengelenksarthrose rechts führte Prof. Dr. G. am 11.07.2008 eine arthroskopische partielle Synovektomie durch und teilte in einem Arztbrief vom 18.07.2008 mit, die Klägerin leide seit einigen Jahren nach einem Sturz an unvermittelt immer wieder auftretenden Einklemmphenomenen im rechten Ellenbogen mit plötzlichen Schmerzen, die sich nach Schütteln wieder lösen würden. Nach Durchführung der operativen Therapie sei eine Ruhigstellung nicht erforderlich.

Dr. D. diagnostizierte bei der Klägerin im Arztbrief vom 11.06.2009 einen Zustand nach Operation eines Karpaltunnelsyndroms links, eine leichte Ulnarisschädigung im Ellenbogenbereich beidseits, ein Schlaf-Apnoe-Syndrom sowie ein Burn-out-Syndrom. Bei der Klägerin sei im Juli 2008 eine Operation des Karpaltunnelsyndroms links und des Ellenbogens rechts durchgeführt worden. Die Gehstrecke sei wegen Atemnot begrenzt. Die Klägerin selbst spreche von einem "Burn-out-Syndrom", was bei den vielen medizinischen Maßnahmen, den finanziellen und sozialen Sorgen auch kein Wunder sei. Rein neurologisch sei die Klägerin jetzt nicht auffällig und das Karpaltunnelsyndrom saniert.

Nachdem die Klägerin das Ereignis vom 23.08.2003 gegenüber der Beklagten als Arbeitsunfall geltend machte, veranlasste diese eine unfallchirurgisch-orthopädische Begutachtung durch Prof. Dr. H ... Die Klägerin berichtete dem Gutachter gegenüber, die Schmerzen im rechten Ellenbogen hätten ab August 2003 zugenommen und 2006 ein Maximum erreicht. Der Gutachter teilte im Gutachten vom 11.10.2010 mit, man habe lediglich eine Ellenbogengelenksarthrose mittleren Ausmaßes feststellen können, die mangels Zeichen einer stattgehabten Fraktur aller Wahrscheinlichkeit nach ohne äußere Einwirkung entstanden sei. Der Chirurg Dr. I. berichtete über eine Vorstellung der Klägerin im August 2010 aufgrund von Beschwerden im rechten Handgelenk und Ellenbogengelenk (Arztbericht vom 12.10.2010). Er diagnostizierte eine Epicondylitis humeri radialis rechts bei röntgenologisch festgestellter fortgeschrittener Ellenbogengelenksarthrose rechts. Die vereinbarte Wiedervorstellung nach einer Woche zur Befundkontrolle habe nicht mehr stattgefunden. Bei einer weiteren Vorstellung der Klägerin Ende 2010 bei Dr. I. beklagte die Klägerin im wesentlichen Schmerzen im Bereich der Vorfüße und gab weiterhin Schmerzen im Bereich der Hand rechts an.

Am 03.01.2011 teilte die Klägerin der Beklagten mit, sie sei aufgrund verschiedener gesundheitlicher Probleme demnächst gezwungen, einen Großteil ihrer beruflichen Tätigkeit als Krankengymnastin für eine unabsehbare Zeit aufzugeben. Sie verwies zur Begründung auf die am 22.12.2010 stattgehabte Operation in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen mit Spaltung des Karpalbands und der Loge de Guyon rechts, Dekompression des Nervus ulnaris im Unterarm sowie komplette Resektion eines Ganglions in der Hand. Weiterhin legte sie einen Arztbericht des Dr. D. vom 08.12.2010 vor. Danach gehe es der Klägerin "insgesamt beschissen, Burn out. Sie wolle aussteigen." Die Klägerin habe sich aktuell wegen Schmerzen in beiden Händen vorgestellt. Der Chefarzt Dr. J., J. Gelenk- und Rheumazentrum Bad K., stellte bei der Klägerin eine Fingerpolyarthrose fest (Arztbrief vom 08.02.2011).

Die Klägerin erlitt am 14.12.2011 einen weiteren Unfall, bei dem sie in ihrer Praxis stolperte, auf die rechte Hand stürzte und sich dabei eine nicht dislozierte Fraktur des Processus styloideus radii (Knochenfortsatz am seitlich-unteren Ende der Speiche) zuzog (Befundbericht des Prof. Dr. L. vom 25.01.2012). Bei einer in diesem Zusammenhang durchgeführten MRT-Untersuchung des rechten Ellenbogengelenkes vom 09.01.2012 zeigten sich nach den Angaben des Radiologen Dr. M. arthrotische Veränderungen im Gelenk sowie ein Sulcus nervus ulnaris-Syndrom. Die infolge des Unfalls arbeitsunfähige Klägerin wurde nach einer vorübergehenden Ruhigstellung von ca. 2-3 Wochen intensiv physiotherapeutisch beübt, ohne dass indes eine Besserung eintrat. Auch eine im April 2012 durchgeführte komplex-stationäre Rehabilitation in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen blieb ohne Erfolg, so dass im Rahmen einer Arthroskopie des rechten Handgelenks ein Debridement am Diskus vorgenommen wurde (vgl. hierzu Gutachten Prof. Dr. N.). Trotz Fortsetzung der Physiotherapie trat in der Folgezeit keine wesentliche Befundverbesserung mehr ein, so dass die Klägerin - so Dr. O., Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen im Befundbericht vom 02.08.2012 - seit dem Unfalltag dauerhaft in ihrer bisherigen Tätigkeit arbeitsunfähig ist. Die Klägerin verkaufte im Mai 2012 ihre Praxis.

Im Zuge des von der Klägerin parallel geführten Verfahrens zur Anerkennung einer BK 2106 (Druckschädigung der Nerven) erstattete Dr. P. der Beklagten am 26.03.2012 ein neurologisches Gutachten. Dort berichtete die Klägerin, nach Operation des Ellenbogens 2008 aufgrund der Arthrose habe sich der Zustand etwas gebessert. Später seien Schmerzen in beiden Handgelenken, rechts mehr als links, aufgetreten. Bei der Klägerin würden Karpaltunnelsyndrome vorliegen, die unabhängig von beruflicher Einwirkung seien, desweiteren degenerative Gelenkerkrankungen aufgrund schicksalhafter Entwicklung ohne berufliche Einwirkung und eine chronifizierte depressive Episode. Arbeitsunfähigkeit sei infolge des Unfalls am 14.12.2011 und nicht aufgrund der Beschwerden des Handgelenks eingetreten. Eine BK komme für das Schädigungsbild nicht in Betracht.

In einer Stellungnahme vom 11.07.2012 gelangte der Präventionsdienst der Beklagten zum Ergebnis, bei der Klägerin liege eine gefährdende Tätigkeit im Sinne der BK 2101 vor. Gestützt auf Stellungnahmen der Beratungsärztin Dr. Q. lehnte die Beklagte die Anerkennung einer BK 2101 mit Bescheid vom 27.11.2012 ab, da es sich nicht wahrscheinlich machen lasse, dass die Aufgabe der Tätigkeit durch die Erkrankung verursacht worden sei.

Im Verfahren wegen der Anerkennung von Unfallfolgen aufgrund des Ereignisses vom 23.08.2003 veranlasste die Beklagte eine weitere unfallchirurgische Begutachtung durch den Facharzt für Handchirurgie Dr. S ... Dieser stellte in seinem Gutachten vom 30.01.2013 eine vollständige Stabilität bei der Bewegungsprüfung des Ellenbogengelenks fest; in der Zusammenschau der Befunde sei mit Wahrscheinlichkeit von einer degenerativen Erkrankung des Ellenbogengelenks rechts auszugehen, welche die Sehnenansätze, die Epicondylen und letztlich auch das Gelenk selbst betreffen würde. Diese Erkrankung sei mit aller Wahrscheinlichkeit ohne äußere Einwirkung schicksalhaft entstanden. Im Hinblick auf das Ereignis vom 14.12.2011 erstattete im Auftrag der Beklagten Prof. Dr. N. das chirurgische Zusammenhangsgutachten vom 12.06.2013 mit radiologischem Zusatzgutachten des Prof. Dr. R. vom 05.06.2013. Gegenüber Prof. Dr. N. äußerte die Klägerin, sie könne aufgrund der Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenks, die vor dem Unfall nicht bestanden hätten, ihren Beruf als Physiotherapeutin nicht mehr ausüben, da sie hierzu wesentlich ihre Handgelenke einsetzen müsse.

In der Folgezeit erhob die Klägerin beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage gegen die Beklagte wegen der Anerkennung einer BK 2106 (S 3 U 1861/13 - gegen die ablehnende Entscheidung des SG ist mittlerweile vor dem erkennenden Senat das Berufungsverfahren [L 3 U 3495/16](#) anhängig) sowie wegen der Anerkennung eines Karpaltunnelsyndroms rechts als eine Wie-BK (S 3 U 1130/14 - die ablehnende Entscheidung des SG ist nach Rücknahme der Berufung rechtskräftig). Ein Karpaltunnelsyndrom links ist als Wie-BK von der Beklagten mittlerweile anerkannt worden.

Am 02.04.2014 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Anerkennung degenerativer Veränderungen am distalen Ansatz des Extensor carpi ulnaris rechts und degenerativer Veränderungen am gemeinsamen Extensorenansatz des rechten Ellenbogens als BK 2101. Die Beklagte legte dieses Schreiben als Antrag auf Überprüfung des Bescheides vom 27.11.2012 gemäß § 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) aus und lehnte den Antrag nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme der Dr. Q. mit Bescheid vom 13.10.2014 ab, da

weder Anhaltspunkte dafür vorliegen würden, dass das Recht unrichtig angewandt worden sei, noch dafür, dass Erkenntnisse vorliegen würden, die bei der Entscheidung vom 27.11.2012 nicht bereits berücksichtigt worden seien. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 04.02.2015 zurück. Ein objektiver Zwang zur Unterlassung der ausgeübten Tätigkeit als Physiotherapeutin habe aufgrund der Befunde nicht bestanden oder lasse sich zumindest nicht wahrscheinlich machen, zumal die Klägerin ihre Tätigkeit bis zum Unfall 2011 regelrecht verrichtet habe.

Hiergegen hat die Klägerin am 20.02.2015 Klage beim SG erhoben und vorgebracht, bereits seit 1997 seien bei ihr wiederholt Überlastungen am gemeinsamen Extensorenansatz rechts aufgetreten. Mit Urteil aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 03.08.2016 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Voraussetzungen der BK 2101 seien nicht nachgewiesen, weil sich das Gericht nicht davon überzeugen vermöge, dass die Epicondylitis die Klägerin zur Aufgabe der versicherten Tätigkeit als Krankengymnastin gezwungen habe. Das Gericht gehe im Hinblick auf die von den Ärzten beschriebenen geringen Ausmaße der Beschwerden davon aus, dass es sich um eine Erkrankung leichter und vorübergehender Art gehandelt habe, bei der kein Zwang zur Tätigkeitsaufgabe vorgelegen habe. Parallel zum Wiederauftreten der Epicondylitis ab 2008 hätten bei der Klägerin dann so zahlreiche und erhebliche anderweitige Erkrankungen bestanden, dass bis zur Aufgabe der belastenden Tätigkeit am 14.12.2011 ein objektiver Zwang zur Aufgabe der Tätigkeit durch die Epicondylitis nicht festzustellen sei. Gegen das der Klägerin am 18.08.2016 zugestellte Urteil hat diese am 14.09.2016 Berufung eingelegt und zur Begründung vorgetragen, sie habe, anstatt den Beruf sofort aufzugeben, 2005 ihren Arbeitsplatz angepasst. Einer späteren Berufsaufgabe, mit der sie sich vor ihrem Unfall am 14.12.2011 beschäftigt habe, sei dann der Unfall zugefallen. Bei ihr hätten mehrere berufsbedingte Erkrankungen betreffend die Hände und Ellenbögen beidseits vorgelegen, die jede für sich genommen sie mit der Zeit zur Aufgabe ihrer Tätigkeit gezwungen hätte. Der Höhepunkt ihrer Erkrankung sei in das Jahr 2005 gefallen; damals habe sie gleich mehrere Ärzte aufgesucht und neben den verabreichten therapeutischen Maßnahmen ihre Arbeitsstätte angepasst, so dass sie ihre Berufstätigkeit noch habe fortsetzen können. 2008 und 2010 habe sie aufgrund von Verschlechterungen Prof. Dr. G. und Dr. I. aufgesucht.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 3. August 2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 13. Oktober 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Februar 2015 zu verurteilen, den Bescheid vom 27. November 2012 zurückzunehmen und bei ihr Veränderungen am distalen Ansatz des Extensor carpi ulnaris rechts und Veränderungen am gemeinsamen Extensorenansatz des rechten Ellenbogens als Berufskrankheit nach Nr. 2101 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung anzuerkennen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie begründet ihren Antrag damit, dass die Anerkennung einer BK 2101 bereits am fehlenden Unterlassungszwang scheitere und ein Zusammenhang zwischen beruflicher Einwirkung und Erkrankung sich nicht herleiten lasse.

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Prozessakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte sowie nach [§ 151 SGG](#) form- und fristgerechte Berufung der Klägerin ist unbegründet.

Zu Recht haben die Beklagte mit den angefochtenen Bescheiden die Rücknahme des die Anerkennung einer BK 2101 ablehnenden Bescheides vom 27.11.2012 abgelehnt und das SG die auf dieses Ziel gerichtete Klage der Klägerin abgewiesen. Denn bei der Klägerin liegt keine BK 2101 vor, da die von der Klägerin geltend gemachten und bei ihr vorliegenden Erkrankungen der Extensoren Ansätzen keinen Unterlassungszwang im Sinne der BK 2101 begründet haben.

Rechtsgrundlage des klägerischen Begehrens auf Rücknahme des Bescheides vom 27.11.2012 ist [§ 44](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Nach Abs. 1 Satz 1 der Regelung ist ein Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei seinem Erlass das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind. Im Übrigen - so Abs. 2 Satz 1 - ist ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft zurückzunehmen. Er kann auch für die Vergangenheit zurückgenommen werden (Abs. 2 Satz 2), wobei eine solche Entscheidung im Ermessen der Verwaltung steht. Diese Bestimmungen ermöglichen eine Abweichung von der Bindungswirkung sozialrechtlicher Verwaltungsakte.

Im vorliegenden Fall findet [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) Anwendung (so auch, ohne weitere Problematisierung, für die streitige Feststellung eines Arbeitsunfalls: BSG, Urteil vom 05.09.2006, [B 2 U 24/05 R](#), juris). Zwar wurde im bestandskräftig gewordenen Bescheid vom 27.11.2012 an sich nicht über Leistungen entschieden, sondern (nur) die Anerkennung der streitigen BK 2101 abgelehnt, so dass durch diesen Bescheid unmittelbar nicht "Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind", wie dies [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) voraussetzt. Für die Anwendung dieser Regelung spricht jedoch, dass es bei der Anerkennung einer BK letztendlich in der Regel doch (mittelbar) um Leistungsansprüche geht. Dabei ist im Anwendungsbereich des Abs. 1 eine gebundene Entscheidung über die Korrektur mit Wirkung für die Vergangenheit zu treffen, während der Behörde im Anwendungsbereich des Abs. 2 insoweit, was die Vergangenheit anbelangt, ein Ermessensspielraum zusteht. Dadurch würde der die Feststellung einer BK begehrende potentielle Leistungsempfänger - was die Rücknahme des bestandskräftigen Bescheides für die Vergangenheit anbelangt - schlechter gestellt, als wenn im bestandskräftigen Bescheid unmittelbar konkrete Leistungsansprüche abgelehnt worden wären. Ein Grund für diese unterschiedliche Behandlung von schlussendlich doch sozialleistungsbezogener Überprüfungsverfahren ist nicht ersichtlich.

Der Bescheid vom 27.11.2012 ist aber nicht rechtswidrig. Die Beklagte hat mit diesen Bescheid zu Recht die Anerkennung einer BK 2101

abgelehnt.

Berufskrankheiten sind nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung oder mit Zustimmung des Bundesrates als BK bezeichnet und die Versicherte in Folge einer den Versicherungsschutz nach den [§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung Krankheiten als BK zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind ([§ 9 Abs. 1 Satz 2](#) erster Halbsatz SGB VII). Hierzu zählen nach Nr. 2101 der Anlage 1 zur BKV Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelsätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. Die Erkrankung muss den Zwang zur Unterlassung aller gefährdenden Tätigkeiten herbeigeführt haben, und als Konsequenz aus diesem Zwang muss die Aufgabe dieser Tätigkeiten tatsächlich erfolgt sein.

Dabei müssen nach ständiger Rechtsprechung im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. BK) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, 2 RU 43/8, juris). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, a.a.O.); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, [B 2 U 47/98 R](#); Urteil vom 02.05.2001, [B 2 U 16/00 R](#); beide in juris). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechterheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, [2/9b RU 28/87](#), juris). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, [2 RU 31/90](#), juris).

Der erkennende Senat vermag sich, wie bereits zuvor das SG, nicht mit der notwendigen Sicherheit davon überzeugen, dass die hier einzig in Betracht kommende Erkrankung am rechten Ellenbogen in Form einer Epicondylitis als einem schmerzhaften Reizzustand der Sehnenansätze von Muskeln des Unterarms einen objektiven Unterlassungszwang begründet hat. Es kann daher dahingestellt bleiben, ob die (nicht degenerativ verursachte) Epicondylitis ursächlich auf die versicherte Tätigkeit der Klägerin zurückgeführt werden kann.

Bei den bei der Klägerin wiederholt festgestellten Erkrankungen der Ansätze von Muskeln und Sehnen im rechten Ellenbogengelenk (Epicondylitis humeri radialis und ulnaris) handelt es sich um Erkrankungen der Periostosen, die grundsätzlich von der BK 2101 erfasst werden (Merkblatt zu BK Nr. 43 [jetzt 2101] der Anl. 1 zur 7. BKVO [Bek. des BMA v. 18.02.1963, BarBBl. Fachteil Arbeitsschutz 1963, 24]; geändert durch Bek. des BMAS v. 01.12.2007, GMBI 2008 S. 2).

Das besondere versicherungsrechtliche Tatbestandsmerkmal des Zwangs zur Unterlassung aller gefährdenden Tätigkeiten setzt voraus, dass die Tätigkeit, die zu der Erkrankung geführt hat, aus arbeitsmedizinischen Gründen nicht mehr ausgeübt werden soll und der Versicherte die schädigende Tätigkeit und solche Tätigkeiten, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich sein können, tatsächlich objektiv aufgegeben hat, wobei es auf das Motiv des Versicherten nicht ankommt (BSG, Urteil vom 22.08.2000, [B 2 U 34/99 R](#), juris).

Aufgrund der durch den Arbeitsunfall vom 14.12.2011 hervorgerufenen dauerhaften Arbeitsunfähigkeit mit späterer Praxisaufgabe hat die Klägerin ab diesem Zeitpunkt die schädigende Tätigkeit aufgegeben. Es muss weiterhin die Krankheit zur Aufgabe gezwungen haben, d.h. objektive Aufgabennotwendigkeit muss bestanden haben; dies verlangt nicht eine absolute Unmöglichkeit der weiteren Tätigkeit. Eine erhebliche Leistungseinschränkung oder die Aufgabe wegen (weiterer) Erkrankungsgefahr genügen (Kass Komm/Ricke, SGB VII [§ 9](#) Rn. 16, auch zum Nachfolgenden). Ein Zwang zum Unterlassen ist solange nicht gegeben, wie andere Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, durch die sichergestellt werden kann, dass der Versicherte die Tätigkeit weiter ausüben kann. Solange es geeignete Maßnahmen medizinischer und/oder arbeitsfördernder Natur gibt, um die Krankheit zu heilen oder die gefährdenden Elemente der Tätigkeit so umfassend zu bekämpfen, dass sie keinerlei gefährdende Auswirkungen mehr haben können, besteht faktisch kein Unterlassungszwang für die gefährdende Tätigkeit.

Gegen eine objektive Aufgabennotwendigkeit zum Zeitpunkt der Beschäftigungsaufgabe, wie aber auch für den Zeitraum davor, spricht, wie bereits das SG zutreffend ausgeführt hat, der Umstand, dass bei der Klägerin zum einen bereits seit langem eine Epicondylitis am rechten Ellenbogen vorliegt, ohne dass dies die Klägerin in der Vergangenheit an ihrer versicherten Berufsausübung gehindert hätte und dass sich zum anderen den zahlreichen vorliegenden ärztlichen Unterlagen nicht entnehmen lässt, dass eine Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit wegen der schon eingetretenen Gesundheitsstörungen oder wegen der Gefahr einer Verschlimmerung oder des Wiederauflebens der Krankheit aus medizinischer Sicht nicht mehr verantwortet werden konnte. So berichteten Dr. B. und der Neurologe C. bereits im Jahre 1998 über seit Jahren bzw. seit 6 Monaten auftretende Beschwerden im Sinne einer Epicondylitis im rechten Ellenbogen ohne Empfehlungen für die weitere Berufsausübung bzw. deren Beschränkung zu geben. Auch Prof. Dr. E. hat bei der Klägerin im Frühjahr 2004 eine beginnende Epicondylitis, seinerseits sogar beidseits, festgestellt, ohne dass er Anlass für operative Maßnahmen oder gar für eine Einschränkung oder Aufgabe der beruflichen Tätigkeit gesehen hat. Dr. D. hat im Rahmen einer Vorsprache der Klägerin im Jahre 2005 - zu dieser Zeit fand sich nach Angaben der Klägerin ein erster Höhepunkt der Ellenbogenbeschwerden - eine Operationsindikation verneint und sogar von Therapieempfehlungen abgesehen. Vielmehr sei die Klägerin aufgrund ihrer "Profession" selbst in der Lage, für die notwendige Entlastung des Ellenbogens zu sorgen. Eine berufliche Relevanz der Erkrankung hat Dr. D. somit in Kenntnis des Berufs der Klägerin nicht gesehen. Aufgrund zweier MRT-Untersuchungen der Klägerin im Mai 2005 stellte der Radiologe Dr. F. lediglich Zeichen einer leichten Epicondylitis fest, diagnostizierte aber erstmalig eine degenerative Schädigung der gemeinsamen Ansatzsehne der Extensoren. Die aufgrund einer von der Klägerin geltend gemachten neuerlichen Verschlechterung der Beschwerdesituation im Juli 2008 stattgefundenen Arthroskopie erfolgte,

so Prof. Dr. G., im Hinblick auf die beginnende Ellenbogengelenksarthrose rechts. Bemerkenswert ist dabei, dass Prof. Dr. G. nach stattgehabter Operation noch nicht einmal eine Ruhigstellung des Ellenbogens für erforderlich erachtet hat. Dr. D. hat bei einer weiteren Vorstellung der Klägerin im Juni 2009 im Hinblick auf den Ellenbogen lediglich eine leichte Ulnarisschädigung festgestellt und von einer Therapieempfehlung diesbezüglich abgesehen; im Vordergrund hat er eine Burn-out-Symptomatik der Klägerin gesehen. Soweit die Klägerin für das Jahr 2010 eine Verschlechterung der Ellenbogenproblematik geltend macht, lässt sich auch insoweit ein objektiver Aufgabenzwang den vorliegenden Arztunterlagen und Arztberichten nicht entnehmen. Dr. I. hat über eine Vorstellung der Klägerin (im August 2010) wegen Beschwerden im rechten Handgelenk und Ellenbogengelenk berichtet und eine Epicondylitis bei fortgeschrittener Ellenbogengelenksarthrose rechts diagnostiziert. Die Klägerin hat sich zur vereinbarten Wiedervorstellung zur Befundkontrolle nicht mehr eingefunden und bei einer weiteren Vorstellung bei Dr. I. Ende 2010 im Wesentlichen über Schmerzen im Bereich der Vorfüße und im Bereich der rechten Hand, nicht aber über die Ellenbogenproblematik rechts, geklagt. Anhaltspunkte für eine erhebliche Beschwerdesituation, die nach dem Vorgesagten einen objektiven Aufgabenzwang begründen könnte, lassen sich den aktenkundigen Arztberichten nach alledem nicht entnehmen.

Dies wird im Übrigen auch durch das Verhalten der Klägerin bestätigt, die erstmals im Jahre 2010 vor dem Hintergrund zunehmender Beschwerden in beiden Händen über eine Aufgabe ihrer beruflichen Tätigkeit nachgedacht hat und in ihrem Antrag vom 03.01.2011 die Ankündigung der Aufgabe ihrer beruflichen Tätigkeit mit der im Dezember 2010 stattgehabten Operation an der rechten Hand begründet hat. Gegenüber dem Gutachter Prof. Dr. N. hat die Klägerin explizit geäußert, die (unfallbedingten) Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenks seien letztendlich ursächlich dafür, dass sie ihren Beruf als Physiotherapeutin nicht mehr ausüben könne. Zwar ist, wie dargelegt, die subjektive Vorstellung des Versicherten, wegen der (tatsächlich ein Aufgabenzwang objektiv rechtfertigenden) Erkrankung seine Tätigkeit aufzugeben, nicht erforderlich und spielt es daher keine Rolle, dass der subjektive Beweggrund der Klägerin zur Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit ein anderer war. Im vorliegenden Fall, in welchem das Krankheitsbild durch nur eingeschränkt objektivierbare Schmerzzustände geprägt ist, kommt indes der Einschätzung der Klägerin eine zumindest indizielle Bedeutung zu. Soweit die Klägerin geltend macht, sie habe 2005 nur durch eine Anpassung ihrer Arbeitsstätte ihre Berufstätigkeit fortsetzen können, findet dies, wie bereits dargelegt, in den ärztlichen Bekundungen aus dieser Zeit keine Stütze. Wie bereits ausgeführt, ist im Übrigen ein Zwang zum Unterlassen solange nicht gegeben, wie andere Mittel zur Verfügung stehen, durch die sichergestellt werden kann, dass die Klägerin die betreffende Tätigkeit weiter ausüben kann. Als geeignete Maßnahmen kommen dabei unter anderem technische und organisatorische Maßnahmen in Betracht (Mehrtens/Brandenburg in: Mehrstens/Brandenburg, BKV - Die Berufskrankheitenverordnung, 01/15, BKV, SGB VII E 009, Rn. 28.5). Hierunter fällt auch der von der Klägerin angeschaffte Schlingentisch. Mit diesem Hilfsmittel war die Klägerin nach ihrem eigenen Vortrag imstande, ihre berufliche Tätigkeit weiterhin auszuüben, so dass auch unter diesem Gesichtspunkt kein Aufgabenzwang bestand.

Zu berücksichtigen ist darüber hinaus die bereits 2005 radiologisch festgestellte und von Dr. I. wie auch vom Gutachter Prof. Dr. H. als mittlerweile fortgeschritten eingestufte Ellenbogengelenksarthrose rechts mit degenerativer Schädigung der gemeinsamen Ansatzsehne der Extensorengruppe. Denn bei dieser degenerativen Erkrankung des Ellenbogengelenks rechts handelt es sich nach den übereinstimmenden und für den Senat schlüssigen und nachvollziehbaren gutachterlichen Ausführungen sowohl des Prof. Dr. H. wie auch des Dr. P. und des Dr. S. um eine Erkrankung aufgrund schicksalhafter Entwicklung ohne Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit der Klägerin. Die gerade auch die Sehnenansätze, die Epicondylen und das Gelenk selbst betreffende degenerative Erkrankung im rechten Ellenbogengelenk, so Dr. S., kann damit nicht ursächlich auf die berufliche Tätigkeit zurückgeführt werden. Die erstmals in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat am 15.02.2017 vorgebrachten Einwände gegen das Gutachten des Dr. S. verfangen nicht. Die Klägerin selbst hat mit Schreiben ihrer damaligen Prozessbevollmächtigten vom 13.08.2012 um eine Begutachtung durch Dr. S. ersucht. Entsprechend der klägerischen Auswahl hat Dr. S. die Klägerin am 20.12.2012 untersucht und unter dem 30.01.2013 das Gutachten erstattet. Der Umstand, dass der dem Dr. S. vorgesetzte Klinikdirektor der Unfall-, Hand- und orthopädischen Chirurgie des Städt. Klinikums E., Professor Dr. D., mitunterzeichnet hat, begründet keine Verletzung des in [§ 200 Abs. 2 SGB VII](#) normierten Auswahl- und Widerspruchsrechts. Denn der von der Klägerin ausgewählte Gutachter Dr. S. hat sich das Gutachten mit seiner Unterschrift in vollem Umfang zu eigen gemacht, selbst wenn es - wofür keinerlei Anhaltspunkte vorliegen - in Teilen nach Erstellung durch Dr. S. durch Prof. Dr. D. korrigiert worden sein sollte. Sonstige Anhaltspunkte, die gegen eine Verwertbarkeit des Gutachtens sprechen, liegen weder vor, noch sind sie von der Klägerin geltend gemacht worden. Damit steht eine konkurrierende Erkrankung im Hinblick auf die Ellenbogenbeschwerden rechts fest, die mangels ursächlicher Rückführbarkeit auf die berufliche Tätigkeit auch nicht zur Begründung des objektiven Unterlassungszwangs herangezogen werden kann. Dabei messen die genannten Gutachter übereinstimmend dieser nichtkausalen degenerativen Gelenkserkrankung den maßgeblichen Anteil an der Beschwerdeproblematik der Klägerin im Ellenbogengelenk zu. Dies überzeugt nicht zuletzt auch angesichts des radiologisch festgestellten Fortschreitens der Arthrose im Ellenbogengelenk zwischen erstmaliger Diagnose 2005 und dem von Dr. I. erhobenen radiologischen Befund aus dem Jahre 2010 sowie des Umstandes, dass die im Juli 2008 von Prof. Dr. G. vorgenommene Arthroskopie - als der bis heute weitreichendste Therapieansatz bezogen auf den Ellenbogen - mit der beginnenden Ellenbogengelenksarthrose begründet wurde und im Zuge dieses Eingriffes eine Synovektomie (arthroskopische Abtragung der arthrotischen Gelenkinnenhaut) erfolgte. Selbst wenn man also - der Klägerin folgend und entgegen der umfangreichen ärztlichen Befundlage - einen medizinisch indizierten Zwang zur Aufgabe der Beschäftigung als Physiotherapeutin aufgrund der Ellenbogenerkrankung rechts bejahen wollte, so fehlte es daher an der Kausalität der (allenfalls) auf die berufliche Tätigkeit zurückführbaren Epicondylitis für diesen angenommenen Aufgabenzwang. Vielmehr wurde spätestens ab 2008 nach zutreffender Auffassung sämtlicher Gutachter die Beschwerdesituation im Ellenbogen rechts ganz maßgeblich durch die degenerativen und gerade nicht durch die berufliche Tätigkeit verursachten Schädigungen hervorgerufen. Die (allenfalls) auf die berufliche Tätigkeit rückführbaren und versicherten Erkrankungen der Ansätze von Muskeln und Sehnen im rechten Ellenbogengelenk wären somit selbst bei angenommenem Unterlassungszwang nicht für diesen wenigstens mitursächlich gewesen.

Somit liegen bei der Klägerin die Voraussetzungen für die Feststellung einer BK 2101 nicht vor und hat die Beklagte deren Feststellung auch zutreffend mit Bescheid vom 27.11.2012 abgelehnt. Die Berufung bleibt daher ohne Erfolg.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved
2017-08-17