

L 17 U 28/04

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
17
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 18 U 166/01
Datum
02.12.2003
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 17 U 28/04
Datum
08.08.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 02. Dezember 2003 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist, ob beim Kläger eine Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2101 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vorliegt. Diese erfasst Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehnenleitgewebes sowie der Sehnen- und Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Der 1951 geborene Kläger erlernte den Beruf eines Bankkaufmannes, studierte sodann an einer Fachhochschule Betriebswirtschaft und arbeitete von 1976 bis 1996 als Programmierer/Datenverarbeitungsorganisator. Danach war er bei der Datenverarbeitungsfirma A GmbH & Co in X als Kundenbetreuer bzw. Systemanalytiker tätig. Ab 30.10.1999 musste er bei einem Kunden der Arbeitgeberin, der Fa. H, in einem Großraumbüro arbeiten, wobei nach der Auskunft der Arbeitgeberin etwa fünf Stunden täglich Arbeiten am PC erfolgten. Der Arbeitsplatz des Klägers war beengt und er konnte bei der Arbeit mit der "Maus" den Unterarm nicht auflegen. Zu Beginn des Jahres 2000 traten Beschwerden im Bereich des Ellenbogens und Unterarmes sowie der Finger und des Handrückens der rechten Hand auf. Vom 27.01. bis 29.02.2000 war der Kläger durch den praktischen Arzt E arbeitsunfähig krank geschrieben worden. Am 25.01.2000 hatte er sich bei dem Orthopäden Dr. T vorgestellt, der eine chronische Tendovaginitis im Bereich der rechten Finger- und Handgelenkstrecksehnen diagnostizierte. Bei einer Untersuchung durch den Internisten und Rheumatologen Dr. T1 am 31.01.2000 wurde die Diagnose Tendopathie der Handstrecksehnen sowie laterale Ellenbogen-Epicondylopathie rechts gestellt, das Vorliegen einer chronisch entzündlichen rheumatischen Systemerkrankung verneint und eine Erkrankung i.S. eines RSI (Repetitive Strain Injury) Syndroms angenommen.

Nach Wiederaufnahme der Tätigkeit am 20.03.2000 kam es erneut zu Hand- und Armbeschwerden, weshalb am 28.03.2000 erneut Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde. Ab dem 09.05.2000 wurde der Kläger von der Ärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin Dr. T2 wegen eines schmerzhaften Reizzustandes der Muskeln und Sehnen behandelt. Sie beschrieb eine Tendinopathie der Handstrecksehnen rechts sowie eine laterale Ellenbogene-pikondylopathie und führte diese auf einen ergonomisch ungünstig gestalteten EDV-Arbeitsplatz zurück. Am 11.05.2000 stellte sich der Kläger bei dem Neurologen und Psychiater Dr. Q vor. Der neurologische Befund war unauffällig, es wurde der Verdacht auf eine Überlastungsreaktion durch ständige Computerarbeit geäußert und eine Medianus- bzw. Ulnarisschädigung rechts ausgeschlossen. Nachdem eine stufenweise Wiedereingliederung auf den Arbeitsplatz in der Zeit vom Juli bis Oktober 2000 fehlgeschlagen war, gewährte die BfA eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in der Weser-Rehabilitationsklinik Bad Q. Im Entlassungsbericht vom 07.05.2001 wurden die Diagnosen myotendinotisches Syndrom des rechten Armes mit Zeichen der lateralen Epicondylopathie des rechten Ellenbogens sowie eines Morbus de Quervain rechts, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom mit Schlafstörungen und depressiver Stimmungslage bei chronischer Krankheitsbelastung, diskrete Varikose der unteren Extremitäten und Marcumar-Behandlung nach tiefer Unterschenkelvenenthrombose rechts gestellt. Eine Besserung der Beschwerdesymptomatik trat nach Angaben des Klägers, der im August 2001 von der Krankenkasse ausgesteuert wurde, anschließend Arbeitslosengeld bezog und jetzt Rente wegen Erwerbsunfähigkeit erhält, nicht ein. Ab Mai 2001 wurde er wegen Verdacht auf RSI-Syndrom der rechten Hand mit Hauptschmerz im Daumen und zusätzlichen Schmerzen bei längerer Belastung im rechten Unter- und Oberarm in der Klinik für Anästhesiologie der Universität L behandelt.

Im Feststellungsverfahren schilderte der Kläger im Juni 2000 den Erkrankungsverlauf und gab an, Schmerzen bei der "Maus"-Bedienung an Daumen, Fingern und Handrücken sowie Ober- und Unterarm gehabt zu haben. Er berichtete ergänzend, dass er bereits im November 1998

wegen eines sog. Tennisarms rechts von dem Orthopäden Dr. G behandelt, vom 27.12.1998 bis 12.01.1999 arbeitsunfähig krank und sodann ab Mitte 1999 wieder praktisch beschwerdefrei gewesen sei. Im Juli 2000 erstattete Dr. T2 eine ärztliche Anzeige über eine BK, worauf die Beklagte Behandlungs- und Befundberichte der behandelnden Ärzte, eine Auskunft der Arbeitgeberin des Klägers vom 11.08.2000 sowie eine Stellungnahme des Arbeitsmediziners Dr. X vom 12.09.2000 einholte. Darin kam dieser gemeinsam mit dem Technischen Aufsichtsbeamten (TAB) L nach einer Besichtigung des Arbeitsplatzes des Klägers zu dem Ergebnis, es sei davon auszugehen, dass beengte und unvorteilhafte Gegebenheiten bei dem vom Kläger inne gehaltenen Arbeitsplatz bei der Firma H vorgelegen hätten. Von einer Überlastungssituation durch unergonomische Verhältnisse könne ausgegangen werden, weil z.B. eine geeignete Handballenaufgabe gefehlt und der Unterarm bei der Tätigkeit mit der "Maus" nicht habe aufgelegt werden könne. Auch wenn der Kläger nach eigenen Angaben mitunter zwei Stunden ununterbrochen mit der "Maus" habe arbeiten müssen, müssten die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Entstehung der BK 2101 verneint werden. Er habe derartige handbelastende Tätigkeiten nämlich nur in einem zeitlich begrenzten Umfang ausgeführt und auch im Hinblick auf die zeitliche Verteilung Misch Tätigkeiten verrichtet.

Nach Beiziehung des Erkrankungsverzeichnisses der Krankenkasse des Klägers, aus dem sich ergibt, dass er zwischen 1989 und 1994 mehrfach wegen Erschöpfungszustandes, Schlafstörungen und reaktiver Depression und vom 17.12.1998 bis 07.01.1999 wegen Tendovaginitis rechter Unterarm bzw. Epicondylitis humeri radialis rechts arbeitsunfähig krank war, veranlasste die Beklagte - einem Wunsch des Klägers entsprechend - eine Untersuchung und Begutachtung durch den Orthopäden Dr. C in G. Dieser kam im Gutachten vom 26.11.2000 und einer Stellungnahme vom 22.12.2000 zu dem Ergebnis, beim Kläger liege ein komplexes Überforderungssyndrom des rechten Armes im Sinne einer Erkrankung der Sehnen- und Muskelansätze im Bereich des peripheren radialen Speichenendes sowie des Epicondylitis radialis humeri mit ausstrahlenden Schmerzen bis in die Schulter-Nacken-Region und die Finger vor. Die Erkrankung sei wesentlich ursächlich auf die langjährige belastende berufliche Tätigkeit des Klägers zurückzuführen, habe erstmals im Dezember 1998 zu einer Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit geführt und dann im Rahmen eines besonders unergonomischen Arbeitsplatzes ab 27.01.2000 erneute Arbeitsunfähigkeit verursacht. Es handele sich um eine BK nach Nr. 2101 der Anlage zur BKV, zumal keine anderen Ursachen der Beschwerdesymptomatik auf orthopädischem Gebiet erkennbar seien. Die durch die BK bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei mit 20 v.H. einzuschätzen. Die Beklagte holte ein Gutachten nach Aktenlage von dem Arbeitsmediziner Dr. X1 in D ein. Dieser führte am 31.05.2001 aus, eine BK 2101 könne weder arbeitstechnisch noch arbeitsmedizinisch wahrscheinlich gemacht werden. Der Kläger sei seit 1976 an EDV-Arbeitsplätzen eingesetzt gewesen und habe daher langjährig arbeitsübliche Belastungen verrichtet. Wenn Ende 1998 erstmals Beschwerden am rechten Arm aufgetreten seien, könnten diese nicht auf die berufliche Tätigkeit zurückgeführt werden. Davon bleibe unberührt, dass der Kläger in der Zeit vom 30.10.1999 bis 27.01.2000 an einem ergonomisch ungünstigen Arbeitsplatz gearbeitet habe, was die damals aufgetretene Überlastungsreaktion des rechten Armes erkläre. Die spezifischen Merkmale der BK Nr. 2101 mit einer Erkrankung der Sehnencheiden bzw. der Sehnen- oder Muskelansätze lägen nicht vor; der Vollbeweis einer solchen Erkrankung sei durch Dr. C nicht erbracht. Das von ihm diagnostizierte "komplexe Überforderungssyndrom" entspreche nicht dem Krankheitsbild dieser BK und der erhobene körperliche Untersuchungsbefund lasse nicht erkennen, um welche konkrete Erkrankung es sich gehandelt habe, da weder Atrophiezeichen, eine Kraftminderung oder Druckdolenzen an typischer Stelle beschrieben worden seien und auch neurologische Ausfälle nicht festzustellen waren. Soweit Dr. C die wissenschaftliche Diskussion zu einem sog. Tastaturarm-RSI-Syndrom angeführt habe, könnten diese Darlegungen nicht als gesicherte medizinische Erkenntnisse im Sinne des BK-Rechts interpretiert werden.

Mit Bescheid vom 20.07.2001, bestätigt durch Widerspruchsbescheid vom 04.12.2001, lehnte die Beklagte die Anerkennung einer BK nach Nr. 2101 der Anlage zur BKV ab. Sie begründete dies damit, dass nach den arbeitstechnischen und medizinischen Ermittlungen sowohl die haftungsbegründende als auch die haftungsausfüllende Kausalität nicht nachgewiesen sei.

Dagegen hat der Kläger am 11.12.2001 vor dem Sozialgericht (SG) Düsseldorf Klage erhoben.

Das SG hat Beweis erhoben durch die Einholung eines Gutachtens von Dr. T3, Leitender Arzt der Klinik für Handchirurgie der Katholischen Kliniken S - St. K-Krankenhaus L - in F. Dieser ist darin am 18.12.2002 zusammenfassend zu dem Ergebnis gelangt, zwar habe der Kläger in der Zeit von Ende Oktober 1999 bis Januar 2000 unter unergonomischen Bedingungen gearbeitet, die prinzipiell geeignet gewesen seien, eine Überlastungsreaktion i.S.d. BK Nr. 2101 hervorzurufen. Bei der Untersuchung habe sich indes ein akuter oder auch chronischer Reizzustand der Sehnen nicht objektivieren lassen. Lediglich der röntgenologische Befund der rechten oberen Extremität mit einer diskreten Kalksalzminderung des rechten Handgelenks belege einen gewissen Mindergebrauch der rechten Hand anlässlich der vom Kläger vorgebrachten Schmerzen bei Belastung. Zwar sei im Januar 2000 die Diagnose "Tendinopathie der Handstrecksehnen rechts sowie lateraler Ellenbogenepicondylopathie rechts" gestellt worden, entsprechende Befunde der erstbehandelnden Ärzte fehlten aber gänzlich. Der drei Tage nach der Krankenschreibung erhobene Befund des Rheumatologen Dr. T1 beschreibe einen kompletten Faustschluss mit guter Griffkraft, freie Bewegungsgrade und keine Entzündung der Gelenkschleimhaut oder des Sehnenleitlagers. Auch die durchgeführte beidseitige Handgelenkssonographie sei ohne pathologischen Befund gewesen. Aus handchirurgischer Sicht sei daher daraus eine Erkrankung des Sehnenleitgewebes nicht abzuleiten. Retrospektiv sei offenbar die geschilderte Schmerzsymptomatik entscheidend für die Diagnosestellung gewesen. Schon Dr. X1 habe darauf hingewiesen, dass nicht erkennbar sei, welche konkrete Erkrankung beim Kläger vorgelegen habe. Zusammenfassend sei festzustellen, dass das beim Kläger bestehende Schmerzsyndrom der oberen Extremität nicht auf die berufliche Tätigkeit zurückzuführen sei und keine BK nach Nr. 2101 der Anlage zur BKV darstelle. Nachdem der Kläger dieser Beurteilung durch Vorlage einer Stellungnahme von Dr. T2 vom 25.02.2003 entgegengetreten ist, hat das SG eine ergänzende Stellungnahme von Dr. T3 vom 16.06.2003 eingeholt, in der dieser an seiner Einschätzung festgehalten hat.

Mit Urteil vom 02.12.2003 hat das SG die Klage abgewiesen. Auf die Entscheidungsgründe wird Bezug genommen.

Gegen das ihm am 18.01.2004 zugestellte Urteil hat der Kläger am 03.02.2004 Berufung eingelegt. Er ist der Ansicht, dem Gutachten von Dr. T3 könne nicht gefolgt werden, denn dieser habe zu Unrecht das Vorliegen einer Erkrankung im Sinne der streitigen BK verneint. Dass eine Erkrankung der Sehnen- und Muskelansätze im Bereich des peripheren radialen Speichenendes sowie des Epicondylitis radialis humeri vorgelegen habe, könne angesichts der von der behandelnden Ärzten seinerzeit erhobenen Befunde nicht zweifelhaft sein. Dazu hat der Kläger Atteste des Allgemeinmediziners E (17.12.2001) des Orthopäden Dr. T (12.02.2001) sowie ein sozialmedizinisches Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Nordrhein vom 29.12.2000 vorgelegt. Schließlich habe Dr. T3 auch nicht berücksichtigt, dass eine BK nach Nr. 2101 meist auf den Boden einer Vorschädigung bzw. körpereigenen Veranlagung entstehe, so dass die Tatsache, dass bereits früher Beschwerden in der rechten Hand bzw. am rechten Arm behandelt worden seien, nicht gegen einen Ursachenzusammenhang

zwischen der Erkrankung und der beruflichen Tätigkeit spreche.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 02.12.2003 zu ändern und unter Aufhebung des Bescheides der Beklagten vom 20.07.2001 i.d.F. des Widerspruchsbescheides vom 04.12.2001 festzustellen, dass bei ihm eine BK nach Nr. 2101 der Anlage zur BKV vorliegt.

Die Beklagte, die dem angefochtenen Urteil beipflichtet, beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Auf Antrag des Klägers ist nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) weiterer Beweis erhoben worden. Prof. Dr. F, Institut für Arbeitsmedizin des Klinikums der Universität G, hat am 02.06.2005 ein Gutachten erstattet und dabei eine orthopädische Befunderhebung durch Dr. C in P vom 24.05.2005 berücksichtigt. Die Sachverständige (SV) ist zu dem Ergebnis gelangt, es bestehe eine Epicondylitis radialis rechts stärker als links. Das Krankheitsbild unterfalle der BK 2101 und sei darauf zurückzuführen, dass der Kläger seit 1998 zunehmend mit der "Maus" gearbeitet habe und diese Arbeiten ab Ende 1999 in zeitlich größerem Umfang und unter ergonomisch ungünstigen Bedingungen verrichtet habe. Verwirrend sei allerdings, dass seinerzeit von Dr. T2 die Diagnose Tendinopathie gestellt worden sei und auch Dr. T1 diese Erkrankung diagnostiziert habe. Die Tendinopathie unterfalle jedoch nicht der streitigen BK und es müsse davon ausgegangen werden, dass die Diagnosestellung ungenau in Unkenntnis des Berufkrankheitenrechts erfolgt sei. Dies gelte auch bezüglich des von anderen Ärzten beschriebenen RSI-Syndroms. Hinweise auf eine Sehnen- bzw. Sehnenscheidenentzündung bzw. einen Morbus de Quervain habe Dr. C jetzt nicht mehr gefunden. Es sei davon auszugehen, dass das Umfassen der "Maus" mit der Hand und das permanente Klicken der "Maus" im Ganzen eine Streckung der Handgelenke bewirke, die geeignet sei, eine Sehnenansatzkrankung auf der äußeren (lateralen oder radialen) Seite des Ellenbogens hervorzurufen. Es gebe insoweit eine Reihe von arbeitsmedizinischen Studien, die zeigten, dass sowohl eine Epicondylitis als auch eine Tendovaginitis de Quervain häufig bei Beschäftigten an Computerarbeitsplätzen zu finden seien, auch wenn insoweit kein expliziter Bezug auf Tätigkeiten mit der "Maus" hergestellt werde. In der aktuellen Literatur seien auch Hinweise dafür vorhanden, dass die Benutzung der "Maus" bei der Computerarbeit geeignet sei, das Risiko von Beschwerden im Hand/Arm-Bereich zu erhöhen, wobei allerdings darauf hinzuweisen sei, dass es keine Studien gebe, die auf ärztlichen Diagnosen basierten. Da die Benutzung der "Maus" auch eine Beanspruchung des Daumens beinhalte, führe dies dazu, dass die Sehnen permanent beansprucht würden und es zu einer Irritation in der Sehnenscheide komme. Es habe sich deshalb in der Vergangenheit auch um die typische Sehnenscheidenentzündung de Quervain gehandelt. Die Entstehung dieser Beschwerden beim Kläger sei dadurch begünstigt worden, dass er während der Tätigkeit den Unterarm nicht habe auflegen können. Es sei nach alledem wahrscheinlich, dass eine BK Nr. 2101 beim Kläger vorliege. Diese Bedinge seit der endgültigen Aufgabe der Tätigkeit im Oktober 2000 eine MdE um 30 v. H.

Der Senat hat - nachdem die Beklagte Einwendungen gegen das Gutachten vorgebracht hat - ergänzende Stellungnahmen von Dr. T3 eingeholt. Dieser hat darin am 14.09.2005 und 13.04.2006 ausgeführt, die Diagnose einer rechtsseitigen Epicondylitis radialis sei entgegen Prof. Dr. F keinesfalls gesichert. Bei der eigenen Untersuchung seien dafür keine Befunde erhoben worden, während bei der letzten Untersuchung durch Dr. C vom Kläger stärkste Beschwerden angegeben worden seien. Bei Durchsicht der Befundunterlagen ergebe sich, dass der Kläger immer wechselnde Beschwerden angegeben habe, die zu unterschiedlichsten Diagnosen geführt hätten. Auch neurologischerseits sei ein eindeutiger krankhafter Befund nicht zu erheben gewesen. Es müsse daher von einer psychosomatischen Komponente des Beschwerdebildes ausgegangen werden. Entgegen Prof. Dr. F sei die Arbeit mit der "Maus" auch nicht geeignet, zu einer permanenten Streckung des Handgelenkes und der Handgelenks- und Fingerstrecksehnen zu führen. Im Gegenteil werde der Zeigefinger der rechten Hand gebeugt und federe passiv zurück. Selbst bei schwebendem Unterarm werde das Handgelenk in gerader Position gehalten und nicht in Streckposition gebracht. Zwar werde nicht bestritten, dass bei Untersuchung von Computernutzern Schmerzen am Ellenbogen, an den Sehnenscheiden und an den Sehnenansätzen geäußert würden, jedoch habe seit Einführung der Arbeiten am PC und mit der "Maus" die Zahl der an Epicondylitis Erkrankten keinesfalls zugenommen. Der Kläger ist diesen Stellungnahmen entgegengetreten, hat u. a. einen Bericht des Dr. Q vom 28.10.2005 vorgelegt und darauf hingewiesen, dass der Neurologe und Psychiater Dr. C1 im Gutachten vom 15.03.2005 für den Rentenversicherungsträger auf seinem Fachgebiet keine Erkrankung habe feststellen können. Weiter hat der Kläger auf Veröffentlichungen verwiesen, die sich mit Erkrankungen von Computerbenutzern bzw. Beschäftigten an Bildschirmarbeitsplätzen befassen. In einer ergänzenden Stellungnahme hat Prof. Dr. F am 18.11.2005 an ihrer Beurteilung der Zusammenhangsfrage festgehalten und betont, für sie sei die Diagnose einer Epicondylitis lateralis oder radialis rechts hinreichend gesichert. Auch die zeitnahen mit der Erkrankung beschriebenen Befunde passten durchaus zu dieser Diagnose bzw. einer Sehnenscheidenentzündung de Quervain. Entgegen Dr. T3 spreche auch nicht gegen die berufliche Verursachung der Erkrankung, dass schon im Jahre 1998 erstmals Beschwerden am rechten Arm aufgetreten seien und mit Sistieren der Belastung verschwunden seien.

Der Senat hat schließlich ein Gutachten von Dr. I, Chefarzt der Abteilung für Plastische Chirurgie, Ästhetische Chirurgie und Handchirurgie des N-Krankenhauses T eingeholt. Darin hat dieser am 09.02.2007 ausgeführt, beim Kläger liege eine Epicondylitis radialis humeri mit Supinatorlogensyndrom (algetische Form) vor. Bei dieser Form der Erkrankung handele es sich nicht um eine Erkrankung der Sehnenscheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze. Es müsse davon ausgegangen werden, dass nach neuester wissenschaftlicher Erkenntnis das beim Kläger jetzt zu findende Schmerzareal hauptsächlich auf einer Kompressionssymptomatik des Nervus radialis im Bereich der Supinatorloge beidseits (rechts ausgeprägter als links) beruhe. Eine BK nach Nr. 2101 der Anlage zur BKV liege nicht vor. Die typischen Befunde eines solchen Krankheitsbildes seien bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit Ende Januar 2000 nicht beschrieben worden. Die einzige konkrete Befundung durch Dr. T1 habe bei Schmerzen und einer Entzündungsneigung im rechten Handrücken keine Befunde ergeben, die eine Epicondylitis humeri radialis entsprochen hätten. Auch der Orthopäde Dr. T habe bei seiner Untersuchung keinen Befund erhoben, der auf eine Epicondylitis humeri radialis hingedeutet habe. Von Dr. T2 seien gleichfalls keine Befunde beschrieben worden, die für die streitige BK typisch seien. Das von ihr im Bericht vom 10.07.2000 diagnostizierte Schulterarmsyndrom rechts mit Überlastungsschmerz der Unterarmsehnen des rechten Arms widerspreche dem Vorliegen der BK. In dem Bericht des Dr. F von der Klinik für Anästhesiologie der Universität Köln vom 18.12.2001 werde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der vom Kläger vorgebrachte Schmerz das Handgelenk nicht überschreite und Schmerzen im Bereich von Unterarm und Oberarm einschließlich Ellenbogengelenk nicht bestätigt wurden. Dafür, dass es sich bei der Beschwerdesymptomatik des Klägers um eine Epicondylitis radialis humeri mit Supinatorlogensyndrom (algetische Form) handele, die nicht auf die Belastungen durch die Arbeit mit der "Maus" zurückzuführen sei, spreche auch, dass schon Dr. T2 im Mai 2000 über ähnliche Beschwerden im linken Arm berichtet habe und auch Dr. C bei seiner

Untersuchung 2005 in Bezug auf den linken Epikondylos radialis einen ähnlichen, allerdings deutlich geringer ausgeprägten Befund erhoben habe. Dass dieser ebenfalls in Zusammenhang zu bringen sei mit der Arbeit am PC, werde von Prof. Dr. F nicht behauptet und sei auch deshalb unwahrscheinlich, weil dafür die arbeitstechnischen Voraussetzungen in keinsten Weise erfüllt seien. Auffallend sei, dass im Verlauf des gesamten Verfahrens die Diagnose eines RSI-Syndroms in den Vordergrund gerückt sei, wofür nicht mehr die ursprünglich angeschuldigte unergonomische Arbeitssituation ab November 1999 bei der Fa. H angeschuldigt werde, sondern die seit 1976 ausgeübte Tätigkeit am PC. Dabei werde die Tätigkeit mit der "Maus" einem sog. "Mausarm" und dem "Tennisellenbogen" bzw. der Epycondylitis radialis humeri vom Kläger gleichgesetzt und mit dem RSI-Syndrom vermengt. Schließlich müsse berücksichtigt werden, dass die BK 2101 heute wegen entlastender Arbeitsmittel und -techniken selten sei und Insertionstendopathien auch ohne beruflich stärkere Beanspruchung häufig aufträten, wobei letztere zu einer Verstärkung der subjektiven Beschwerden führen könnten, ohne dass dadurch die Erkrankung selbst objektiv wesentlich beeinflusst werde.

Eine Durchsicht der von 1989 bis 2004 angezeigten Fälle der BK 2101 ergebe, dass diese nicht zugenommen, sondern sich um mehr als die Hälfte reduziert hätten. Soweit Prof. Dr. F und Dr. C auf arbeitsmedizinische Literatur verwiesen hätten, wonach Computerbenutzer zunehmend über arbeitsplatzbezogene Erkrankungen berichteten, würden unterschiedliche Befindlichkeitsstörungen angegeben, wobei zudem ein explizierter Bezug auf "Hand-Arm-Probleme" durch Maustätigkeit fehle, wie auch Prof. Dr. F zugestanden habe. Es werde in den aktuellen Studien im Wesentlichen über Hand-Arm-Beschwerden, Schulter- und Nackenbeschwerden als auch Muskelskelettbeschwerden berichtet, wobei es aber überwiegend um Belastungen durch repetitive Vorgänge bei Tastaturanschlägen gehe. Ein Bezug zu Erkrankungen i.S.d. BK 2101 werde durch epidemiologische Studien nicht belegt. Soweit die SV des Vertrauens des Klägers die Ansicht vertreten habe, es komme bei der Arbeit mit der Maus zu einer permanenten Überstreckung der Sehnen und so zu einer Irritation der Sehnenscheiden, sei dies - wie Dr. T3 zutreffend dargelegt habe - in Wirklichkeit nicht der Fall. Unabhängig davon, dass somit auch der zeitliche Zusammenhang zwischen der Diagnostik einer Epicondylitis radialis humeri rechts und der angeschuldigten unergonomischen Arbeitsplatzsituation von Ende 1999 bis 2000 nicht gegeben sei, sei die von Prof. Dr. F vorgenommene Einschätzung der MdE mit 30 v.H. in keiner Weise nachzuvollziehen. Untersuchungsbefunde, die eine wesentliche Funktionsbeeinträchtigung der rechten Hand belegten, seien schon von Dr. T3 nicht beschrieben worden und hätten auch jetzt nicht erhoben werden können. Objektive Hinweise auf die vom Kläger behauptete weitgehende Funktionseinschränkung der rechten Hand bestünden nicht und die von ihm selbst am PC geschriebenen umfangreichen Schriftsätze stünden dazu in eklatantem Widerspruch. Erst recht sei ein medizinischer Zwang zur Tätigkeitsaufgabe zu verneinen. Nach alledem liege die streitige BK beim Kläger nicht vor.

Während die Beklagte sich durch das Gutachten in ihrer Auffassung bestätigt sieht, ist der Kläger der Ansicht, der Beurteilung durch den SV Dr. I könne nicht gefolgt werden. Weder habe ein so eingehende Untersuchung stattgefunden wie bei Dr. C/Prof. Dr. F noch habe sich der zuletzt gehörte Gutachter eingehend mit der Arbeitsplatzsituation befasst. Sein Gutachten sei nicht geeignet, die Beurteilung der Zusammenhangsfrage durch die auf seinen Antrag gehörte SV zu widerlegen. Im Übrigen sei inzwischen durch Urteil des Verwaltungsgerichts Göttingen vom 22.08.2006 (Az.: [3 A 38/05](#)) anerkannt worden, dass Sehnenscheidenentzündungen der Hand durch langjährige Arbeit am PC-Standard-Tastaturen und -Mäusen entstehen könnten und eine BK im Sinne der Nr. 2101 der BKV darstellten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte verwiesen. Die Verwaltungsakten und die Schwerbehindertenstreitakte S 36 SB 377/01 lagen vor und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen, denn der angefochtene Verwaltungsakt ist rechtmäßig. Eine BK nach Nr. 2101 der Anlage zur BKV liegt beim Kläger nicht vor. Dass er im Berufungsverfahren von dem Entschädigungsantrag abgewichen ist, über den das SG zu Unrecht entschieden hat, weil es insoweit an einer Verwaltungsentscheidung fehlt (vgl. dazu BSG [SozR 4 - 2700 § 8 Nr. 6](#); BSG, Urteil vom 13.12.2004 - [B 2 U 29/04 R -](#)), stellt gemäß [§ 99 Abs. 3 Nr. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) keine Klageänderung dar und ist deshalb zulässig (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG 8. Aufl. 2005, § 99 Rdnr. 4).

Nach § 9 Abs. 1 Satz 1 des Siebten Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung - (SGB VII) sind Berufskrankheiten Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als BK bezeichnet hat und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden. Die Feststellung einer BK setzt voraus, dass der Versicherte im Rahmen der versicherten Tätigkeit schädigenden Einwirkungen im Sinne der BK ausgesetzt gewesen ist, die geeignet sind, einen entsprechenden Gesundheitsschaden zu bewirken. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich ihrer Art und ihres Ausmaßes (sog. arbeitstechnische Voraussetzungen) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen sein ([BSGE 61, 127](#), 130; [63, 270](#), 271; Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, [§ 9 SGB VII](#) Rdnr. 3; Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheiten-Verordnung, E [§ 9 SGB VII](#) Rdnr. 14). Der ursächliche Zusammenhang zwischen versicherter Tätigkeit und Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie zwischen Einwirkung und Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) beurteilt sich nach der unfallrechtlichen Kausalitätslehre von der wesentlichen Bedingung. Danach sind nur die Bedingungen (mit-)ursächlich, die wegen ihrer besonderen Bedeutung für den Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (BSG, a.a.O.). Die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität müssen hinreichend wahrscheinlich sein; die bloße Möglichkeit genügt nicht (BSG [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#) und § 551 Nr. 1; Mehrtens/Brandenburg, a.a.O. Rdnr. 26). Dieser Zusammenhang ist unter Zugrundelegung der herrschenden arbeitsmedizinischen Lehrauffassung, die bei der Beurteilung maßgebend ist (BSG [SozR 1500 § 128 Nr. 31](#); BSG [SozR 3 - 3850 § 52 Nr. 1](#); BSG, Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 26/04 R -](#); Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl. S. 146) erst dann gegeben, wenn mehr für als gegen den Zusammenhang spricht und ernste Zweifel an einer anderen Verursachung ausscheiden ([BSGE 32, 203](#), 209; [43, 110](#), 113; BSG [SozR 3 - 1300 § 48 Nr. 67](#)). Die Faktoren, die für den Zusammenhang sprechen, müssen die gegenteiligen deutlich überwiegen (vgl. Schulz-Weidner, SGB 1992, 59 f., 65).

Von diesen rechtlichen Voraussetzungen ausgehend ist nach dem Gesamtergebnis der arbeitstechnischen und medizinischen Ermittlungen im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren nicht nachgewiesen, dass die BK Nr. 2101 beim Kläger vorliegt. Nach dem Merkblatt zur BK 43 der Anlage 1 zur 7. BKVO (Bekanntmachung des BMA vom 08.02.1963, Bundesarbeitsblatt Fachteil Arbeitsschutz 1963, 24 f., abgedruckt bei Mehrtens/Brandenburg, a.a.O., M 2101 S. 1 f.), kann die Erkrankung durch einseitige langdauernde mechanische Beanspruchung und ungewohnte Arbeiten aller Art bei fehlender oder gestörter Anpassung entstehen. Krankheitsbilder sind nach Abschnitt II des Merkblattes (a.a.O.) die Paratenonitis (Tendovaginitis crepitans), Periostosen an Sehnenansätzen (Epicondylitis und Styloiditis) sowie in seltenen Fällen

die Tendovaginitis stenosans. Als für die Verursachung ursächlich anzusehende berufliche Einwirkungen kommen einseitige, langandauernde mechanische Beanspruchungen wie kurzzyklische, repetitive feinmotorische Handtätigkeiten mit hoher Bewegungsfrequenz (mindestens 10.000 Bewegungsabläufe pro Stunde = 3 pro Sekunde), hochfrequente feinmotorische Tätigkeiten, insbesondere bei unphysiologischer Haltung sowie Überanspruchung durch ungewohnte Arbeiten aller Art bei fehlender oder gestörter Anpassung bzw. bei repetitiver Arbeitsverrichtung mit statischen und dynamischen Anteilen in Betracht, bei denen eine einseitig von der Ruhestellung stark abweichende Haltung der Gliedmaßen erforderlich ist (LSG NRW, Urteil vom 25.09.2001 - [L 5 U 104/99](#) -; Mehrtens/Brandenburg, a.a.O., Rdnrn. 2 und 4.1; Schönberger u.a., a.a.O. S. 1237). Nach herrschender Meinung ist eine arbeitstägliche Dauer dieser Einwirkung von mindestens drei Stunden bei einer Gesamtbelastungszeit von in der Regel fünf Jahren erforderlich (Mehrtens/Brandenburg, a.a.O. Rdnr. 4.2; Schönberger u.a., a.a.O. S. 1238; zweifelnd: Schur/Koch in Lauterbach: Unfallversicherung - SGB VII - Kommentar, [§ 9 SGB VII](#) Anhang IV zu Nr. 2101 Rdnr. 5; LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 14.04.2005 - [L 1 U 18/03](#) - = [NZS 2006 S. 157](#)). Diese endzündlichen Veränderungen der Sehnenscheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze treten relativ kurzfristig nach nicht gewohnter einseitiger Belastung bei entweder fehlender Anpassung oder aber aufgrund körperlicher Gegebenheiten auf. Die akute endzündliche Reaktion kann in ein chronisches Stadium übergehen oder bei entsprechender Belastung immer wieder aufflackern, weshalb ihr dann der Status einer Berufskrankheit zugeordnet wird (vgl. Mehrtens/Brandenburg, a.a.O. Rdnr. 4.3; Schönberger u.a., a.a.O. S. 1239). Daraus folgt zugleich, dass Erkrankungen leichter und vorübergehender Art keine BK darstellen, weil bei ihnen der Zwang zur Tätigkeitsaufgabe fehlt (LSG Niedersachsen, Urteil vom 10.12.2001 - [L 2 U 36/99](#) -; Schur/Koch, a.a.O. Rdnr. 8).

Dass der Kläger während seines Einsatzes in den Räumen der Fa. H vom 30.10.1999 bis 27.01.2000 im Sinne der streitigen BK belastend tätig war, ist von dem Arbeitsmediziner Dr. X nach Besichtigung des Arbeitsplatzes im Zusammenwirken mit dem technischen Aufsichtsbeamten (TAB) L in seiner Stellungnahme vom 12.09.2000 verneint worden, auch wenn - im Wesentlichen aufgrund der Schilderung des Klägers - eingeräumt worden ist, dass beengte und unvorteilhafte Arbeitsmöglichkeiten bestanden haben. Auch für die Tätigkeit des Klägers bei seinem damaligen Arbeitgeber ist eine Gefährdung im Hinblick auf die ausgeglichene Mischttätigkeit mit durchschnittlich einer Stunde handschriftlicher Tätigkeit, fünf Stunden maschineller Tätigkeit und zwei Stunden sonstiger Arbeit verneint worden. Dass der Kläger seinerzeit an einem unergonomisch ungünstigen Arbeitsplatz gearbeitet hat und dies zu einer Überlastungsreaktion des rechten Armes habe führen können, hat allerdings der von der Beklagten gehörte Arbeitsmediziner Dr. X1 in seinem Gutachten, das urkundsbeweislich zu verwerten ist, angenommen. Davon ist auch der im ersten Rechtszug gehörte SV Dr. T3 ausgegangen und auch Dr. I bestreitet in seinem Gutachten nicht, dass seinerzeit der Kläger unter ungünstigen arbeitstechnischen Bedingungen am PC arbeiten musste. Er hat insoweit darauf hingewiesen, dass dies auch schon Ende 1998 der Fall gewesen ist, wo der Kläger wegen einer besonders intensiven Belastung durch PC-Arbeit wegen einer Epicondylitis behandelt worden ist. Der wesentliche Unterschied zwischen der Beurteilung der arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Entstehung der streitigen BK zwischen Dr. X, Dr. X1, Dr. T3 und Dr. I einerseits und Dr. C und Prof. Dr. F andererseits besteht darin, dass letztere auch eine langjährige Belastung im Sinne der BK annehmen, die zu einem Krankheitsbild im Sinne der BK 2101 führen kann. Bestehen in Bezug auf die Bewertung der arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK durch die im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren gehörten Gutachter und Sachverständigen unterschiedliche Auffassungen, so ist auch im arbeitsmedizinischen Schrifttum umstritten, welche Erkrankungen im Einzelfall Folge der beruflich belastenden Tätigkeit sein können (vgl. z. B. Schur/Koch, a.a.O. Rdnr. 6 m.w.N.).

Ist nach alledem schon zweifelhaft, ob die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Entstehung der BK 2101 im Sinne des Vollbeweises nachgewiesen sind, so ist nach dem Gesamtergebnis der medizinischen Ermittlungen im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren ebenso nicht erwiesen, dass beim Kläger eine Erkrankung vorliegt, die der BK unterfällt und auf seine berufliche Tätigkeit zurückzuführen ist. Zwar ist dies von dem Orthopäden Dr. C in seinem für die Beklagte im November/Dezember 2000 erstatteten Gutachten, das gleichfalls urkundsbeweislich zu verwerten war, angenommen worden und auch die im Berufungsverfahren gehörte arbeitsmedizinische SV Prof. Dr. F hat das Vorliegen einer durch die berufliche Tätigkeit entstandenen Epicondylitis radialis behauptet. Dagegen hat seinerzeit schon Dr. X1 erhebliche Einwände gegen die Feststellungen von Dr. C geäußert, den Nachweis einer BK Nr. 2101 nicht als geführt angesehen und die im Gerichtsverfahren gehörten handchirurgischen SVen Dr. T3 und Dr. I haben so grundsätzliche Einwände gegen die Beurteilung der Zusammenhangsfrage vor allem durch Prof. Dr. F erhoben, dass der Senat es nicht als erwiesen ansieht, dass die streitige BK hier tatsächlich vorliegt. Dafür sind im Einzelnen folgende Gründe maßgebend:

Der vorliegende Sachverhalt ist in medizinischer Hinsicht dadurch gekennzeichnet, dass im Zusammenhang mit dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit beim Kläger im Januar 2000 von den behandelnden Ärzten - möglicherweise auch aufgrund der inkonsistenten Beschwerdeangaben des Klägers - unterschiedliche Diagnosen gestellt worden sind, die zum Teil mit einer BK 2101 nicht zu vereinbaren sind. Zum anderen sind die seinerzeit erhobenen Befunde ausgesprochen unergiebig und widersprüchlich, was eine sichere Diagnose erheblich erschwert. Soweit Dr. C ein "komplexes Überforderungssyndrom des rechten Armes" diagnostiziert und in seiner ergänzenden Stellungnahme von einem RSI-Syndrom gesprochen hat, unterfällt dies - wie schon Dr. X1 dargelegt hat - nicht dem Krankheitsbild der BK 2101. Daraus folgt zugleich, dass die vom Kläger in Bezug genommene Veröffentlichungen über den sog. "Mausarm" bei Computerbenutzern und das damit einhergehende RSI-Syndrom nicht geeignet sind, den Anspruch zu stützen. Auch Frau Prof. Dr. F hat insoweit zutreffend darauf hingewiesen, dass das RSI-Syndrom nicht der BK 2101 zugeordnet werden kann. Ihren Ausführungen ist insoweit zuzustimmen, als sie dargelegt hat, dass die von Dr. T1 am 31.01.2000 gestellte Diagnose einer Tendopathie der Handstrecksehnen, die auch von Dr. T2 diagnostiziert worden ist, nicht mit einer Erkrankung der Sehnenscheiden, des Sehnengleitgewebes und damit der BK gleichgesetzt werden kann. Dass darüber hinaus die von Dr. T1 erhobenen Befunde ebenso die Diagnose einer - der BK zuzuordnenden - Tendovaginitis nicht belegen, haben die SVen Dr. T3 und Dr. I übereinstimmend dargetan und dies zutreffend damit begründet, dass von Dr. T1 Hinweise auf eine dafür sprechende Sehnenscheidenentzündung ausdrücklich verneint worden sind. Dieser Befund und die von Dr. T1 beschriebenen uneingeschränkten Funktionsfähigkeit der rechten Hand spricht dagegen und für die von dem Orthopäden Dr. T aufgrund einmaliger Untersuchung am 25.01.2000 gestellte Diagnose einer chronischen Tendovaginitis im Bereich der rechten Finger- und Handgelenkstrecksehnen findet sich ebenfalls kein nachvollziehbarer Befund. Dass der Kläger bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 27.01.2000 an einer Epicondylitis radialis gelitten hat, ist nicht i.S. des Vollbeweises bewiesen. Zwar hat Dr. T1 die Diagnose einer lateralen Ellenbogenepicondylopathie rechts gestellt und auch Dr. T2 hat von einer lateralen Ellenbogenepicondylopathie rechts gesprochen, jedoch sind - wie Dr. T3 und Dr. I einmütig dargetan haben - von beiden Ärzten seinerzeit keine Befunde beschrieben worden, die diese Diagnose belegten. Eine solche Diagnose ist schließlich auch von Dr. T nicht angegeben worden. Allerdings hat dann der Gutachter Dr. C im November 2000 ausgeführt, beim Kläger liege eine Epicondylitis radialis humeri rechts vor und im Entlassungsbericht aus der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Bad Q vom 07.05.2001 wurde u.a. die Diagnose myotendinotisches Syndrom des rechten Armes mit Zeichen der lateralen Epicondylopathie des rechten Ellenbogens sowie eines Morbus de Quervain gestellt. Waren die seinerzeit von Dr. C1

beschriebenen Befunde nicht beweisend für eine Epicondylitis rechts wie schon Dr. X1 dargetan hat, und hat auch SV Dr. T3 bei seiner Untersuchung des Klägers im Dezember 2002 dafür keine sicheren Nachweise gefunden, so bezweifelt der Senat aufgrund der späteren Untersuchung durch Dr. C im Oktober 2005 nicht, dass nunmehr beim Kläger eine Epicondylitis radialis beidseits - rechts allerdings stärker ausgeprägt - vorliegt. Die Diagnose einer beidseitigen Epicondylitis wird auch von Prof. Dr. F gestellt und von Dr. I nicht bezweifelt. Allerdings ist mit Letzterem davon auszugehen, dass es sich um eine Sonderform, nämlich mit Supinatorlogensyndrom (algetische Form) handelt, die - wie im Folgenden noch näher dargelegt werden wird - nicht auf die berufliche Tätigkeit zurückzuführen ist.

Prof. Dr. F hatte ausgeführt, dass beim Kläger im Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit eine Tendovaginitis stenosa de Quervain vorgelegen hat. Diese Erkrankung besteht in einer Entzündung der Sehnenscheiden nach Verengung des Sehnenfaches meist im Bereich des Daumens und unterfällt der BK 2101 (vgl. Mehrtens/Brandenburg, a.a.O. Anm. 2; Schur/Koch, a.a.O. Rdnr. 6). Eine chronische Tendovaginitis im Bereich der rechten Finger- und Handgelenksstrecksehnen hatte auch Dr. T bescheinigt, indes sind von ihm dafür keine entsprechenden Befunde beschrieben worden. Insbesondere ergibt sich aus dem von Dr. T1 wenige Tage später erhobenen Befunden gerade kein Hinweis auf eine Entzündung der Gelenkschleimhaut oder des Sehnenleitgewebes. Eine solche Erkrankung ist von Dr. C im Gutachten vom 20.11.2000 nicht behauptet worden und er hat bei seinen Befunderhebungen vom 24.05.2005 keine Hinweise auf eine Erkrankung der Sehnen bzw. Sehnenscheiden gefunden und einen Morbus de Quervain ausdrücklich ausgeschlossen. Wenn Prof. Dr. F der Auffassung ist, es sei durch die Arbeiten mit der "Maus" unter den ungünstigen ergonomischen Bedingungen zu einer Überstreckung des rechten Handgelenkes und insbesondere des Daumens gekommen, weshalb die Tätigkeit für die Verursachung der BK geeignet gewesen sei, so haben Dr. T3 und Dr. I dieser These widersprochen und - für den Senat überzeugend - nachgewiesen, dass es bei der in Rede stehenden Handhabung der "Maus" nicht zu einer permanenten Streckung im Handgelenk kommt. Selbst bei schwebendem Unterarm - so hat Dr. T3 dargetan und durch entsprechendes Bildmaterial nachgewiesen - wird das Handgelenk in gerader Position gehalten und nicht in Streckposition gebracht. Im Zusammenhang damit hat Dr. I nach Durchsicht des arbeitsmedizinischen Schrifttums zu Erkrankungen von PC-Benutzern darauf hingewiesen, dass darin vor allem belastende hochrepetitive Vorgänge durch das Bedienen der Tastatur als Ursache für Hand-Arm-Beschwerden erörtert würden. Ist somit die von der SV des Vertrauens des Klägers angenommene Überanspruchung der Strecksehnen nicht erwiesen, so kommt hinzu, dass sie einräumen muss, dass die von ihr in Bezug genommenen arbeitsmedizinischen Studien keinen expliziten Bezug auf eine besondere Gefährdung durch die Handhabung der "Maus" belegen. Darauf hat auch Dr. I hingewiesen und in Auswertung der von Prof. Dr. F angeführten Studien bestätigt, dass diese nicht auf ärztlichen Diagnosen beruhten und insbesondere in keiner arbeitsmedizinisch nachgewiesen wurde, dass die Handhabung der "Maus" tatsächlich zu einer Erkrankung der Sehnen- und Muskelansätze im Bereich des äußeren Oberarmknochens führe. Daraus folgt, dass die von Prof. Dr. F abgegebene Begründung für das Vorliegen einer BK 2101 auf medizinisch nicht gesicherten Hypothesen und einer unzutreffenden Vorstellung über die bei der Handhabung der "Maus" auftretenden Belastungen der Sehnen beruht. Sind - wie dargelegt - von den seinerzeit behandelnden Ärzten auch keine Befunde beschrieben worden, die für eine Epicondylitis radialis beweisend sind, so kommt hinzu, dass der Kläger nach Aufgabe der Tätigkeit im weiteren Verlauf der Behandlung durch Dr. T2 ähnliche Beschwerden im linken Arm angegeben hat. Aufgrund der Untersuchung und Befunderhebung durch Dr. C im Mai 2005 ist erwiesen, dass beim Kläger im Bereich des linken Armes die gleiche Beschwerdesymptomatik - wenn auch deutlich geringer - als rechts besteht. Dementsprechend ist auch Prof. Dr. F vom Vorliegen einer beidseitigen Epicondylitis radialis ausgegangen. Allerdings hat der SV Dr. I zutreffend darauf hingewiesen, dass die nunmehr auch für den linken Arm gesicherte Beschwerdesymptomatik ein gewichtiges Indiz gegen die berufliche Verursachung der Beschwerden ist, weil es in Bezug auf den linken Arm schon an einem zeitlichen Zusammenhang mit der angeschuldigten Belastung von Oktober 1999 bis Januar 2000 fehlt und überdies bezüglich der linken Hand und des linken Armes die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK 2101 unzweifelhaft nicht gegeben sind. Auf diesen für die Beantwortung der Beweisfragen außerordentlich wichtigen Gesichtspunkt ist Prof. Dr. F nicht eingegangen. Dass auch die linksseitige Epicondylitis radialis Folge der beruflichen Tätigkeit des Klägers ist, wird von ihm nicht behauptet.

Die vorstehend aufgezeigten Unklarheiten und Widersprüche in der Beschreibung der klinischen Befunde und der Bezeichnung des Krankheitsbildes durch die seinerzeit behandelnden Ärzte und in der Folgezeit durch die im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren gehörten Gutachter sowie deren unterschiedliche Einschätzung des Nachweises der haftungsbegründenden Kausalität finden indes eine Erklärung, wenn mit Dr. I davon ausgegangen wird, dass hier eine Sonderform der Epicondylitis radialis humeri, nämlich der mit Supinatorlogensyndrom (algetische Form) vorliegt. Bei dieser Form der Erkrankung handelt es sich nicht um eine Erkrankung der Sehnenscheiden oder des Sehnenleitgewebes bzw. der Sehnen- oder Muskelansätze, wie sie von der BK 2101 erfasst ist. Vielmehr ist die beim Kläger bestehende Beschwerdesymptomatik aufgrund der beschriebenen Schmerzareale Folge einer Kompressionssymptomatik des Nervus radialis im Bereich der Supinatorloge beidseits. Eine solche neurologische Ursache der Beschwerden wurde schon im Mai 2000 von Dr. Q vermutet. Ist auch die Pathogenese des Supinatorlogensyndroms der algetischen Form und seine Abgrenzung zur (herkömmlichen) Epicondylitis radialis humeri umstritten, und fehlen sowohl für die Epicondylitis lateralis humeri wie für das Supinatorlogensyndrom vom algetischen Typ allgemein akzeptierte klare Definitionen mit objektivierbaren diagnostischen Kriterien und anerkannten Therapierichtlinien, wie Dr. I dargelegt hat, so hat der SV aus der vom Kläger vorgebrachten Beschwerdesymptomatik, den von ihm selbst erhobenen Befunden und dem Erkrankungsverlauf für den Senat plausibel geschlussfolgert, dass es sich hier um diese Sonderform der Epicondylitis radialis humeri handelt. Dies erklärt rückblickend auch, dass von den behandelnden Ärzten keine Befunde erhoben oder beschrieben worden sind, die eine Erkrankung des Sehnenleitgewebes oder der Sehnen- bzw. Muskelansätze beweisen und deshalb das Krankheitsbild unterschiedlich bezeichnet wurde. Die Beurteilung der Zusammenhangsfrage durch Dr. I gewinnt auch dadurch an Überzeugungskraft, indem er einräumt, dass der Kläger nach längerer besonders intensiver Arbeit am PC im November 1998 an einer akuten Epicondylitis radialis humeri gelitten hat, was durch die seinerzeit von Dr. G erhobenen Befunde bewiesen sei, die Erkrankung aber durch die Behandlung dieses Arztes in der Folgezeit ausgeheilt ist. Dass damit vergleichbare eindeutige Befunde für eine solche Erkrankung im Januar 2000 nicht vorgelegen haben, wurde bereits dargelegt.

Soweit der Kläger unter Hinweis auf das Urteil des Verwaltungsgerichts Göttingen vom 22.08.2006 der Ansicht ist, es sei dadurch bewiesen, dass Arbeiten mit der "Maus" am PC zu einer BK 2101 führen könnten, übersieht er, dass der dortigen Entscheidung ein anderer arbeitstechnischer wie medizinischer Sachverhalt und ein anderes arbeitsmedizinisches Beweisergebnis zugrundelag. Die dortige Klägerin hatte jahrelang ausschließlich Arbeiten am PC verrichtet und bei ihr war im Zusammenhang mit dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit - anders als hier - eine Sehnenscheidenentzündung (Tendovaginitis) im rechten Unterarm nachgewiesen worden, die nicht erfolgreich behandelt werden konnte. Hier ist aber von einer nur wenige Monate dauernden ungünstigen ergonomischen Arbeitsplatzsituation auszugehen und es wird von Prof. Dr. F das Vorliegen der BK 2101 jetzt nicht mit einer Tendovaginitis, sondern mit einer Erkrankung der Sehnen und Muskelansätze i.S.e. Epicondylitis humeri radialis begründet. Wenn der Kläger in seinen umfangreichen Stellungnahmen unter Hinweis auf im Internet vorhandene Veröffentlichungen zur gesundheitlichen Gefährdung bei Tätigkeiten an Bildschirmarbeitsplätzen bei der Bedienung

der Tastatur und Handhabung der "Maus" und der gegebenen Möglichkeit hinweist, dass sich ein sog. RSI-Syndrom i.S.e. "Mausarmes" entwickeln könne, wurde schon dargelegt, dass - auch nach zutreffender Auffassung der SV Prof. Dr. F - das RSI-Syndrom nicht der streitigen BK zugeordnet werden kann. Dass intensive Arbeiten am PC insbesondere durch die Handhabung der "Maus" zu den der BK 2101 zugeordneten Krankheitsbildern führen können, ist nicht durch entsprechende epidemiologische Studien belegt, wie die im Berufungsverfahren gehörten SVen übereinstimmend dargelegt haben. Wenn Dr. T3 und Dr. I ausgeführt haben, die Entwicklung der elektronischen Datenverarbeitung und der Einrichtung von PC-Arbeitsplätzen habe nicht zu einer Zunahme von Erkrankungen i.S.d. streitigen BK geführt, so wird dies durch die vom Kläger vorgelegten Veröffentlichungen nicht widerlegt. Zutreffend hat Dr. I unter Bezugnahme auf die entsprechende Statistik des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) nachgewiesen, dass die Zahl der angezeigten Fälle von 1989 mit 2096 auf 846 im Jahre 2004 zurückgegangen ist (vgl. Mehrtens/Brandenburg, a.a.O., R 10 S. 32). Daraus muss der Schluss gezogen werden, dass die Zahl der Arbeitsplätze, an denen sich Versicherte eine Erkrankung i.S.d. Nr. 2101 der Anlage zur BKV beziehen können - das waren in der Vergangenheit in der Mehrzahl Stenotypistinnen, die mechanischen Schreibmaschinen benutzten, seltener geworden sind, was sich durch die entlastenden Arbeitsmittel und Techniken ohne weiteres erklärt (vgl. dazu Rompe/Erlenkämper, Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 4. Aufl. 2004 S. 427; Schur/Koch, a.a.O. Rdnr. 3). Wenn Dr. I daraus gefolgert hat, dass heutzutage nur selten Kraftanstrengungen gefordert werden, die zu einer Überanspruchung des Sehnengleitgewebes, der Sehnen- und Muskelansätze führen, Insertionstendopathien sich auch ohne die beruflich stärkere Beanspruchung häufig finden, weshalb nur selten sich eine wesentliche Verursachung durch die Tätigkeit wahrscheinlich machen lässt, so entspricht dies gleichfalls gesicherter arbeitsmedizinischer Erkenntnis (vgl. Mehrtens/Brandenburg, a.a.O. M 2101 Rdnr. 5; Rompe/Erlenkämper, a.a.O.).

Zusammenfassend kann daher hier eine BK Nr. 2101 deshalb nicht festgestellt werden, weil zum einen die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Entstehung der BK nicht i.S.d. Vollbeweises erwiesen sind, zum anderen nicht der Nachweis geführt ist, dass bei Aufgabe der schädigenden Tätigkeit Ende Januar 2000 tatsächlich beim Kläger eine Erkrankung der Sehnenscheiden oder des Sehnengleitgewebes bzw. der Sehnen- oder Muskelansätze vorgelegen hat, die in der Folgezeit diagnostizierte Epicondylitis radialis nicht in zeitlichem Zusammenhang mit der angeschuldigten Belastung (Arbeiten mit der Maus ab Oktober 1999) aufgetreten ist, zudem eine Epicondylitis auch am linken Arm vorliegt und schließlich die Beschwerdesymptomatik und der Erkrankungsverlauf dafür sprechen, dass eine berufsabhängige Sonderform der Epicondylitis radialis i.S.e. Supinatorlogensyndroms vom algetischen Typ besteht. Liegt mithin die streitige BK beim Kläger nicht vor, so kann dahinstehen - auch im Hinblick auf den nicht mehr streitigen Rentenanspruch -, ob die von Prof. Dr. F vorgenommene MdE-Bewertung überhaupt den maßgeblichen Erfahrungswerten (vgl. zu deren Beachtung BSG SozR 2200 § 581 Nrn. 23, 27; BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 5, Bereiter-Hahn/Mehrtens, a.a.O. § 56 SGB VII Rdnr. 10.2 ff.) entspricht, was von Dr. I aufgrund der von ihm erhobenen Befunde, die eine relevante Gebrauchsminderung des rechten Armes nicht belegen, einleuchtend verneint worden ist.

Die Berufung musste daher mit der Kostenfolge des [§ 193 SGG](#) erfolglos bleiben.

Gründe für die Zulassung der Revision i.S.v. [§ 160 Abs. 2 SGG](#) lagen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2009-06-30