



Die erforderliche Kausalität zwischen einem Arbeitsunfall und einer Epicondylitis ("Tennis-Ellenbogen") als Gesundheitsschädigung liegt nicht vor, wenn Anzeichen einer traumatisch bedingten Epicondylitis und ein zeitlicher Zusammenhang mit dem Unfallereignis fehlen. Zudem ist nach unfallmedizinischen Erkenntnissen ein Trauma überhaupt nur äußerst selten die Ursache einer Epicondylitis.

§ 56 SGB VII

Beschluss des LSG Berlin-Brandenburg vom 10.11.2008 – L 3 U 237/07 –
Bestätigung des Urteils des SG Berlin vom 05.09.2007 - S 68 U 254/07 -

Streitig war, ob eine beim Kläger festgestellte Erkrankung am Ellenbogen (Epicondylitis radialis humeri) Folge eines Arbeitsunfalls war. Der Kläger war bei der Arbeit mit der Streckseite seines rechten Ellenbogengelenkes an ein Krangehänge gestoßen. Der Senat hat die haftungsausfüllende Kausalität zwischen Arbeitsunfall und Körperschädigung verneint. Es fehlten sowohl die Anzeichen für eine traumatisch bedingte Epicondylitis (direkte Gewalteinwirkung an der Außenseite des Ellenbogengelenks mit sichtbarer Weichteilschwellung und Blutergussverfärbung, Prellmarke, Druckschmerz) wie der zeitliche Zusammenhang mit dem Unfallereignis und dem erstmaligen aktenkundigen Auftreten eines Druckschmerzes im Bereich des Epicondylus. Außerdem sei zu beachten, dass nach den Erkenntnissen der Unfallmedizin ein Trauma überhaupt nur äußerst selten die Ursache einer Epicondylitis sei.

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat mit Beschluss vom 10.11.2008 – L 3 U 237/07 – wie folgt entschieden:

Gründe

I.

Streitig ist die Anerkennung einer Epicondylitis radialis humeri ("Tennis-Ellenbogen") als Folge eines Arbeitsunfalls.

Der am geborene Kläger, der gelernter Einrichter für Werkzeuge und Maschinen ist, stieß am 19. September 2005 in der Werkstatt seines Arbeitgebers, der Fa. K-B B GmbH, bei einer Körperdrehung mit der Streckseite seines rechten Ellenbogengelenkes an ein Lastaufnahmemittel (Krangehänge). Der Kläger arbeitete zunächst weiter und suchte am 21. September 2005, nachdem sich eine verstärkte Schwellung entwickelt hatte, den Durchgangsarzt Dr. K auf. Die durchgeführte Röntgenuntersuchung des rechten Ellenbogens in zwei Ebenen zeigte keine frische Knochenverletzung. Dr. K stellte Schwellungen des proximalen (körpernahen) Unterarms und des Ellenbogens über dem Olecranon (Ellenbogenspitze) und im Bereich der Bursa (Schleimbeutel) Olecrani, eine leichte Überwärmung und eine endgradig eingeschränkte Bewegung ohne Anhalt für einen Infekt bei intakter Fingerbeweglichkeit und freiem Radius- (Speichen)köpfchen und freier Pro- und Supination (Aus- und Einwärtsdrehung der Arme) fest und diagnostizierte eine posttraumatische Bursitis olecrani (Schleimbeutelentzündung an der Ellenbogenspitze). Der Kläger wurde mit einer Oberarmkunststoff-schiene versorgt, die am 27. September 2005 nach Rückgang der Schwellung und Rötung abgenommen wurde, und anschließend weiter mit Salbenverbänden, elastischen Verbänden sowie antiphlogistischer Medikation behandelt. Seit dem 01. Oktober 2005 war der Kläger wieder arbeitsfähig, eine für den 25. Oktober 2005 vorgesehene Wiedervorstellung nahm er nicht mehr wahr (Abschlussbericht Dr. K vom 14. November 2005).



Der Kläger stellte sich am 29. Dezember 2005 mit Schwellungen und Spannungsschmerzen wieder bei Dr. K vor (Zwischenbericht vom 09. Januar 2006), wünschte jedoch wegen einer anstehenden Urlaubsreise Arbeitsfähigkeit ab dem 19. Januar 2006. Eine am 06. Februar 2006 durchgeführte nochmalige Röntgenkontrolle des rechten Ellenbogens verlief unauffällig (Zwischenbericht vom 06. Februar 2006). Eine MRT-Untersuchung vom 08. Februar 2006 bestätigte die Verdachtsdiagnose einer Epicondylitis radialis/lateralis humeri ohne Zeichen der knöchernen Beteiligung sowie einer Bursitis olecrani (Bericht der radiologischen Praxis Ärztehaus F, Dres. V, S K vom 08. Februar 2006). Die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. B stellte eine lokale Schwellung, eine erhebliche schmerzbedingte Funktionsstörung Unterarm/Hand, jedoch ohne Hinweis für radikuläre oder periphere neurogene Läsionen fest (Bericht vom 07. Februar 2006). Der Durchgangsarzt Dr. K berichte am 17. Februar 2006 über eine Restschwellung im Bereich der Bursa des rechten Ellenbogengelenkes, eine belastungsabhängige Beschwerdesymptomatik im Sinne einer Epicondylitis humeri radialis, jedoch seien keine therapeutischen Maßnahmen mehr notwendig, zumal der Versicherte zwischenzeitlich wegen einer Bizepssehnenverletzung aus privater Ursache stationär behandelt werde.

Der nach einer erneuten Vorstellung des Klägers beim Durchgangsarzt von der Beklagten beauftragte Facharzt für Chirurgie/Unfall- und Handchirurgie und Durchgangsarzt Dr. M diagnostizierte in seinem Befundbericht vom 09. Mai 2006 eine chronisch entzündlich veränderte Bursa olecrani im rechten Ellenbogengelenk, die bei Belastung typische Beschwerden wie bei einem Tennisarm verursache. Der Kläger gebe auch Schmerzen im Bereich des Epicondylus radialis an, die sich jedoch im Moment als nicht so gravierend darstellten, da er aufgrund einer anderen Erkrankung arbeits-unfähig geschrieben sei und den rechten Arm nicht belaste. Ein Zusammenhang der Beschwerden mit dem Unfallereignis vom 19. September 2005 könne durchaus bejaht werden. Die chronische Bursitis olecrani am rechten Ellenbogengelenk sei als Folge des Unfalls aufgetreten und bis heute kontinuierlich vorhanden. Die Beschwerden im Bereich der Streckmuskulatur könnten als Begleitreaktion auf die chronische Entzündung des Schleimbeutels wegen örtlicher Nähe bewertet werden. Auch könne durch das Stoßen des Ellenbogens eine direkte Interaktion im Bereich der sehnigen Ansätze der Streckmuskulatur des Unterarmes aufgetreten sein.

Am 06. Juni 2006 wurde der entzündete Schleimbeutel an der Ellenbogenspitze operativ entfernt. Die pathologisch-anatomische Begutachtung führte zu der Diagnose einer chronischen Bursitis mit größeren Eisenablagerungen (wie nach vorangegangener Traumatisierung) ohne Malignitätsverdacht (Bericht der Gemeinschaftspraxis für Pathologie, Dr. von H, Dr. R vom 12. Juni 2006). Die postoperative Behandlung verlief im Wesentlichen problemlos, unter manueller Lymphdrainage kam es zum Rückgang der Schwellung, der Kläger klagte lediglich noch über wiederkehrende leichte Schmerzen im Ellenbogen und im Epicondylus (Op-Bericht vom 23. Mai 2006, Zwischenberichte Dr. K vom 17. Juli und vom 02. August 2006). Im Einverständnis mit dem Arbeitgeber wurde eine Belastungserprobung des Klägers vom 14. bis zum 25. August 2006 mit 4 Stunden arbeitstäglich und vom 28. August bis zum 08. September 2006 mit 6 Stunden arbeitstäglich begonnen, jedoch gegen Ende wegen eines Abszesses am rechten Oberschenkel, der operiert werden musste, abgebrochen. Im Übrigen sei die Belastungserprobung weitgehend gut toleriert worden, der Kläger habe lediglich über Schmerzen im Bereich des Epicondylus berichtet, die antiphlogistisch behandelt worden seien. Die berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung sei zum 01. September 2006 zu beenden. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) im rentenberechtigenden Ausmaß sei nicht verblieben (Zwischenbericht Dr. K vom 18. September 2006)



In seinem im Auftrag der Beklagten erstatteten unfallchirurgischen Gutachten vom 16. Oktober 2006 kam der Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie/Durchgangsarzt Dr. K zu dem Ergebnis, der Kläger habe sich bei dem Unfallereignis am 19. September 2005 eine Prellung an der Streckseite des rechten Ellenbogengelenkes in Höhe des Ellenhakens mit gleichzeitiger Quetschung des Schleimbeutels zugezogen, wodurch sich eine traumatische chronifizierende Schleimbeutelentzündung entwickelt habe. Die körperliche Untersuchung habe ansonsten unauffällige Konturen am rechten Ellenbogengelenk bei reizloser Narbenbildung an der Streckseite in Höhe der Ellenhakenspitze nach Entfernung des Schleimbeutels ergeben. Als wesentliche Unfallfolgen seien eine reizlose Narbenbildung an der Streckseite des rechten Ellenbogens in Höhe des Ellenhakens ohne messbar verbliebene unfallbedingte Funktionsstörungen zu nennen. Dagegen seien die chronische Epicondylitis an der Außenseite des rechten Ellenbogengelenks mit ausstrahlenden Schmerzen in den Unterarm, besonders beim Heben der Hand, bei der Unterarmdrehung bzw. beim Faustschluss, und die leichten Sensibilitätsstörungen im Endgebiet des Ellenbogens am rechten Kleinfinger als unfallunabhängig zu beurteilen. Die Epicondylitis sei auf ein Missverhältnis von Belastung und Belastbarkeit der sehnigen Ansatzstelle der gemeinsamen Fingerstrecker bzw. des kurzen Handstreckers am äußeren Höcker des Ellenbogengelenkes zurückzuführen. Dabei spielten entzündliche bzw. degenerative Veränderungen im Sinne einer Tendopathie eine Rolle. Ein Trauma sei äußerst selten als Ursache einer Epicondylitis anzusehen. Ein Zusammenhang ließe sich nur bei direkter Gewalteinwirkung mit sichtbarer Weichteilschwellung und Blutergussverfärbung, meist in Verbindung mit einer Prellmarke, herstellen. Derartige direkte Verletzungsfolgen am äußeren Ellenbogengelenk seien jedoch nicht gefunden worden, bei der Erstuntersuchung habe kein Druckschmerz in diesem Gebiet bestanden. Auch der Kläger selbst habe einen Anprall gegen die Außenseite des Ellenbogengelenks nicht behauptet, sondern genau auf die Stelle der Ellenhakenspitze gezeigt. Es sei auch nicht vorstellbar, dass gleichzeitig eine Prellung der Streck- und der Außenseite erfolgt. Eine Schleimbeutelentzündung sei nicht in der Lage, eine Epicondylitis ursächlich auszulösen. Das Speichenköpfchen, welches sich dicht unterhalb des Höckers befinde, sei als "frei" beschrieben worden. Ebenso wenig lasse sich ein zeitlicher Zusammenhang mit dem Unfallereignis und dem Auftreten einer Epicondylitis herstellen. Der Durchgangsarzt habe erst Monate später, Anfang Januar 2006, über eine zunehmende Symptomatik bei zwischenzeitlicher Arbeitsfähigkeit berichtet. Zwar habe der Versicherte nach Abnahme des Oberarmschienenverbandes Beschwerden am Ellenbogengelenk verspürt, jedoch seien Beschwerden nach einer Bursitis und einer längeren Ruhigstellung, zumindest anfänglich, ähnlich wie bei einer Epicondylitis. Gegen einen Zusammenhang spreche auch der Verlauf bei einem relativ kurzen unfallbedingten Krankenstand vom 21. bis zum 30. September 2005. Demgegenüber seien die weiteren Arbeitsunfähigkeitszeiten vom 02. bis zum 18. Januar 2006 und vom 06. bis zum 17. Februar 2006 nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen, da nur eine Schleimbeutelvergrößerung ohne erhebliche Entzündungszeichen bestanden habe. Der Krankenstand vom 10. April bis zum 05. Juni 2006 sei ebenso wenig auf die Folgen des Arbeitsunfalls zurückzuführen, weil eine fortbestehende Behandlungsbedürftigkeit wegen der Folgen einer distalen Bizepssehnenruptur links und der unfallunabhängigen Epicondylitis bestanden hätte. Da am 06. Juni 2006 der Schleimbeutel operativ entfernt worden sei, lasse sich bei entsprechender Nachbehandlung ein unfallbedingter Krankenstand vom 06. Juni bis zum 01. September 2006 medizinisch begründen bei Beginn einer Belastungsprobung ab dem 14. August 2006. Beim Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit habe keine messbare MdE bestanden, ebenso nicht ab dem 02. September 2006 bei einem endgültigen Behandlungsabschluss der Unfallfolgen.

Die Beklagte lehnte daraufhin mit Bescheid vom 31. Oktober 2006 einen Rentenanspruch aufgrund des Arbeitsunfalls ab, da die MdE über die 26. Woche nach Eintritt des Arbeitsunfalls bzw. nach dem Ende des Verletztengeldanspruches nicht um wenigstens 20 v. H. gemindert gewesen sei. Eine MdE in messbarem Grade sei nicht verblieben. Als Unfallfolge erkannte die Beklagte eine Prellung durch Anstoßen mit der Rückseite des rechten Ellenbogengelenkes in Höhe des Ellenhakens an, welche nach operativ entferntem Schleimbeutel bei reizloser Narbenbildung zum 01. September 2006 folgenlos ausgeheilt sei. Nicht als Folgen des Arbeitsunfalls erkannte die Beklagte die chronische Epicondylitis am rechten Ellenbogengelenk mit ausstrahlendem Schmerz in den Unterarm, leichten Sensibilitätsstörungen im sensiblen Endgebiet des Ellenervs am rechten Kleinfinger bei zeitweise bestehenden Missempfindungen, die Distorsion des rechten Kniegelenks mit Innenmeniskusläsion, den operativ behandelten Bizepssehnenabriss am linken Oberarm und die operativ behandelten Abszesse am rechten Oberschenkel an.

Den hiergegen eingelegten Widerspruch, mit dem der Kläger unter Hinweis auf die Diagnosen von Dr. K und Dr. M vortrug, dass es sich bei der Epicondylitis am rechten Ellenbogengelenk sehr wohl um eine Unfallfolge handele, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 09. Januar 2007 unter Bezugnahme auf das Gutachten von Dr. K vom 16. Oktober 2006 als unbegründet zurück.

Hiergegen hat sich der Kläger mit seiner vor dem Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage gewendet und unter Bezugnahme auf die Diagnosen von Dr. K und Dr. M begehrt, die Epicondylitis als direkte Unfallfolge anzuerkennen. Dr. K als erstbehandelnder Arzt habe die Möglichkeit gehabt, Verletzungsumfang und Krankheitsverlauf unmittelbar verfolgen zu können. Im Termin zur mündlichen Verhandlung hat der Kläger ergänzend vorgebracht, er könne heute nicht mehr sagen, wo genau in seinem Ellenbogenbereich damals der Anstoß gewesen sei. Dieser Bereich sei angeschwollen. Ihm sei daraufhin im Rahmen der Behandlung ein Gipsverband angelegt worden. Zwei oder drei Tage nach der Abnahme des Gipsverbandes seien die Schwellungen wieder aufgetreten. Es seien nach Abnahme der Schiene auch schon die Beschwerden einer Epicondylitis vorhanden gewesen, so dass er nicht mehr habe richtig greifen können. Nach der Operation sei alles wieder besser geworden. In der Ellenbogenregion sei er aber nach wie vor nicht schmerzfrei, allerdings könne er wieder greifen und den Arm drehen.

Die Beklagte ist bei ihrer Auffassung geblieben, dass die Epicondylitis nicht als Unfallfolge anzuerkennen sei.

Mit Urteil vom 05. September 2007 hat das SG die Klage abgewiesen und ausgeführt, die als Feststellungsklage gem. § 55 Abs. 1 Nr. 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Klage sei nicht begründet. Die Epicondylitis rechts, wie sie u. a. ausweislich des MRT-Befundes vom 08. Februar 2006 beim Kläger bestehe, sei nicht als Folge des Arbeitsunfalls anzuerkennen. Ausweislich der mit der Fachliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage 2003, Kapitel 8.6., S. 607 ff.) in Übereinstimmung stehenden Ausführungen des Dr. K sei bei der ersten Untersuchung des Klägers nach dem angeschuldigten Unfallereignis kein direktes Anpralltrauma gegen die Außenseite des rechten Ellenbogengelenks festgestellt worden, direkte Verletzungsfolgen und eine Prellmarke am äußeren Ellenbogen-gelenk seien nicht gefunden worden, es habe kein Druckschmerz in diesem Gebiet bestanden, das Speichenköpfchen dicht unterhalb des Höckers sei im Durchgangsarztbericht als "frei" beschrieben worden. Ein Trauma sei ohnehin äußerst selten die Ursache einer Epicondylitis. Auch fehle es am engen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Auftreten der Epicondylitis, ärztlicherseits sei erst



nach Monaten über die Beschwerden einer Epicondylitis berichtet worden (Zwischenbericht vom 09. Januar 2006). Die vom Kläger gegenüber Dr. K angegebenen Beschwerden am Ellenbogengelenk nach Abnahme des Oberarmschienenverbandes seien nicht geeignet, den erforderlichen zeitlichen Zusammenhang aufzuzeigen, denn derartige Beschwerden nach einer Bursitis und einer längeren Ruhigstellung seien nach den Ausführungen von Dr. K zumindest anfänglich ähnlich wie diejenigen einer Epicondylitis. Die Ausführungen von Dr. Kund Dr. M seien demgegenüber nicht geeignet, substantiierte Zweifel an den Feststellungen des Dr. K zu begründen. Insbesondere hätten sich die Ärzte nicht mit dem Fehlen der erforderlichen Kriterien für die Annahme der unfallbedingten Verursachung der Epicondylitis (stärkeres Trauma direkt auf den Epicondylus, gesicherte Gewebeschädigung wie eine Prellmarke, enger zeitlicher Zusammenhang) auseinandergesetzt.

Gegen das ihm am 12. September 2007 zugestellte Urteil richtet sich die am 21. September 2007 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG) eingelegte Berufung des Klägers.

Der Kläger beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 05. September 2007 aufzuheben und unter Änderung des Bescheids der Beklagten vom 31. Oktober 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09. Januar 2007 festzustellen, dass die Epicondylitis humeri radialis rechts Folge des Arbeitsunfalls vom 19. September 2005 ist.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Berichterstatterin hat die Beteiligten mit Schreiben vom 18. Oktober 2007 darauf hingewiesen, dass der Rechtsstreit als entscheidungsreif angesehen werde und eine abschließende Entscheidung im Beschlussverfahren nach § 153 Abs. 4 SGG erfolgen solle. Die Beklagte hat sich nach Prüfung der Sach- und Rechtslage mit einer Entscheidung durch Beschluss nach § 153 Abs. 4 SGG einverstanden erklärt. Der Kläger hat sich nicht mehr geäußert.

Dem Senat hat die Verwaltungsakte der Beklagten (Az.:) vorgelegen.

II.

Der Senat konnte nach Anhörung der Beteiligten die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers gem. § 153 Abs. 4 SGG durch Beschluss zurückweisen, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Epicondylitis humeri radialis rechts ist - wie das SG auf die gemäß § 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG zulässige Feststellungsklage zutreffend entschieden hat - nicht als Folge des Arbeitsunfalls vom 19. September 2005 festzustellen, da es an dem notwendigen Kausalzusammenhang fehlt.

Die Feststellung des Kausalzusammenhangs setzt voraus, dass sowohl zwischen der unfallbringenden Tätigkeit und dem Unfallereignis als auch zwischen dem Unfallereignis und der Gesundheitsschädigung ein innerer ursächlicher Zusammenhang besteht. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, der Unfall und die Gesundheitsschädigung i.S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, der nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit - nicht allerdings die bloße Möglichkeit - ausreicht (Bundessozialgericht – BSG –, SozR 3-2200



§ 551 RVO Nr. 16 m. w. N.). Ein Zusammenhang ist wahrscheinlich, wenn bei Abwägung aller Umstände die für den Zusammenhang sprechenden Faktoren so stark überwiegen, dass darauf die Überzeugung des Gerichts gegründet werden kann.

Es ist zwischen den Beteiligten unstreitig, dass der Kläger am 19. September 2005 während seiner Tätigkeit für die Firma K-B B GmbH einen Arbeitsunfall erlitt, indem er sich durch Anstoßen mit dem Ellenbogen an ein Krangehänge eine Prellung zuzog. Es ist auch unstreitig, dass der Kläger im Bereich des rechten Ellenbogens an einer Epicondylitis leidet (vgl. die Berichte des Durchgangsarztes Dr. K vom 17. Juli und vom 02. August 2006, den Befundbericht des Dr. M vom 09. Mai 2006 und das Gutachten des Dr. K vom 16. Oktober 2006). Der Senat hält es jedoch nicht für wahrscheinlich, dass die Epicondylitis auf den Arbeitsunfall vom 19. September 2005 zurückzuführen ist. Er folgt damit den Ausführungen des Sachverständigen Dr. K in seinem Gutachten vom 16. Oktober 2006, der unter Auseinandersetzung mit den Kriterien, die in der unfallmedizinischen Literatur zu den Ursachen einer Epicondylitis diskutiert werden (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O.), überzeugend und nachvollziehbar dargelegt hat, dass es an den Anzeichen einer traumatisch bedingten Epicondylitis (direkte Gewalteinwirkung an der Außenseite des Ellenbogengelenks mit sichtbarer Weichteilschwellung und Blutergussverfärbung, Prellmarke, Druckschmerz) und an einem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis (19. September 2005) und dem erstmaligen aktenkundigen Auftreten eines Druckschmerzes im Bereich des Epicondylus (29. Dezember 2005) fehle und dass ein Trauma überhaupt nur äußerst selten die Ursache einer Epicondylitis sei. Das Gericht nimmt im Übrigen Bezug auf die Ausführungen des SG in seinem Urteil vom 05. September 2007, denen es sich nach eigener Prüfung anschließt (§ 153 Abs. 2 SGG).

Der Kläger kann sich demgegenüber nicht mit Erfolg auf die Ausführungen von Dr. K und Dr. M berufen. So hat sich Dr. K auf die Diagnose einer Epicondylitis beschränkt, wie sie sich anlässlich der MRT-Untersuchung vom 08. Februar 2006 dargestellt hat (vgl. Bericht der radiologischen Praxis Ärztehaus F, Dres. V, S K vom 08. Februar 2006), ohne auf mögliche Ursachen einzugehen. Dr. M setzt sich mit dem Unfallhergang und dessen Geignetheit, eine Epicondylitis auszulösen, nicht auseinander. Seine Ausführungen, dass die Frage nach dem Zusammenhang der jetzigen Beschwerden im Bereich der Epicondylus radialis mit dem Unfallereignis vom 19. September 2005 "durchaus bejaht werden könne", dass die Beschwerden im Bereich der Streckmuskulatur "als Begleitreaktion auf die chronische Entzündung des Schleimbeutels wegen örtlicher Nähe bewertet werden könnten" und dass "durch das Stoßen des Ellenbogens eine direkte Interaktion im Bereich der sehnigen Ansätze der Streckmuskulatur des Unterarmes aufgetreten sein könne", lassen erkennen, dass er einen Kausalzusammenhang lediglich für möglich gehalten hat, ohne selbst eine Epicondylitis zu diagnostizieren. Für die Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs erforderlich ist jedoch eine hinreichende Wahrscheinlichkeit, dass die Epicondylitis ursächlich durch den Arbeitsunfall vom 19. September 2005 verursacht wurde. Eine derartige Wahrscheinlichkeit ist unter Berücksichtigung der Ausführungen des Sachverständigen Dr. K nicht feststellbar.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.