

## **L 3 U 169/11**

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 25 U 236/09

Datum

30.05.2011

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 169/11

Datum

12.03.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 30. Mai 2011 aufgehoben und der Bescheid der Beklagten vom 14. Oktober 2008 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 26. März 2009 geändert und festgestellt, dass die Coxarthrose rechts mit belastungsabhängigen Hüftschmerzen, Hüftthinken und eingeschränkter Beweglichkeit sowie eine Beinlängendifferenz (rechts um 3 cm kürzer als links) Folgen des als Arbeitsunfall anerkannten Schulunfalls vom 17. Mai 2006 sind. Die Beklagte hat die der Klägerin entstandenen notwendigen außergerichtlichen Kosten des Verfahrens zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die 1997 geborene Klägerin begehrt gegenüber der Beklagten die Anerkennung weiterer Krankheitsfolgen eines als Arbeitsunfall anerkannten Schulunfalls.

Laut bei der Beklagten eingegangener Unfallanzeige der A-Grundschule vom 29. Mai 2006 war die damals acht Jahre alte Klägerin am 17. Mai 2006 in der ersten großen Hofpause auf dem Schulhof herumgerannt und dabei hingefallen. Im Anschluss habe sie über Schmerzen im rechten Oberschenkel geklagt und nicht laufen können. Es sei ein Krankenwagen bestellt worden.

Laut Durchgangsarztbericht (DAB) von Prof. Dr. E vom J-Krankenhaus vom 22. Mai 2006 war die am 17. Mai 2006 eingetroffene Klägerin auf dem Schulhof gestolpert, gestürzt und auf den rechten ventralen Oberschenkel gefallen. Die Klägerin sei humpelnd gehfähig gewesen. Am rechten Oberschenkel hätten sich intakte Hautverhältnisse, keine Schwellung, keine Prellmarke, keine Blutergussverfärbung gefunden. Durchblutung, Motorik und Sensibilität (DMS) des rechten Beines seien intakt gewesen. Es habe kein Stauchungs-, kein Druck- und kein Klopfschmerz bestanden. Klinisch habe kein Anhalt für knöcherne Verletzungen vorgelegen. Die Hüftgelenksbeweglichkeit rechts sei frei gewesen. Bei aktiver Anspannung der rechten Oberschenkelmuskulatur habe eine mäßige Schmerzangabe stattgefunden. Nach Rücksprache mit der hinzugezogenen Großmutter sei keine Röntgenuntersuchung durchgeführt worden. Es wurde eine Oberschenkelprellung rechts diagnostiziert. Es wurden der Klägerin Unterarmgehstützen zur Verfügung gestellt. Sie wurde nach ambulanter Untersuchung entlassen.

Laut DAB des (Unfall-) Chirurgen Dr. L vom 12. Juni 2006 hatte die Klägerin am 17. Mai 2006 auf dem Schulhof von einem Mitschüler den Ellenbogen auf den rechten Oberschenkel bekommen. Dr. L stellte anlässlich der ambulanten Untersuchung am 12. Juni 2006 Schmerzen am rechten proximalen Oberschenkel streckseitig und lateral, keine Prellmarke, keine Hämatomverfärbung, keinen Druckschmerz über dem großen Rollhügel, keinen Beckenkompressionsschmerz bei sicherem Einbeinstand fest. Er stellte die Bewegungsausmaße bzgl. der Beugung und Streckung der rechten Hüfte auf 110-0-30° fest; die Abduktion hielt er mit 30° und die Innen-/ Außenrotation mit 60-0-40° fest. Das Einbeinhüpfen und die Kniebeuge seien schmerzfrei möglich. Der Entengang sei seitengleich ohne Fersenkontakt. DMS seien intakt. Dr. L diagnostizierte eine Prellung des rechten Oberschenkels und der rechten Hüfte. Er hielt eine Röntgenuntersuchung damals für nicht erforderlich. Bei Beschwerdepersistenz sei eine MRT-Untersuchung durchzuführen. Unter dem 06. Juli 2006 berichtete Dr. L über die fortdauernde Erforderlichkeit und unter dem 19. Juli 2006 über den Abschluss der unfallbedingten Heilbehandlung, nachdem sich die Klägerin absprachewidrig nicht mehr in der Sprechstunde vorgestellt habe. Nachdem sich die Klägerin am 19. September 2006 wieder bei Dr. L vorgestellt hatte, erstellte dieser Röntgenbilder und veranlasste sodann eine am 21. September 2006 durchgeführte MRT-Untersuchung des rechten Hüftgelenks, vgl. Zwischenbericht vom 30. September 2006. Klinisch habe sich ergeben, dass monopodales Hüpfen rechts unsicher ausgeführt werden könne und eine endgradig eingeschränkte Hüftinnenrotation rechts bestehe.

Die MRT-Untersuchung ergab - vgl. MRT-Bericht von Dr. S vom 21. September 2006 - eine ausgeprägte Ergussbildung mit Knochenmarködem in der Femurepiphyse (Wachstumsfuge des Oberschenkelknochens) sowie im Acetabulum (Hüftgelenkspfanne) rechts

sowie einen höhergradigen Grad-III-Knorpelschaden. Im abgeflachten Acetabulum subchondrale fanden sich mikrotrabekuläre Sklerosierungen, differentialdiagnostisch Infraktionen. Zu diskutieren sei neben einem ausgeprägten posttraumatischen Reizzustand nachgeordnet eine Coxitis unklarer anderer Ursache. In Rückenlage fand sich eine Subluxationsstellung des rechten Femurkopfes nach dorsokranial. Anhaltspunkte für eine Epiphysiolysis capitis femoris wurden nicht gesehen.

Zwischenzeitlich begab sich die Klägerin in die Behandlung beim H Klinikum E. Laut dortigem Arztbrief von Dres. M und B vom 30. Oktober 2006 wurde sie unter der Diagnose einer rheumatoiden Arthritis des rechten Hüftgelenks untersucht und behandelt. Dort wurde am 20. Oktober 2006 eine therapeutische Hüftluxation mit Zuggurtung durchgeführt; vgl. auch vorläufigen Entlassungsbericht des Neurologischen Rehabilitationszentrums für Kinder und Jugendliche Fachklinik H vom 12. Januar 2007 über eine vom 08. Dezember 2006 bis zum 12. Januar 2007 durchgeführte Rehabilitationsbehandlung nebst weiterer fachärztlicher Abschlussberichte. Die Klägerin begab sich zwischenzeitlich in die Rheumasprechstunde beim C-Klinikum, wo ebenfalls zunächst von einer rheumatischen Genese ausgegangen wurde, vgl. Arztbrief vom 12. Dezember 2006. Am 13. Februar 2007 wurde das bei der Operation am 20. Oktober 2006 eingebrachte Material operativ entfernt, vgl. Arztbrief vom 22. Februar 2007. Am 23. April 2007 wurde bei der Klägerin eine Varisierungsosteotomie mit Winkelplatten-Osteosynthese an der rechten Hüfte durchgeführt, vgl. Arztbrief vom 11. Mai 2007; das Material wurde am 26. Oktober 2007 entfernt, vgl. Arztbrief vom 31. Oktober 2007. Seitens des weiterbehandelnden Centrums für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin wurde die Diagnose einer juvenilen idiopathischen Arthritis in Frage gestellt; es wurde nunmehr eine traumatische Genese in Betracht gezogen, vgl. Arztbrief vom 29. April 2008. Laut ärztlichem Entlassungsbericht der Klinik B vom 01. August 2008 lag bei der Klägerin eine posttraumatische Coxarthrose bei völliger Belastungsfreigabe ohne Bewegungseinschränkungen vor; die Klägerin zeigte ein stark hinkendes Gangbild unter Verwendung von Unterarmgehstützen. Das Unfallgeschehen sei dahin gehend geschildert worden, dass die Klägerin durch einen Klassenkameraden zu Fall gebracht worden sei, der gleichzeitig mit seinem Ellenbogen auf deren Hüfte aufgeschlagen sei.

Dr. H von der B Klinik trat mit Schreiben vom 17. Juli 2008 an die Beklagte heran. Darin schilderte er den zwischenzeitlichen Behandlungsverlauf und die Diagnosestellung. Er äußerte den Verdacht einer sog. posttraumatischen Coxarthrose und bat um Prüfung der Beklagten, ob sie für die Weiterbehandlung zuständig sei.

Die Mutter der Klägerin trat mit Schreiben vom 30. September 2008 an die Beklagte mit dem Begehren heran, die anhaltenden Erkrankungen der rechten Hüfte als Folgen des Unfalls vom 17. Mai 2006 anzuerkennen. Unterdessen meldete die Krankenkasse der Klägerin bei der Beklagten einen Erstattungsanspruch an.

Die Beklagte erkannte mit Bescheid vom 14. Oktober 2008 das Ereignis vom 17. Mai 2006 als Schulunfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung und als Unfallfolgen zwischenzeitlich ausgeheilte Prellungen des rechten Oberschenkels und der rechten Hüfte an. Die bei der MRT-Untersuchung vom 21. September 2006 offen gelegten Grad-III-Knorpelschäden seien angesichts der nur kurzen Zeitspanne zwischen Unfall und der MRT-Untersuchung nicht auf den Unfall zurückzuführen. Ferner habe sich der Befund einer Coxitis unklarer anderer Ursache ergeben. Den hiergegen gerichteten Widerspruch der Klägerin vom 08. November 2008, wonach sie seit dem Unfall ununterbrochen Beschwerden im rechten Bein habe und diverse Ärzte davon ausgegangen seien, dass die Beschwerden unfallbedingt seien, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 26. März 2009 als unbegründet zurück. Das berichtete Unfallgeschehen sei gerade nicht mit einer derartigen Gewalteinwirkung auf den Oberschenkel bzw. auf die Hüfte verbunden gewesen, dass dies knöcherne oder ligamentäre Körpererstschäden hätte mit sich bringen können. Entsprechende Verletzungsbilder seien in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfall weder klinisch noch bildtechnisch im Vollbeweis gesichert worden. Dementsprechend habe sich die Klägerin auch erst am 12. Juni 2006 bei einem anderen Durchgangsarzt vorgestellt und diesem gegenüber einen abgewandelten Sachvortrag zum Hergangsablauf beschrieben, um die nach wie vor bestehenden Beschwerden zu erklären. Bei der dortigen Untersuchung seien ebenfalls keine äußeren Verletzungszeichen festgestellt worden. Es sei nach den klogischen Grundsätzen nicht nachvollziehbar, dass ein Unfallgeschehen, das tatsächlich und objektiv zu keinerlei äußerlich sichtbaren Verletzungszeichen und zu keinem Gelenkerguss geführt habe, für die Entstehung von Schädigungen in tiefergelegenen Körperstrukturen geführt haben solle, wie sie später z.B. im Bereich der rechtsseitigen femoralen Epiphyse des Kindes im Sinne von drittgradigen Knorpelschäden im MRT vom 21. September 2006 gesehen worden seien. Vor dem Hintergrund eines fehlenden Körpererstschadens als Ausgangsverletzung, der über die anerkannten Prellungen hinausgehe, ließen sich die im MRT vom 21. September 2006 festgestellten Veränderungen sowie die später im Bericht von Dr. H beschriebenen Gesundheitsschäden nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als Unfallfolgen plausibel machen.

Die Klägerin hat ihr Begehren mit der am 22. April 2009 zum Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage weiterverfolgt.

Das SG hat das schriftliche Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. W vom 12. Oktober 2009 eingeholt, welcher die Einholung einer zusätzlichen Einschätzung zur Kausalität durch den Kinderorthopäden Prof. Dr. M angeregt hat. Dr. W hat die Klägerin am 09. Oktober 2009 ambulant untersucht und hierbei das Unfallgeschehen erfragt. Hierzu habe die Klägerin angegeben, dass ein Mitschüler ihr ein Bein gestellt habe, wodurch sie zu Fall gekommen sei. Sie sei direkt auf die linke Seite gestürzt, und der Junge sei mit dem Ellenbogen auf ihrer rechten Hüfte aufgeschlagen. Wahrscheinlich sei der Ellenbogen auf den oberen Hüft-/ Oberschenkelanteil getroffen. Sie sei hiernach liegen geblieben, vom Unfallort weggetragen und dann mit dem Krankenwagen in die Erste Hilfe gebracht worden. Betrachte man den Behandlungsverlauf zunächst unter dieser Prämisse, dass eine schwere Verletzung stattgefunden habe, so falle auf, dass sich die Klägerin nach der Erstkonsultation vier Wochen lang nicht zu einem Arzt habe begeben müssen. Es hätte eine sturzbedingte Fraktur oder Wachstumsfugenverletzung einen relativ unauffälligen Untersuchungsbefund nicht ergeben können, wie er sich bei der Erstuntersuchung im J-Krankenhaus gezeigt habe. Nach alledem habe der Unfall selbst zwar einen Belastungsschmerz ausgelöst, jedoch nachweislich nicht zu höhergradigen Funktionsstörungen geführt. Bzgl. des MRT-Befunds vom 21. September 2006 stelle sich die Frage, ob sich darunter traumatisch bedingte Veränderungen fänden. Eine Ergussbildung stelle eine unspezifische Reizerscheinung dar und könne die Folge eines Unfalls bei Schädigung von Gelenkstrukturen, einer unspezifischen Coxitis oder einer anlagebedingten Veränderung der Gelenkstatik sein; insofern lasse der Befund keine Rückschlüsse auf die Ursache zu. Die Subluxationsstellung des rechten Femurkopfes nach dorso-kranial sowie die in der späteren Operation korrigierte valgische Fehlstellung des Schenkelhalses stellten anlagebedingte, statische Abweichungen dar. Eine solche kombinierte Fehlstellung könne rein theoretisch auch das Ergebnis stattgehabter knöcherner Verletzungen im Bereich des Schenkelhalses oder der Epiphyse sein. Nachweislich liege jedoch keine Epiphysiolysis capitis vor, welche durch den Sturz hätte initiiert werden können. Zudem hätten sich im Schenkelhalsbereich keine abgelaufenen Verletzungszeichen nachweisen lassen. Auch eine Fehlstatik könne zu vorzeitigen Knorpelalterationen führen und letztlich auch eine Hüftgelenkreizung mit Ergussbildung nach sich ziehen. Weitere Argumente ergäben sich aus den biomechanischen Überlegungen heraus. Es werde bei alledem unterstellt, dass die Klägerin auf die

linke Hüfte gefallen sei. Eine direkte Traumatisierung durch den Sturz habe somit zunächst nicht stattgefunden. Die eigentliche Krafteinwirkung hätte somit durch das Aufprallen des Mitschülers stattfinden müssen. Indessen sei das in dieser Position liegende Hüftgelenk durch die umliegende Muskulatur geschützt. Es sei aus biodynamischen Überlegungen heraus nicht wahrscheinlich zu machen, dass der Hüftkopf in das Acetabulum gestaut worden sei, um dort möglicherweise trabekuläre Verletzungen herbeizuführen. Nach alldem sei der Unfall vom 17. Mai 2006 lediglich geeignet gewesen, eine Prellung oder direkte Kontusion im Oberschenkelbereich herbeizuführen. Das Krankheitsbild (Zustand nach mehrdimensionaler Korrekturoperation der rechten Hüfte bei anlagenbedingter Hüftfehlstellung, Beinlängendifferenz rechts -2,5 cm, Wirbelsäulenfehlhaltung bei Beinlängendifferenz) sei anlagebedingt.

Das SG hat das schriftliche Sachverständigengutachten des Kinderorthopäden Dr. P vom 10. Mai 2010 eingeholt. Dieser hat die Klägerin am 26. April 2010 ambulant untersucht und zum Unfallgeschehen befragt. Entgegen der Einschätzung von Dr. W, welcher die Röntgen- und MRT-Aufnahmen vom 19. bzw. 21. September 2006 gar nicht selbst gesehen und ausgewertet habe, sondern sich nur auf den MRT-Fremdbefund stütze, sei die aufgeführte Subluxationsstellung des rechten Femurkopfes sehr wohl Folge einer knöchernen Läsion des Acetabulums, welche im MRT-Befund pathomorphologisch richtig als mikrotrabekuläre Sklerosierung mit dem Hinweis einer zu Grunde liegenden Infraction beschrieben werde. Bereits die Röntgenaufnahme vom 19. September 2006 zeige eine auffällige Darstellung des rechten Acetabulums. Der Erstbefund aus dem J-Krankenhaus dokumentiere keine Bewegungsausmaße und keine Sonographieuntersuchung zum Ausschluss eines Gelenkergusses. Im DAB vom 12. Juni 2006 seien bzgl. Extension/ Flexion mit 110-0-30° Bewegungsausmaße dokumentiert, welche unter den Normwerten eines gesunden jungen Erwachsenen lägen (140-0-20°), zumal bei einem achtjährigen Mädchen ein über diesen Normwerten liegendes Bewegungsausmaß zu erwarten gewesen wäre; eine derartige Einschränkung lasse sehr wohl auf eine Gelenkschädigung schließen. Dieses Bewegungsausmaß beschreibe die Einschränkung der normalen Hüftbeugung eines achtjährigen Mädchens um ca. 40°, also um mehr als ein Viertel. Zudem sei die Klinik einer Acetabulumfraktur wenig wegweisend. So zeigten einer Studie aus dem Jahr 2001 zufolge sieben von 88 Kindern mit Beckenfraktur einen komplett normalen Untersuchungsbefund. Zusammenfassend sei festzustellen, dass am 17. Mai 2006 unzweifelhaft ein Schulunfall stattgefunden habe. Der detaillierte Unfallhergang lasse sich weder aus den einzelnen Dokumentationen noch aus den Schilderungen der Klägerin gewinnen. Fest stehe jedoch, dass mit dem Unfall eine schmerzbedingte Belastungseinschränkung der rechten Hüfte einhergegangen sei. Die am 19. September 2006 durchgeführte Röntgenbildgebung zeige das typische Bild einer acetabulären Impressionsfraktur. Dies werde mit Einschränkungen durch den MRT-Befund vom 21. September 2006 bestätigt, obwohl eine CT-Untersuchung das Mittel der Wahl gewesen wäre. Mithin habe sich die Klägerin durch den Unfall vom 17. Mai 2007 eine acetabuläre Impressionsfraktur mit der Folge einer juvenilen Coxarthrose mit daraus resultierenden belastungsabhängigen Hüftschmerzen rechts, Hüftthinken und eingeschränkter Beweglichkeit zugezogen. Die Beinlängendifferenz sei ebenfalls Folge des Unfalls und der chirurgischen Therapie.

Das SG hat im Anschluss die gutachterliche Stellungnahme von Dr. W vom 29. November 2010 eingeholt, wonach einzuräumen sei, dass er selbst die Traumatologie von Kindern nicht ausreichend würdigen könne. Es sei kinderorthopädisch ggf. zu belegen, dass eine derartig schwere Verletzung, wie von Dr. P angenommen, mehrere Monate lang fast beschwerdefrei verlaufen könne.

Die Beklagte hat die am 07. März 2011 – auf Anregung des SG - erstellte fachradiologische Stellungnahme von Prof. Dr. M vorgelegt. Dieser hat eine Röntgenaufnahme vom 19. September 2006 und die MRT-Aufnahmen vom 21. und 26. September 2006 ausgewertet. Die Röntgenuntersuchung vom 19. September 2006 erbringe keine Hinweise auf eine stattgehabte Fraktur des Oberschenkels bzw. der Gelenkpfanne. Die MRT-Untersuchungen ergäben eine Coxitis, welche zu einem Knorpelschaden und zu einer erheblichen Ergussbildung geführt habe. Es finde sich das Bild einer Subluxationsstellung. Die Signalveränderungen im Bereich des Hüftkopfes und der Gelenkpfanne deuteten nicht auf eine Impressionsfraktur oder eine Osteochondrosis dissecans hin. Das Vorhandensein einer juvenilen Hüftarthrose rechts als Folge einer Acetabulumfraktur könne anhand des vorliegenden Bildmaterials nicht gesichert werden.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 30. Mai 2011 abgewiesen. Es hat sich zur Begründung den Kausalitätserwägungen von Dr. W angeschlossen und die fachradiologische Beurteilung von Prof. Dr. M zugrunde gelegt. Dr. P verkenne demgegenüber die Bedeutung des Umstands, dass es zeitnah nach dem Unfall zu keinem klinisch auffälligen Beschwerdebild gekommen sei. Den relativ milden Beschwerdeverlauf halte die Kammer für nicht vereinbar mit einer schwerwiegenden Verletzung der Hüftgelenkschale.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 08. Juni 2011 zugestellte Urteil am 07. Juli 2011 Berufung eingelegt. Das SG habe den gesundheitlichen Zustand am Unfalltag nicht hinreichend gewürdigt. Sie sei nach dem Zusammenprall auf dem Schulhof für kurze Zeit weggetreten gewesen und habe nicht mehr laufen können. Es sei nicht berücksichtigt worden, dass sie auch zwei Wochen nach dem Unfall die Unfallstelle des J-Krankenhauses aufgesucht habe und sie dort untersucht worden sei. Leider gebe es von diesem Krankenhausbesuch keinerlei Nachweise. Es träfen die Kausalitätserwägungen von Dr. P zu. Die Beklagte müsse sich ggf. im Hinblick auf die Beweislastverteilung das ärztlich fehlerhafte Verhalten des mit dem Unfall befassten Durchgangsarztes Dr. L zurechnen lassen, der es unterlassen habe, die gebotene umfassende – eben auch beweissichernde – Diagnostik durchzuführen. Die Klägerin legt schriftliche Erklärungen ihrer Großmutter, des Grundschullehrers, der Erzieherin und der Sportlehrerin vor. Sie schildert den Unfallhergang zuletzt in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat am 12. März 2015 wie folgt: "Wir haben Fangen gespielt, d.h. zwei verschiedene Klassen. Weil ich die Schnellste war, sollte ich rennen. Ein Junge hat versucht mich zu fangen und hat mir dazu ein Bein gestellt. Darüber bin ich gefallen und zwar auf die linke Seite. Der Junge ist dann über mich gefallen und hat mir dabei seinen Ellenbogen in den Oberschenkel/Hüftbereich gerammt. Er lag quer über dem Oberschenkel. Ich war dann einen Moment weg gewesen, hatte dann sehr starke Schmerzen und konnte nicht aufstehen."

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 30. Mai 2011 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 14. Oktober 2008 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 26. Mär 2009 zu ändern und festzustellen, dass die Coxarthrose rechts mit belastungsabhängigen Hüftschmerzen, Hüftthinken und eingeschränkter Beweglichkeit sowie eine Beinlängendifferenz (rechts um 3 cm kürzer als links) Folgen des als Arbeitsunfall anerkannten Schulunfalls vom 17. Mai 2006 sind.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Es sei bereits nicht im zu fordernden Vollbeweis ein Gesundheitserstschaden im Sinne einer strukturellen Verletzung des rechten Hüftgelenks gesichert, welcher die späteren Erkrankungen der rechten Hüfte erkläre. Mithin seien die Kausalitätserwägungen der Sachverständigen, soweit sie von einer unfallbedingten strukturellen Hüftverletzung ausgingen, spekulativ.

Der Senat hat u.a. eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme von Dr. P vom 06. August 2012 eingeholt, worin er unter Einbeziehung der Stellungnahme von Dr. W und Prof. Dr. M bei seiner bisherigen Einschätzung bleibt.

Der Senat hat das schriftliche Sachverständigengutachten nach Aktenlage des ärztlichen Direktors der orthopädischen Klinik des pädiatrischen Zentrums des Klinikums Prof. Dr. W vom 17. Juni 2013 eingeholt. Dieser hat nach eigener Auswertung der Röntgen- und MRT-Aufnahmen vom 19. bzw. 21. September 2006 ausgeführt, zwar spräche der klinische Erstbefund eher gegen ein direktes Trauma für das Hüftgelenk. Retrospektiv hätte man damals auf jeden Fall ein Röntgenbild anfertigen müssen. Gleichwohl sei davon auszugehen, dass es durch den Sturz zu einer Hüftsubluxation gekommen sei. Der Hüftkopf sei gegen den hinteren acetabulären Pfeiler gedrückt worden, habe diesen nach oben gedrückt und damit das Acetabulum, also die Hüftgelenkspfanne in der hinteren Hälfte erheblich geschädigt und abgeflacht. Als Gegenpart habe der Hüftkopf einen Schlag abbekommen, der Knorpel sei an einer umschriebenen Stelle eingedrückt worden, was sich im MRT gut zeige. Als Resultat bleibe eine posterolaterale Instabilität des Hüftgelenks zurück. Ein solches verschleiße. Der Beweis dafür seien die Röntgenbilder. Es entwickle sich ein Reizzustand im Hüftgelenk über Monate, der zunehmende Beschwerden und eine zunehmende Bewegungseinschränkung nach sich ziehe, die Belastbarkeit des Hüftgelenks vermindere, die anfänglich noch gut sei, weil es eben über die Instabilität zu einer zunehmenden Schädigung des Gelenkknorpels, aber auch der die Pfanne begrenzenden Knorpelstrukturen führe. Je länger die Behandlung dieser Instabilität ausbleibe, desto stärker würden Beschwerden und vor allem desto ausgeprägter werde das Instabilitätsgefühl. Dementsprechend sei es nicht verwunderlich, dass die Klägerin am Anfang, nachdem sie die Gehstützen wieder weggelassen habe, zunächst einmal relativ beschwerdefrei gewesen sei. Prof. Dr. M würdige in seiner fachradiologischen Stellungnahme die Subluxationsstellung bzw. die Formveränderungen im hinteren Hüftpfannenbereich nicht hinreichend. Die Korrespondenz zum anterolateralen Knorpelschaden rücke das traumatische Geschehen ganz in den Vordergrund.

Auf Antrag der Klägerin hat der Senat das schriftliche Sachverständigengutachten nach Aktenlage der ärztlichen Direktorin des radiologischen Instituts des Klinikums Dr. von K vom 14. Juli 2014 eingeholt. Diese hat ausgeführt, dass die bildgebenden Befunde vom 19. und 21. September 2006 für eine traumatische Verursachung der Hüftveränderungen sprächen. Der posttraumatische Verlauf widerspreche nicht der Annahme einer traumatischen Hüftgelenksluxation, die nach eigener Erfahrung und auch nach Berichten in der Literatur bei Kindern durch ein relativ gering erscheinendes Trauma bedingt und, insbesondere bei spontaner Teilreposition, relativ beschwerdearm verlaufen könne. Das Risiko einer übersehenen Hüftgelenksluxation bei Kindern sei in pädiatrischen Fachkreisen bekannt. Dazu trage auch bei, dass eine Hüftgelenksluxation ein seltenes Ereignis sei und daher differentialdiagnostisch nicht immer bedacht werde. Auch die im weiteren Verlauf aufgetretene Hüftkopfnekrose sei ein bekanntes Risiko einer traumatischen Luxation im Kindesalter. Der im MRT nachgewiesene ausgeprägte Gelenkerguss mit vermehrter synovialer Kontrastmittelaufnahme sei gut mit einem Reizzustand bei inkongruentem Hüftgelenk erklärt. Hinweise auf eine zusätzliche rheumatische Genese ergäben sich radiologisch nicht. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten sowie die von der gesetzlichen Vertreterin der Klägerin zur Verfügung gestellten ärztlichen Unterlagen verwiesen und inhaltlich Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist begründet. Das SG hat die Klage zu Unrecht abgewiesen.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 14. Oktober 2008 ist in der Fassung, die er durch Widerspruchsbescheid vom 26. März 2009 gefunden hat, rechtswidrig und beschwert die Klägerin, soweit die Anerkennung von über eine zwischenzeitlich ausgeheilte Prellung des rechten Oberschenkels und der rechten Hüfte hinausgehenden Gesundheitserstschäden bzw. Unfallfolgen, namentlich einer Coxarthrose rechts mit belastungsabhängigen Hüftschmerzen, eines Hüftthinkens und einer eingeschränkten Beweglichkeit sowie einer Beinlängendifferenz (rechts um 3 cm kürzer als links) abgelehnt wurde.

Für einen Arbeitsunfall i.S.v. [§ 8](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) ist zunächst in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 02. April 2009 - [B 2 U 29/07 R](#) -, zitiert nach juris). Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden" im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt erst für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, a.a.O.). Ob der Gesundheitsschaden eines Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - danach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris).

Hieran gemessen erscheinen das Unfallereignis und ein in einem substanziellen Hüftbinnenschaden bestehender Gesundheitserstschaden bereits im Vollbeweis zeitnah zum Unfall im Sinne von [§ 128 Abs. 1 S. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) gesichert.

Der Senat hat zunächst keinen Zweifel an der Richtigkeit der zuletzt von der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat vom 12. März 2015 vorgenommenen Unfallschilderung. Dort hat sie den Unfallhergang letztlich, mit Details angereichert, bildhaft so geschildert, wie sie es etwa bereits anlässlich der von Dr. Wam 09. Oktober 2009 vorgenommenen Begutachtung getan hatte. Zweifel an der Richtigkeit dieser Unfallschilderung hat insbesondere auch die Beklagte nicht mehr geäußert. Mithin geht der Senat davon aus, dass die Klägerin mit anderen Kindern am Unfalltag auf dem Schulhof Fangen spielte, beim Versuch eines Jungen, sie zu fangen, zu Fall kam und auf die linke

Seite stürzte. Der Junge fiel dann auf ihre oben liegende rechte Seite und rammte hierbei seinen Ellenbogen in ihren rechten Oberschenkel bzw. Hüftbereich.

Ausgehend von diesem Unfallgeschehen erscheint dem Senat auch ein struktureller Hüftbinnenschaden in Form einer Hüftluxation mit Impressionsfraktur des Acetabulums als mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführender Gesundheitserstschaden vollbeweislich gesichert.

Fest steht zunächst, dass mit dem Unfall eine schmerzbedingte Belastungseinschränkung der rechten Hüfte einherging, auch wenn in der Erstuntersuchung am 17. Mai 2006 schon wieder eine freie Beweglichkeit dokumentiert wurde. Die Klägerin war direkt nach dem Unfall schmerzbedingt nicht in der Lage, allein aufzustehen. Dies wird u.a. durch die von der Klägerin beigebrachten Erklärungen ihrer Großmutter, des Lehrers vom 20. März 2011, und der – die Unfallanzeige erstattenden – Erzieherin vom 09. September 2011 bestätigt, wonach die Klägerin außerstande war, allein aufzustehen und ins Krankenzimmer der Schule getragen werden musste.

Dafür, dass das Schmerzgeschehen Ausdruck eines durch den Unfall herbeigeführten Hüftbinnenschadens war, bezieht sich der Senat insbesondere auf das von Prof. Dr. W in seinem für den Senat nach Aktenlage erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten vom 17. Juni 2013. Zwar spricht der für die Sicherung eines Gesundheitserstschadens grundsätzlich maßgebliche posttraumatische Erstbefund im vorliegenden Fall, hierauf hat bereits Dr. W in seinem vom SG eingeholten schriftlichen Sachverständigengutachten vom 12. Oktober 2009 und in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 29. November 2010 nachvollziehbar hingewiesen, auch nach Ansicht von Prof. Dr. W nicht unbedingt für ein direktes Trauma für das Hüftgelenk, ohne aber ein solches auszuschließen. Retrospektiv hätte man damals auf jeden Fall ein Röntgenbild anfertigen müssen. Gleichwohl reichen die hier ihrerseits vollbeweislich gesicherten Fakten als Indizienbeweis für einen kausalen Gesundheitserstschaden im Sinne eines strukturellen Hüftbinnenschadens aus. Insoweit gibt der Senat – der Anregung von Dr. W folgend – den kinderorthopädischen, den Besonderheiten der Kindertraumatologie Rechnung tragenden Zusammenhangserwägungen vor allem von Prof. Dr. W den Vorrang.

Dieser geht zunächst von einem der als maßgeblich zugrunde zu legenden Unfallschilderung der Klägerin entsprechenden Geschehensablauf aus, wonach die Klägerin aus dem Laufen heraus zu Fall kam und jemand im Anschluss auf sie fiel. Hieraus leitet Prof. Dr. W einen – plausibel zu einem Hüftbinnenschaden führenden - biomechanischen Vorgang ab, wobei der Hüftkopf an den hinteren Pfannenpfeiler gepresst wird und Kontakt mit dem hinteren Pfannenrand mit der Folge einer Impressions des anterolateralen Knorpels bekommt. Das Resultat bildet sich Prof. Dr. W zufolge in den bildgebenden Befunden vom 19. und 21. September 2006 ab. Die Röntgenaufnahmen zeigen nach der im Kern übereinstimmenden Einschätzung von Prof. Dr. W, Dr. P und Dr. von K eine Verbreiterung des Abstands zur Tränenfigur, eine Auswanderung des Hüftgelenks nach oben hinten und hierüber eine Gelenkspaltverschmälerung. Die MRT-Aufnahmen ergeben nach der Einschätzung von Prof. Dr. W – im Wesentlichen im Einklang mit Dr. P und Dr. von K zudem eine im Seitenvergleich erhebliche Formveränderung des rechten Acetabulums mit einer Signalintensitätserhöhung, welche sich auch im Bereich der Epiphyse des Hüftkopfes zeigt, sowie komprimiert erscheinende knöcherne Strukturen im Bereich des Acetabulums und eine relativ ausgestanzte Defektzone im Hüftkopf. Den im MRT nachgewiesenen ausgeprägten Gelenkerguss mit vermehrter synovialer Kontrastmittelaufnahme wertet Dr. von K in ihrem unter dem 14. Juli 2014 für den Senat erstatteten schriftlichen Sachverständigengutachten als gut mit einem Reizzustand bei inkongruentem Hüftgelenk vereinbar. Prof. Dr. W zufolge zeigt das MRT mithin eine eindeutige posterolaterale Instabilität des Hüftgelenks mit anterolateralem Knorpeldefekt. Hieraus schließt er, wie im Übrigen auch Dr. P in seinem schriftlichen Sachverständigengutachten vom 10. Mai 2010, plausibel darauf, dass es durch den Sturz zu einer Hüftsubluxation mit Impressionsfraktur kam, indem der Hüftkopf gegen den hinteren acetabulären Pfeiler gedrückt wurde und diesen nach oben drückte, wodurch das Acetabulum, also die Hüftgelenkspfanne, ein relativ weicher und verletzlicher Knochen, in der hinteren Hälfte erheblich geschädigt und abgeflacht wurde. Als Gegenpart bekam der Hüftkopf einen Schlag ab und wurde der Knorpel an einer umschriebenen Stelle eingedrückt. Als Resultat erblickt der Sachverständige zwar keine persistente Ausrenkung des Hüftkopfes aus der Pfanne, mithin keine fortdauernde Fehlstellung, jedoch eine posterolaterale Instabilität des Hüftgelenks als Gesundheitserstschaden, welche zunächst relativ beschwerdearm, dann aber mit zunehmenden Beschwerden verlief.

Mithin ist es – gemäß der von Dr. W in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 29. November 2010 enthaltenen nachvollziehbaren Forderung – kinderorthopädisch belegt, dass eine derartig schwere Verletzung, wie von Dr. P, Prof. Dr. W, Dr. von K angenommen, mehrere Monate lang fast beschwerdefrei verlaufen und letztlich erst durch die bildgebende Diagnostik am 19. und 21. September 2006 aufgedeckt werden konnte. Dass gerade die Zeitverzögerung von vier Monaten nicht nur ins Bild passt, sondern die retrospektive Ermittlung eines durch den Unfall herbeigeführten Gesundheitserstschadens im Bereich des Hüftgelenks bestätigt, erläutert ebenfalls Prof. Dr. W plausibel, indem er ausführt, dass sich ein Reizzustand im Hüftgelenk über Monate entwickelte, der zunehmende Beschwerden und eine zunehmende Bewegungseinschränkung nach sich zog, die Belastbarkeit des Hüftgelenks verminderte, die anfänglich noch gut war, weil es eben über die Instabilität zu einer zunehmenden Schädigung des Gelenkknorpels, aber auch der die Pfanne begrenzenden Knorpelstrukturen kam. Je länger die Behandlung dieser Instabilität ausblieb, desto stärker wurden die Beschwerden und vor allem desto ausgeprägter wurde das Instabilitätsgefühl. Dementsprechend – so Prof. Dr. W überzeugend – war es in der Tat nicht verwunderlich, dass die Klägerin am Anfang, nachdem sie die Gehstützen zunächst wieder weggelassen hatte, zunächst einmal relativ beschwerdefrei war. Eben dies bildet sich anhand der von Dr. L dokumentierten progredienten Befundverschlechterung ab, vgl. zunächst DAB vom 12. Juni 2006 (Schmerzen am rechten proximalen Oberschenkel streckseitig und lateral, keine Prellmarke, keine Hämatomverfärbung, kein Druckschmerz über dem großen Rollhügel, kein Beckenkompressionsschmerz bei sicherem Einbeinstand, Bewegungsausmaße bzgl. der Beugung und Streckung der rechten Hüfte 110-0-30° mit Abduktion von 30° und bzgl. Innen-/ Außenrotation rechts 60-0-40°, Einbeinhüpfen und Kniebeuge schmerzfrei möglich, Entengang seitengleich ohne Fersenkontakt, DMS seien intakt) gegenüber dem Zwischenbericht vom 30. September 2006 (monopedaless Hüpfen rechts unsicher, endgradig eingeschränkte Hüftinnenrotation rechts, Beckentieftand rechts um 1 cm, Bewegungsausmaß Hüfte rechts Innen-/ Außenrotation 20-0-45° gegenüber links 45-0-45°).

Dass Prof. Dr. W diese Schlussfolgerungen letztlich im Wesentlichen erst aus der von ihm vorgenommenen Auswertung der Röntgen- und MRT-Aufnahmen vom 19. bzw. 21. September 2006 zieht, schadet in Zusammenschau mit den übrigen hier gesicherten Fakten ebenso wenig wie der wenig stichhaltige klinische Erstbefund. Prof. Dr. W – und mit ihm etwa auch Dr. P, ebenfalls ausgewiesener Kinderorthopäde, in seinem am 10. Mai 2010 für das SG und Dr. von K als Kinderradiologin in ihrem am 14. Juli 2014 für den Senat erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten – lässt den am Unfalltag beim J-Krankenhaus erhobenen relativ milden Befund für die Annahme eines strukturellen Hüftbinnenschadens nachvollziehbar ausreichen. Dr. P und Dr. von K verweisen in diesem Zusammenhang überzeugend auf

Studien, denen zufolge bei immerhin sieben von 88 Probanden Beckenfrakturen von Kindern klinisch sogar gänzlich stumm blieben bzw. Hüftluxationen zum Einen bereits durch ein relativ gering erscheinendes Trauma bedingt sein können und zum Anderen - insbesondere bei spontaner Teilreposition - relativ beschwerdearm verlaufen können. Das Risiko einer übersehenen Hüftgelenksluxation ist bei Kindern nach den auch insofern überzeugenden Ausführungen von Dr. von K in ihrem schriftlichen Sachverständigengutachten vom 14. Juli 2014 in pädiatrischen Fachkreisen bekannt, wozu auch beiträgt, dass eine Hüftgelenksluxation ein seltenes Ereignis ist und daher differentialdiagnostisch nicht immer bedacht wird; auch die im weiteren Verlauf aufgetretene Hüftkopfnekrose ist ein bekanntes Risiko einer traumatischen Luxation im Kindesalter.

Hiermit erachtet der Senat Dr. W - auf dem Boden seiner im Bereich der Erwachsenentraumatologie liegenden fachorthopädischen Kompetenz gründendes - Argument, es dürfe unterstellt werden, dass eine knöcherne oder eine Wachstumsfugenverletzung des Hüftgelenks erhebliche Beschwerden nach sich ziehe, als widerlegt. Der Rückschluss von den erst rund vier Monate nach dem Unfall gefertigten bildgebenden Befunden auf ein bereits unmittelbar nach dem Unfall bestehendes Gesundheitserstschadensbild erscheint hier insbesondere auch deshalb ausnahmsweise zulässig, weil sich der Hüftbinnenschaden bei der Klägerin letztlich - ihren glaubhaften Angaben zufolge - nach nahezu ununterbrochener Beschwerdepersistenz und -progredienz offenbarte. Hierfür ist nochmals auf den DAB vom 12. Juni 2006 und die weiteren Berichte von Dr. L bis einschließlich zum 30. September 2006 zu verweisen, ohne dass Anhaltspunkte für ein dazwischen getretenes, ggf. den durch das Unfallereignis und den Gesundheitserstschaden angestoßenen Kausalverlauf unterbrechendes Geschehen bestehen. Jedenfalls konnten bei der Untersuchung durch Dr. L am 12. Juni 2006, vgl. DAB vom 12. Juni 2006, mit noch relativer zeitlicher Nähe zum Unfall Bewegungsausmaße gesichert werden (Hüfte rechts Extension/ Flexion mit 110-0-30°), welche nach der plausiblen Einschätzung von Dr. P nicht nur unter den Normwerten eines gesunden jungen Erwachsenen (140-0-20°), sondern erst recht unter denjenigen eines achtjährigen Mädchen lagen, welches ein über diesen Normwerten liegendes Bewegungsausmaß erwarten ließ, so dass allein hieraus auf eine entsprechende Gelenkschädigung geschlossen werden kann.

In diesem Zusammenhang gibt der Senat auch bei der Deutung der bildgebenden Befunde den Einschätzungen der Kinderorthopäden Dr. P und Prof. Dr. W sowie der Kinderradiologin Dr. von K gegenüber derjenigen von Prof. Dr. M in seiner radiologischen Stellungnahme vom 07. März 2011 den Vorzug. Jene interpretieren die Röntgen- und MRT-Aufnahmen im Wesentlichen übereinstimmend und nachvollziehbar dahingehend, dass sich - als zurechenbare Unfallfolgen - eine Verbreiterung des Abstands zur Tränenfigur, eine Auswanderung des Hüftgelenks nach oben hinten und hierüber eine Gelenkspaltverschmälerung abzeichnen. Dr. W hat zwar bzgl. des MRT-Befunds vom 21. September 2006 die Frage aufgeworfen, ob sich darunter traumatisch bedingte Veränderungen fänden. Er hat zu bedenken gegeben, dass eine Ergussbildung eine unspezifische Reizerscheinung darstelle und die Folge eines Unfalls bei Schädigung von Gelenkstrukturen, einer unspezifischen Coxitis oder einer anlagebedingten Veränderung der Gelenkstatik sein könne und insofern der Befund keine Rückschlüsse auf die Ursache zulasse. Die Subluxationsstellung des rechten Femurkopfes nach dorso-kranial, so Dr. W weiter, sowie die in der späteren Operation korrigierte valgische Fehlstellung des Schenkelhalses stellten anlagebedingte, statische Abweichungen dar, wobei eine solche kombinierte Fehlstellung rein theoretisch zwar auch das Ergebnis stattgehabter knöcherner Verletzungen im Bereich des Schenkelhalses oder der Epiphyse sein könne, jedoch nachweislich keine Epiphysiolysis capitis vorliege, welche durch den Sturz hätte initiiert werden können. Hieraus zieht er die Schlussfolgerung, dass, zumal sich im Schenkelhalsbereich keine abgelaufenen Verletzungszeichen nachweisen ließen, eine solche Fehlstatik zu vorzeitigen Knorpelalterationen führen und letztlich auch eine Hüftgelenksreizung mit Ergussbildung nach sich ziehen könne. Ohne eigene Bildinterpretation, sondern lediglich im Anschluss an den MRT-Befund von Dr. S vom 21. September 2006 vermögen diese Ausführungen die von den Sachverständigen Dr. P, Prof. Dr. W und Dr. von K aufgrund eigener Fachkompetenz vorgenommene Auswertung der bildgebenden Befunde jedoch nicht in Frage zu stellen.

Soweit sich mithin der Gesundheitserstschaden über retrospektive Kausalitätserwägungen sichern lässt, bestehen auch keine durchgreifenden Zweifel daran, dass dieser mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist.

Gleichsam lassen sich die von der Klägerin geltend gemachten Erkrankungen - Coxarthrose rechts mit belastungsabhängigen Hüftschmerzen, Hüftthinken und eingeschränkter Beweglichkeit sowie eine Beinlängendifferenz (rechts um 3 cm kürzer als links) - über die Ergebnisse der Röntgen- und MRT-Untersuchungen vom 19. bzw. 21. September 2006 (als Brückenbefunde) als Unfallfolge auf den Gesundheitserstschaden zurückführen. Eine - ggf. konkurrierende - endogen-rheumatoide Ursache schließt der Senat nach den auch insofern im Kern übereinstimmenden Ausführungen der Sachverständigen Dr. P, Prof. Dr. W und Dr. von K aus, zumal die zunächst am H Klinikum unter der Leitung von Prof. Dr. M unter dem Gesichtspunkt einer rheumatoiden Erkrankung durchgeführte Behandlung zugunsten einer posttraumatischen Behandlung aufgegeben wurde, vgl. hierzu zusammenfassend den Bericht von Dr. H von der B Klinik vom 17. Juli 2008.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision ist mangels Revisionszulassungsgrundes nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2015-04-23