

## L 3 U 138/07

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Frankfurt (Oder) (BRB)

Aktenzeichen

S 10 U 129/02

Datum

25.04.2007

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 138/07

Datum

20.08.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 25. April 2007 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Gewährung von Verletztenrente wegen der Folgen eines anerkannten Arbeitsunfalls vom 19. Februar 2001.

Der 1947 geborene Kläger kam laut Unfallanzeige der Autohaus P GmbH in E, für die er als Geschäftsführer tätig war, am 19. Februar 2001 gegen 07:30 Uhr auf dem Weg von der Filiale F zum Betrieb in E beim Befahren einer Linkskurve wegen Glatteis von der Fahrbahn ab und rutschte in den Straßengraben. Um 11:10 Uhr suchte er den Durchgangsarzt (DA) und Facharzt für Chirurgie und Traumatologie MR Dr. G im Krankenhaus E auf, der nach körperlicher und röntgenologischer Untersuchung eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) sowie eine Kontusion des linken Hüftgelenkes diagnostizierte. Die Röntgenaufnahme zeigte eine Entrundung des Schenkelhalskopfes und pilzförmige Exostosen, jedoch keine Traumazeichen. Als unfallunabhängig stellte Dr. G eine 1998 erlittene Schenkelhalsfraktur links mit Verschraubung und Materialentfernung im Juni 1999 sowie nachfolgender Bewegungseinschränkung am linken Hüftgelenk und Beinverkürzung von zwei Zentimetern fest. In ihrer Unfallmeldung vom 19. Februar 2001 teilte die Hausärztin des Klägers, die praktische Ärztin Dipl.-Med. D, als weitere Diagnose nach dem Unfallgeschehen eine Rippenprellung mit. Der am 21. Februar 2001 wegen starker Kopfschmerzen und eingeschränkter Hirnleistungstätigkeit vom Kläger aufgesuchte DA und Facharzt für Chirurgie Dr. M diagnostizierte ein HWS-Schleudertrauma nebst Commotio cerebri. Unter dem 20. März 2001 ergänzte Dr. M seine Diagnosen mit Hinweis auf das Ergebnis eines Computer-tomogramms (CT) vom 14. März 2001 sowie einer durchgeführten Skelettszintigraphie vom 19. März 2001 um "laterale Schenkelhalsfraktur links und Verdacht auf Fraktur der zehnten Rippe rechts".

Am 01. Juni 2001 stellte sich der Kläger auf Veranlassung von Dr. M wegen starker Beschwerden von Seiten des linken Hüftgelenkes in der DA-Sprechstunde des Unfallkrankenhauses B (UKB) vor. Vom 11. Juni bis zum 04. Juli 2001 befand er sich zur stationären Behandlung im UKB, wo ausgehend von der Diagnose "Pseudarthrose linkes Hüftgelenk nach Schenkelhalsfraktur vom 19. Februar 2001" am 14. Juni 2001 eine valgusierende intertrochantäre Umstellungsosteotomie des linken Femurs durchgeführt wurde (Zwischenbericht vom 28. Juni 2001). Anschließend befand er sich vom 05. Juli 2001 bis zum 18. August 2001 zur stationären Weiterbehandlung in der Rehabilitationsklinik M (siehe Abschlussbericht des Arztes für Chirurgie Dipl.-Med. P vom 18. August 2001).

Im Rahmen ihrer Ermittlungen zog die Beklagte das Unfallprotokoll des Polizeipräsidiums Frankfurt (Oder) vom 19. Februar 2001, den Geschäftsführervertrag und diverse Zwischenberichte von Dr. M, Prof. Dr. E vom UKB sowie der praktischen Ärztin Dipl.-Med. D bei. Letztere fügte ihrem Bericht vom 03. September 2001 die Entlassungsberichte des Humaine Klinikums Bad S vom 08. Januar 1999 (stationäre Behandlung vom 29. Dezember 1998 bis zum 08. Januar 1999 wegen einer medialen Schenkelhalsfraktur links und operativer Versorgung mittels dreier kombinierter Spongioschrauben) und 25. Juni 1999 (stationäre Behandlung vom 16. Juni bis zum 21. Juni 1999 zur Materialentfernung), des Kreiskrankenhauses B vom 29. Januar 1999 (stationäre Behandlung vom 27. Januar bis zum 28. Januar 1999 wegen eines Zustandes nach lateraler Schenkelhalsfraktur links und Verdacht auf Schraubenlockerung) sowie diverse Befunde über Röntgenuntersuchungen des linken Hüftgelenkes und Oberschenkels vom 14. Januar 1999, 10. Februar 1999, 09. März 1999 und 21. April 1999 bei. Anschließend forderte die Beklagte die Patientenakte des Kreiskrankenhauses B sowie des Humaine Klinikums Bad Saarow in Kopie an, in der sich u. a. Befunde über Kernspin- bzw. Magnetresonanztomogramme (MRT) der Hüftgelenke vom 13. März und 11. Juli 2000 befanden (auf der linken Seite Nachweis einer post-traumatischen Verkürzung des Schenkelhalses sowie einer straffen Pseudarthrose im Bereich des Schenkelhalses mit geringfügiger Dislokation des Hüftkopfes).

In seiner nach Aktenlage eingeholten Stellungnahme vom 27. Dezember 2001 gelangte der beratende Facharzt für Chirurgie Dr. K zu der Einschätzung, dass die vom UKB beschriebene frische Schenkelhalsfraktur nicht nachvollziehbar sei. Die beschriebene Falschgelenkbildung habe nach den vorliegenden bildgebenden Befunden schon im März 2000 vorgelegen und sei auf den Skiunfall vom 28. Dezember 1998 zurückzuführen. Daraufhin legte die Beklagte die beigezogenen Behandlungsunterlagen aus den Jahren 1998 ff. Herrn Prof. Dr. E vom UKB vor, der nach Ansicht der Original MRTe vom 13. März und 11. Juli 2000 und Vergleich mit dem im UKB gefertigten MRT vom 12. Juni 2001 sich der Auffassung von Dr. K vorbehaltlos anschloss (Zwischenbericht vom 04. Februar 2002). In einem neurologischen Befundbericht vom 13. Februar 2002 kam zudem der Facharzt für Nervenheilkunde Dr. D vom UKB zu dem Ergebnis, dass die vom Kläger noch beklagten Belastungsschmerzen in der linken Leiste und in der Tiefe des linken Oberschenkels nicht typisch für eine nach der Umstellungsosteotomie aufgetretene Schädigung des N. femoralis seien.

Mit Bescheid vom 15. Mai 2002 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 19. Februar 2001 ab. Zur Begründung führte sie aus, die Erwerbsfähigkeit sei nicht in rentenberechtigendem Grade über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus gemindert. Die Prellung der linken Hüfte sei folgenlos verheilt, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe vom 19. Februar bis zum 01. Juni 2001 bestanden. Als Folgen des Arbeitsunfalles würden nicht anerkannt: Pseudarthrose des linken Hüftgelenkes nach medialem Schenkelhalsbruch links (Privatunfall vom 28. Dezember 1998). Die über den 01. Juni 2001 hinausgehende Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit stehe im ursächlichen Zusammenhang mit dem Privatunfall.

Seinen hiergegen erhobenen Widerspruch begründete der Kläger im Wesentlichen damit, dass er nach den Feststellungen der Radiologen Dres. N und Kollegen gemäß Bericht vom 18. Mai 2001 neben einer frischen Rippenfraktur rechts auch eine Refraktur des Oberschenkelhalses mit Pseudarthrose erlitten habe. Die fortdauernde Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit seien allein auf die Folgen der Refraktur zurückzuführen. In der von der Beklagten eingeholten ergänzenden Stellungnahme vom 22. August 2002 wies Dr. K darauf hin, dass nach den vorliegenden MRT-Aufnahmen aus der Zeit vor dem Arbeitsunfall eine ausgedehnte Falschgelenkbildung mit überschießender Knochenreaktion bei Dislokation des Oberschenkelkopfes vorgelegen habe. Erfahrungsgemäß sei diese Komplikation nur durch einen operativen Eingriff einer Behandlung zugänglich, wie der am 14. Juni 2001 durchgeführten Umstellungsosteotomie. Es sei undenkbar, dass der Kläger im Jahre 2000 nicht von seinen behandelnden Ärzten über die Indikation eines weiteren operativen Eingriffes aufgeklärt worden sei. Nach Vorlage der schriftlichen Befunde zum CT des linken Hüftgelenkes vom 08. März 2001 sowie der in der radiologischen Praxis Dres. N/L/G durchgeführten Szintigraphien vertrat Dr. K die Auffassung, dass sich bei diesen Untersuchungen zwar Hinweise auf eine fragliche Refraktur bei Vorschädigung ergeben hätten. Insgesamt sei die Befundung jedoch unzureichend, zumal in Unkenntnis der genauen Vorgeschiechte ergangen. Selbst wenn der Beweis erbracht worden wäre, dass frischere Verletzungsfolgen vorlägen, sei hier allein der ausgeprägte Vorschaden (Pseudarthrose mit Fehlstellung des Hüftkopfes und älterem zusätzlichen knöchernen Ausbruch nach Unfall von 1998) wesentlich und ursächlich für den weiteren Verlauf der Erkrankung (Stellungnahme vom 23. August 2002). Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 17. September 2002 zurück.

Mit seiner vor dem Sozialgericht (SG) Frankfurt/Oder erhobenen Klage hat der Kläger sein Begehren auf Gewährung einer Verletztenrente weiterverfolgt. Wie sich auch aus dem Attest der praktischen Ärztin Dipl.-Med. D vom 14. Juni 2000 (Mitteilung an die Versicherung, dass zurzeit keine weitere Therapie des linken Hüftgelenkes und des linken Oberschenkels nach dem Unfall vom Dezember 1998 erforderlich und geplant sei) ergebe, sei seine Sportverletzung von Dezember 1998 schon vor dem Arbeitsunfall im Jahr 2001 ausgeheilt und er wieder arbeits- und sportfähig gewesen.

Nach Beiziehung der Original-Sozialversicherungsausweise (SVA), von ca. 63 Röntgen-, CT- und MRT-Aufnahmen aus den Jahren 1998 bis 2002 sowie der Unterlagen über die stationären Aufenthalte des Klägers im Humaine Klinikum Bad S hat der O-berarzt in der Abteilung Unfallchirurgie im M Krankenhaus B, Dr. S, im Auftrag des SG am 16. Oktober 2006 ein Zusammenhangsgutachten erstellt. Nach Untersuchung und Befragung des Klägers vom 12. Oktober 2006 sowie Auswertung der bildgebenden Befunde und des in der Akte dokumentierten Behandlungsverlaufes kam Dr. S zu dem Ergebnis, Folgen des Unfalles vom 19. Februar 2001 seien eine Zerrung der HWS, ein nicht verschobener Bruch der neunten Rippe und eine Verstauchung oder Prellung des linken Hüftgelenkes gewesen. Sämtliche Unfallverletzungen seien in kurzer Zeit folgenlos ausgeheilt, eine messbare Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) habe über einen maximalen Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit von vier, höchstens sechs Wochen hinaus nicht bestanden und sei auch künftig nicht zu erwarten. Zum Zeitpunkt des Unfalles vom 19. Februar 2001 hätten bereits Werschleifumformungen der HWS und der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie ein Scheingelenk (Pseudarthrose) zwischen dem linken Hüftkopf und dem Oberschenkelhals nach knöchern nicht verheiltem Oberschenkelhalsbruch vom Dezember 1998 bestanden. Nach den MRTen vom 13. März 2000 und 11. Juli 2000 sei es nicht zu einer knöchernen Verheilung des Oberschenkelhalsbruches, sondern unter Einstauchung und geringer Abkipfung des Hüftkopfes zur Bildung eines Scheingelenkes (Pseudarthrose) gekommen. Dieses Bild habe sich auch noch - unverändert - in den nach dem Unfall vom 19. Februar 2001 gefertigten Aufnahmen gezeigt. Insbesondere sei den Aufnahmen nach dem Unfall vom 19. Februar 2001 eine weitere Stellungsänderung des Hüftkopfes, ein Aufbrechen des Scheingelenkes oder ein neuerlicher Knochenbruch nicht zu entnehmen. Das Scheingelenk zwischen Hüftkopf und Oberschenkelhals links sei in den konventionellen Röntgenaufnahmen nicht zu erkennen, da der Hüftkopf kappenförmig darüber eingestaucht sei und damit der schmale, streifenförmige knöcherne Defekt durch andere Knochenstrukturen überlagert werde. Dies betreffe sowohl die Röntgen-darstellungen des linken Hüftgelenkes aus den Jahren 1999 und 2000 als auch aus der Zeit nach dem Arbeitsunfall im Jahre 2001. Das ca. einen Monat nach dem angeschuldigten Trauma gefertigte Skelettszintigramm vom 19. März 2001 liege nicht im Original vor, nach der im schriftlichen Befund erfolgten Darstellung werde nur eine "relativ moderate" Mehranreicherung im Bereich des linken Oberschenkelhalses beschrieben. Bei einem frischen Knochenbruch sei jedoch eine deutliche Nuklidanreicherung auch in der Frühphase zu erwarten, woran es hier fehle. Anders dagegen die Darstellung betreffend den Bereich des knöchernen Brustkorbes, wo eine als "stark" bezeichnete Mehranreicherung in Höhe etwa der achten oder neunten Rippe rechts beschrieben werde. Dieser Befund weise eindeutig auf eine kurze Zeit zurückliegende frische Verletzung hin. Bei einer zeitgleichen, also frischen Knochenbruchverletzung am linken Oberschenkelhals wäre ein gleichartiges Anreicherungsverhalten des Radionuklides wie an der Rippe zu erwarten gewesen, unabhängig von einer vorbestehenden Kalksalzminderung. Offensichtlich hätten den nach dem Unfall vom 19. Februar 2001 behandelnden Ärzten die MRTe aus dem Jahr 2000 nicht vorgelegen. Die krankhaften Veränderungen am linken Hüftkopf und Oberschenkelhals, die letztlich nach einer Umstellungsosteotomie im September 2002 zum Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes geführt hätten, seien auf den Oberschenkelhalsbruch im Dezember 1998 zurückzuführen. Die verbliebene Muskelverschmächtigung am linken Oberschenkel und der Gesäßregion wie auch die Verletzung des N. femoralis stellten als Folgen einer Komplikation der zwischenzeitlichen operativen Behandlungen eine mitteilbare Folge des privaten Unfalles vom 28. Dezember 1998 dar.

Durch Urteil vom 25. April 2007 hat das SG Frankfurt/Oder die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf eine Verletztenrente wegen des Ereignisses vom 19. Februar 2001. Zwar sei der Kläger zum Zeitpunkt des angeschuldigten Ereignisses nach der Satzung der Beklagten als Unternehmer freiwillig versichert gewesen und habe damit zum Personenkreis der nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Versicherten gezählt. Das Zurücklegen des Weges von der Filiale in F zum Hauptbetrieb in E am Morgen des 19. Februar 2001 habe zur versicherten Tätigkeit des Klägers als Geschäftsführer der Autohaus P GmbH gehört. Auf diesem Weg habe er einen Unfall erlitten und sich hierbei eine Zerrung der HWS, einen Bruch der neunten Rippe und eine Verstauchung oder Prellung des linken Hüftgelenkes zugezogen. Demzufolge habe die Beklagte zu Recht das Ereignis vom 19. Februar 2001 als Arbeitsunfall anerkannt. Jedoch hätten die Folgen dieses Arbeitsunfalles keine MdE in rentenberechtigtem Grade hinterlassen. Nach den das Gericht überzeugenden Darlegungen im Gutachten des Sachverständigen Dr. S seien die Unfallfolgen folgenlos ausgeheilt. Die beim Kläger bestehenden knöchernen Verschleißumformungen und Bandscheibenschäden an der HWS und der LWS wie auch die krankhaften Veränderungen am linken Hüftkopf und Oberschenkelhals seien dagegen nicht durch den Unfall vom 19. Februar 2001 bedingt. So hätten die CTs vom 08. März 2001 und 12. Juni 2001 unverändert das sich bereits in den MRTen vom 13. März 2000 und 11. Juli 2000 zeigende Scheingelenk bei ausgebliebener knöcherner Heilung eines eingestauchten Oberschenkelhalsbruchs links gezeigt. Neben der unveränderten Stellung im Scheingelenk in den Aufnahmen nach dem Unfall vom 19. Februar 2001 sei auch eine weitere unfallbedingte Strukturveränderung des Knochens nicht nachweisbar. Von daher lasse sich auch eine unfallbedingte Verschlimmerung der zum Zeitpunkt des Arbeitsunfalles bereits vorhandenen Gesundheitsschäden nicht feststellen.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers. Sowohl der Facharzt für Chirurgie Dr. M als auch der erstbehandelnde Arzt im UKB Prof. Dr. O (Arztbrief vom 28. Juni 2001) hätten die erneute Fraktur des Hüftkopfes infolge des Wegeunfalles vom 19. Februar 2001 bestätigt. Zu diesem Zeitpunkt hätten den behandelnden Ärzten auch die streitigen Röntgenaufnahmen vorgelegen.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat den Facharzt für Chirurgie Dr. M mit der Erstellung eines Zusammenhangsgutachtens beauftragt. In seinem Gutachten vom 08. Juli 2008 hat der Sachverständige als beim Kläger bestehende Gesundheitsstörungen festgestellt: Osteochondrose der HWS und BWS sowie künstliches Hüftgelenk links mit Bewegungseinschränkung und Schmerzen. Durch den Unfall vom 19. Februar 2001 bedingte Schäden seien eine posttraumatische Beinverkürzung von zwei Zentimetern, eine geringe Beinatrophy links, eine verminderte Belastbarkeit im linken operierten Hüftgelenk, endgradige Bewegungseinschränkungen des linken Hüftgelenkes und Parästhesien an der Außenseite des linken Oberschenkels. Zurzeit bestehe eine unfallbedingte MdE von 25 v. H. ... Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe vom 19. Februar 2001 bis zum 30. Juli 2004 bestanden. Die MdE werde wie folgt gestaffelt: vom 19. Januar 2001 bis zum 31. Dezember 2003 100 v. H., vom 01. Januar 2004 bis zum 30. Juli 2004 70 v. H., vom 01. August 2004 bis zum 31. Oktober 2004 50 v. H., vom 01. November 2004 bis zum 31. Dezember 2006 30 v. H. und vom 01. Januar 2007 bis jetzt 25 v. H. ... Nach dem Skiunfall vom 28. Dezember 1998 habe der Kläger in relativ kurzer Zeit seine normale körperliche Aktivität und Fitness zurückerlangt (Wandern in Madeira im Sommer 1999, Aufnahme des regelmäßigen Tennisspiels im Herbst 1999, Bergwandern in Österreich im April 2000, im Sommer 2000 regelmäßig den Arbeitsweg von 25 km mit dem Fahrrad zurückgelegt). Schmerzen im Bereich des linken Hüftgelenkes seien nur geringfügig bei Extremlastung aufgetreten. Wegen einer postoperativen Beinverkürzung links habe er jedoch ständig Einlagen tragen müssen. Der unfallbedingte Körperschaden nach dem Skiunfall vom Dezember 1998 werde im Nachhinein mit fünf Prozent eingeschätzt, d. h. er entspreche einer MdE von unter 10 v. H. ... Die Röntgenaufnahmen vom 25. Februar 2000 und 30. Mai 2000 zeigten eine vollständig verheilte Schenkelhalsfraktur, so dass von einer vollständigen knöchernen Abheilung auszugehen sei. Aufgrund des CT-Befundes vom 08. März 2001 sowie dem Szintigraphieergebnis vom 19. März 2001 sei der Kläger wegen einer linksseitig eingestauchten Schenkelhalsfraktur konservativ behandelt worden. Auch die Röntgenbilder vom April 2001 hätten eine eingestauchte mediale Schenkelhalsfraktur gezeigt. Infolgedessen habe man sich zur Umstellungsosteotomie des linken Femurs entschlossen. Wegen anhaltender Beschwerden aufgrund einer Schädigung des N. femoralis links und der nachfolgend aufgetretenen Hüftgelenksnekrose habe im September 2002 eine Endoprothese eingesetzt werden müssen. Auch der sich daran anschließende Behandlungsablauf habe sich langwierig gestaltet und sei durch eine degenerative Wirbelsäulenerkrankung und eine schwere psychische Erkrankung zusätzlich erschwert worden. Maßgeblich für eine Diagnosestellung sei überwiegend die Anamnese, zu einem kleinen Teil die ärztliche Untersuchung und die apparative Diagnostik. Die MRT-Diagnostik habe nur eine Diagnosesicherheit von max. 70 - 80 %.

Der Kläger stützt sein Begehren auf das Gutachten von Dr. M, allein dieser Sachverständige habe sich persönlich mit seiner Krankheitsgeschichte auseinandergesetzt und ihn auch in der streitgegenständlichen Zeit betreut.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 25. April 2007 sowie den Bescheid vom 15. Mai 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. September 2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 19. Februar 2001 Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 v. H. ab dem 01. August 2004, 30 v. H. ab dem 01. November 2004 und 25 v. H. ab dem 01. Januar 2007 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie führt aus, sowohl der Sachverständige Dr. S, als auch Dr. K und Prof. Dr. E hätten sich mit den diversen bildgebenden Befunden im Einzelnen auseinandergesetzt. Erstmalig bei der Stellungnahme vom 04. Februar 2002 hätten Prof. Dr. E die alten MRTs aus der Zeit vor dem Unfall vom 19. Februar 2001 vorgelegen. Von daher sei es nicht weiter verwunderlich, dass bis zu diesem Zeitpunkt - mangels näherer Befunde über die Folgen der Schenkelhalsfraktur vom 28. Dezember 1998 - eine eindeutige Abgrenzung zwischen den Folgen dieser Fraktur und den Folgen des Unfalls vom 19. Februar 2001 nicht möglich gewesen sei. Im Hinblick auf die Ausführungen von Dr. M stelle sich die Frage, warum das MRT in der anerkannten Medizin einen wichtigen Aspekt der Diagnoseerhebung darstelle und von den Ärzten oft zur Diagnoseklärung herangezogen werde. Unabhängig von der Bewertung (neue Schenkelhalsfraktur oder Falschgelenkbildung) begründe Dr. M seine gestaffelte MdE-Bewertung in keiner Weise.

Der Senat hat ein Vorerkrankungsverzeichnis von der privaten Krankenversicherung des Klägers vom 04. Dezember 2008 beigezogen und aus der Schwerbehindertenakte des Klägers medizinische Unterlagen (Entlassungsbericht des Reha-Zentrums S vom 20. November 2002,

das für die gesetzliche Rentenversicherung erstellte Gutachten des Arztes für Orthopädie Dr. M vom 06. März 2008) in Kopie zur Akte genommen. Anschließend hat der erstinstanzliche Sachverständige Dr. S im Auftrag des Senates eine ergänzende Stellungnahme vom 08. Oktober 2009 abgegeben. Dr. S hat dargelegt, die Ausführungen von Dr. M zur Wertigkeit und Aussagekraft bildgebender Untersuchungen muteten befremdlich an. Es stehe außer Zweifel, dass das Erheben der Vorgeschichte und die körperliche Untersuchung die Basis des Findens einer Diagnose darstellten, zielgerichtete apparative einschließlich bildgebender Untersuchungen diesen Prozess ergänzten und präzisierten. Pauschale prozentuale Angaben zur jeweiligen Wichtigkeit entbehrten jeder Grundlage und würden auch nicht durch wissenschaftliche Daten gestützt. Die Ergebnisse der MRT-Untersuchungen des linken Hüftgelenkes vom 13. März und 11. Juli 2000 belegten eindeutig, dass der linksseitige Oberschenkelhalsbruch vom 28. Dezember 1998 nicht knöchern verheilt, sondern nur eingestaucht und bindegewebig i. S. eines Scheingelenkes (Pseudarthrose) überbrückt worden sei. Diese Aufnahmen würden von Dr. M vollständig ignoriert, der nur auf die Röntgenaufnahmen aus dem Jahr 2000 abstelle, die aufgrund der kappenförmigen Einstauchung des linken Hüftkopfes über dem Schenkelhals den knöchernen Defekt des Scheingelenkes nicht zeigen könnten. Sofern nunmehr keinerlei Beschwerden oder Behandlungsbedürftigkeit und eine volle körperliche Belastungsfähigkeit des Klägers nach Entfernung der Osteosyntheseschrauben im Juni 1999 behauptet werde, stelle sich die Frage, womit die Indikation der MRT-Untersuchungen des linken Hüftgelenkes im März und Juni 2000 begründet gewesen sei und warum im Jahr 2000 mehrmals Behandlungen wegen "Oberschenkelbruch" bei der Krankenversicherung abgerechnet worden seien. Das für die Rentenversicherung erstellte Gutachten nehme keine Bewertung des Ursachenzusammenhangs nach den Maßgaben der gesetzlichen Unfallversicherung vor. Neue Gesichtspunkte hätten sich anhand des Gutachtens von Dr. M sowie der weiteren medizinischen Unterlagen nicht ergeben, so dass er bei seiner bisherigen Beurteilung bleibe.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakten sowie der Verwaltungsakte der Beklagten (Az.: ), die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch unbegründet.

Dem Kläger steht, wie das SG zutreffend entschieden hat, ein Anspruch auf Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 19. Februar 2001 nicht zu.

Nach [§§ 56 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 Satz 2, 7 Abs. 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist, Anspruch auf Verletztenrente. Als Verletztenrente wird der Teil der Vollrente gewährt, der dem Grad der MdE entspricht.

Gemäß [§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Versicherte Tätigkeit ist nach [§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#) auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit (so genannter Wegeunfall). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#)).

Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalles 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 Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalles, sondern erst für die Gewährung einer Verletztenrente (BSG vom 04. September 2007, - [B 2 U 28/06 R](#) -, in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 24](#) m. w. N.).

Alle rechtserheblichen Tatsachen bedürfen des vollen Beweises mit Ausnahme derjenigen, die einen Ursachenzusammenhang (Unfallkausalität, haftungsbegründende und haftungsausfüllende Kausalität) ergeben; für diese genügt angesichts der hier typischen Beweisschwierigkeiten die hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG in [SozR 2200 § 548 Nrn. 70 und 84](#)). Beim Vollbeweis muss sich das Gericht grundsätzlich die volle Überzeugung vom Vorliegen oder Nichtvorliegen der Tatsachen verschaffen. Eine Tatsache ist bewiesen, wenn sie in so hohem Maße wahrscheinlich ist, dass alle Umstände des Falles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung zu begründen (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 9. Aufl. 2008, Randnr. 3b zu § 128 m. w. N.). Vollbewiesen sein müssen aber auch hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs immer die Ursache selbst und der ihr zuzurechnende Erfolg; die hinreichende Wahrscheinlichkeit bezieht sich nur auf die kausalen Zwischenglieder. Hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG vom 02. April 2009 - [B 2 U 29/07 R](#) -, in [Juris](#) m. w. N.). Zu den voll zu beweisenden Tatsachen gehören damit z. B. die Erfüllung des Versicherungsschutztatbestandes nach [§§ 2 ff SGB VII](#), die Verrichtung der versicherten Tätigkeit, das äußere Ereignis, ein Körperschaden und die Plötzlichkeit als Unfallmerkmale. Erforderlich ist in diesem Zusammenhang der positive Nachweis, der Ausschluss anderer Ursachen reicht nach den ausgeführten Grundsätzen nicht aus.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze erweist sich der Bescheid der Beklagten vom 15. Mai 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. September 2002 als rechtmäßig. Der Kläger ist nicht wegen der Folgen des von der Beklagten zu Recht als Arbeits(Wege-)unfall anerkannten Verkehrsunfalles vom 19. Februar 2001 in seiner Erwerbsfähigkeit gemindert. Der bei dem Verkehrsunfall erlittene Gesundheitsschaden in Form einer Zerrung der HWS, eines nicht verschobenen Bruches der neunten Rippe und einer Verstauchung oder Prellung des linken Hüftgelenkes waren bereits nach vier, höchstens sechs Wochen nach dem Unfall ausgeheilt. Eine Refraktur des linksseitigen Oberschenkelhalses als Gesundheits(erst)schaden des Verkehrsunfalles vom 19. Februar 2001 kann nicht festgestellt werden. Bei der sich im Röntgenbild vom 19. Februar 2001 und im MRT vom 12. Juni 2001 zeigenden Entrundung des Oberschenkelkopfes mit pilzförmiger Exostose am Übergang zum Oberschenkelhals (= kappenförmige Einstauchung des Hüftkopfes mit Scheingelenkbildung (Pseudarthrose)), die im Juni 2001 zur Umstellungsosteotomie mit nachfolgender Hüftkopfknekrose und im September 2002 notwendigem Hüftgelenkersatz führte, handelt es sich um einen, aus dem Sportunfall vom 28. Dezember 1998 resultierenden, Vorschaden.

Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senates aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens ([§ 128 SGG](#)), insbesondere dem sachkundigen und schlüssigen Gutachten des Sachverständigen Dr. S vom 16. Oktober 2006 nebst ergänzender Stellungnahme vom 08. Oktober 2009. Dr. S hat seine Urteilsbildung nicht nur auf die körperliche Untersuchung und Befragung des Klägers gestützt, sondern auch den Krankheitsverlauf unter Auswertung sämtlicher in den Akten vorhandener Befunde und der ihm vorgelegten Original-Röntgenbilder, CT und MRTe aus der Zeit vor und nach dem Unfallgeschehen vom 19. Februar 2001 beurteilt.

So hat Dr. S anhand der vor dem Wegeunfall vom 19. Februar 2001 gefertigten MRTe des linken Hüftgelenkes vom 13. März 2000 und 11. Juli 2000 nachvollziehbar dargelegt, dass es nach dem osteosynthetisch versorgten eingestauchten Bruch des linken Oberschenkelhalses vom 28. Dezember 1998 nicht zu einer knöchernen Durchbauung, sondern zur Bildung eines Scheingelenkes (Pseudarthrose) gekommen ist. Die Verbindung des Hüftkopfes mit dem Oberschenkelhals wurde nunmehr durch Bindegewebe gehalten. Dies ergibt sich im Übrigen bereits aus den vor dem Unfall vom 19. Februar 2001 von den Radiologen im H Klinikum Bad S erstellten schriftlichen Befunden zu den MRTen vom 13. März 2000 und 11. Juli 2000. Der fehlenden knöchernen Durchbauung steht nicht entgegen, dass der Kläger nach Entfernung des Osteosynthesematerials im Juni 1999 sich wieder vermehrt sportlichen und beruflichen Belastungen ausgesetzt hatte. Denn eine belastbare Fixierung des Hüftkopfes gegenüber dem Oberschenkelhals ergab sich nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. S durch die Einstauchung, so dass ein "straffes" Scheingelenk vorlag. Sowohl das CT vom 08. März 2001, die Skelettszintigrafie vom 19. März 2001 als auch das MRT vom 12. Juni 2001 zeigen - unverändert - den bereits dem MRT vom 13. März 2000 und dem MRT vom 11. Juli 2000 zu entnehmenden Befund auf. Eine Stellungsänderung des Hüftkopfes zum Oberschenkelhals ist in diesen bildgebenden Befunden nicht zu erkennen. Nichts anderes gilt für den Vergleich der Röntgenaufnahmen des linken Hüftgelenkes, die vor dem Unfall vom 19. Februar 2001 gefertigt wurden, mit denen, die in der Zeit danach bis zur Umstellungsosteotomie am 14. Juni 2001 gefertigt worden sind. Auch aus diesen Aufnahmen lassen sich Hinweise auf eine weitergehende Verschiebung des Hüftkopfes gegenüber dem Schenkelhals bzw. ein Aufreißen der bindegewebigen Verbindung des Scheingelenkes oder andere Strukturveränderungen des Knochens infolge des Unfallgeschehens vom 19. Februar 2001 nicht entnehmen. Der Befund der Skelettszintigrafie vom 19. März 2001 korreliert ebenfalls mit einem seit längerem bestehenden Scheingelenk am linken Oberschenkelhals ohne sichere Zeichen einer frischen Verletzung, da eine nur "relativ moderate" Mehranreicherung beschrieben wird. Hätte es sich um eine frische Verletzung gehandelt, wäre ein gleichartiges Anreicherungsverhalten wie bei dem ebenfalls festgestellten Rippenbruch zu erwarten gewesen. Laut dem Befund der Skelettszintigrafie vom 19. März 2001 zeigte sich eine "starke" Mehranreicherung im Bereich der achten oder neunten Rippe rechts, was einer frischen Knochenverletzung entspricht. Dieser Beurteilung stehen auch nicht die radiologischen Befundberichte u. a. zu den Röntgenuntersuchungen vom 30. Mai 2000 und 23. Juni 2000 entgegen. Zwar wird hier von einer knöchernen Konsolidierung bzw. Durchbauung der Schenkelhalsfraktur links gesprochen, jedoch kann in den konventionell gefertigten Röntgenaufnahmen die Scheingelenksbildung zwischen Hüftkopf und Oberschenkelhals nicht erkannt werden. Wie von Dr. S nachvollziehbar dargelegt, ist aufgrund der Überlagerung durch andere Knochenstrukturen wegen der kappenförmigen Einstauchung des Hüftkopfes der schmale, streifenförmige knöcherne Defekt in den Röntgenaufnahmen nicht sichtbar.

Die Einschätzung von Dr. S, dass es sich bei der die Umstellungsosteotomie bedingenden "straffen" Pseudarthrose um eine Folge des unzureichend verheilten Oberschenkelhalsbruches vom 28. Dezember 1998 handelte, wird zudem durch den ärztlichen Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des UKB, Prof. Dr. E, bestätigt (vgl. Stellungnahme vom 04. Februar 2002). So ist Prof. Dr. E nach Anforderung der Originalaufnahmen vom 13. März 2000 und 11. Juli 2000 vom H Klinikum Bad Sund Vergleich dieser Aufnahmen mit dem im UKB am 12. Juni 2001 gefertigten MRT ebenfalls zu dem Ergebnis gekommen, dass die im UKB behandelte Pseudarthrose schon vor dem Unfall vom 19. Februar 2001 bestanden habe und nicht auf diesem beruhe. Soweit in früheren Berichten des UKB von einem Zusammenhang der Pseudarthrose mit dem Unfall vom 19. Februar 2001 ausgegangen wird und zum Teil diese "alten" Diagnosen in späteren Berichten ohne weitere Reflektion übernommen worden sind, beruht dies allein auf dem Umstand, dass den Ärzten des UKB - wie auch den das CT vom 08. März 2001 und die Szintigrafien vom 19. März 2001 durchführenden Radiologen - die vor dem Unfall vom 19. Februar 2001 gefertigten Röntgenaufnahmen und MRTe nicht zur Einsichtnahme vorgelegen haben. Erst nachdem die Beklagte mit Schreiben vom 22. Januar 2002 Auszüge aus den von ihr beigezogenen Behandlungsunterlagen des H Klinikums Bad S und des Kreiskrankenhauses B an Prof. Dr. E zur Stellungnahme übersandt hatte, hat sich dieser die Originalaufnahmen von den Kliniken besorgt und mit seiner Stellungnahme vom 04. Februar 2002 an die Beklagte gesandt.

Nicht zu folgen vermag der Senat der Beurteilung des nach [§ 109 SGG](#) gehörten Sachverständigen Dr. M in seinem Gutachten vom 08. Juli 2008. Dr. M vermeidet jegliche konkrete Betrachtung der vor dem Unfall im Jahr 2000 gefertigten aussagekräftigen MRTen. Ebenso wenig vergleicht er diese mit dem nach dem Unfall erstellten MRT vom 12. Juni 2001. Eine Gegenüberstellung der Röntgenaufnahmen vor und nach dem Unfall vom 19. Februar 2001 erfolgt ebenfalls nicht. Eine (nachvollziehbare) Auseinandersetzung mit den von Dr. S anhand der diversen bildgebenden Befunde aus der Zeit vor und nach dem Unfall vom 19. Februar 2001 detailliert belegten Argumenten ist dem Gutachten von Dr. M nicht zu entnehmen. Seine pauschale Kritik an der Diagnosezuverlässigkeit von MRTen mutet befremdlich an. Schließlich handelt es sich bei diesem bildgebenden Verfahren um ein in der medizinischen Wissenschaft gängiges und geschätztes Diagnosehilfsmittel. Auch dürfte es sehr unwahrscheinlich sein, dass sämtliche angefertigten MRTe (u. a. vom 13. März 2000, 11. Juli 2000 und 12. Juni 2001) ein Bild darstellten, welches nicht den tatsächlichen Verhältnissen zum Zeitpunkt der jeweiligen Anfertigung entsprach, zumal die Aufnahmen von unterschiedlichen radiologischen Praxen angefertigt worden sind. Die Angaben des Klägers zum Heilungsverlauf der am 28. Dezember 1998 beim Skifahren erlittenen Oberschenkelhalsfraktur werden von Dr. M unkritisch übernommen, obwohl die Anhaltspunkte in der Akte - wie die intensiven Röntgen- und MRT-Kontrollen im Sommer 2000 - gerade nicht auf die vom Kläger postulierte Beschwerdefreiheit deuten. Die Unstimmigkeiten im Gutachten von Dr. M setzen sich an anderer Stelle fort. So wird die bereits nach dem Unfall von Dezember 1998 bestehende Beinverkürzung um zwei Zentimeter links (vgl. den Befund der Röntgenuntersuchung vom 23. Juni 2000), weswegen der Kläger bereits ausgleichende Einlagen tragen musste, von ihm als Folge des Arbeitsunfalles vom 19. Februar 2001 ausgewiesen. Für seine Einschätzung der MdE und die vorgenommene Staffelung lässt er jegliche Begründung missen.

Nach alldem war die Berufung zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login  
BRB  
Saved  
2010-12-09