

## L 2 U 5570/10

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
2  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 10 U 1714/09  
Datum  
25.10.2010  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 2 U 5570/10  
Datum  
16.11.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 25. Oktober 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die die Gewährung von Verletztenrente aufgrund der gesundheitlichen Folgen des von der Beklagten als Arbeitsunfall anerkannten Sturzereignisses vom 14.05.2006. Er ist der Auffassung, dass es im Zuges des Unfalls zu einer sturzbedingten Schädigung und Zerstörung des rechten Hüftkopfes mit anschließender Implantation einer Hüft-Totalendoprothese (TEP), zur Entwicklung von Schmerzen in der lateralen Gesäßhälfte über dem Sitzbein und - insbesondere - einer Einschränkung der Gehfähigkeit gekommen sei. Durch die Unfallfolgen sei die Gebrauchsfähigkeit seiner rechten unteren Extremität um wenigstens 30 v.H. eingeschränkt. Die Beklagte hat demgegenüber lediglich eine folgenlos ausgeheilte Prellung des rechten Hüftgelenks als Unfallfolge anerkannt und die Anerkennung weiterer Unfallfolgen ebenso wie die Gewährung von Verletztenrente abgelehnt.

Der am 25.03.1923 geborene Kläger ist als selbständiger Rechtsanwalt tätig und als solcher bei der Beklagten versichert. Bei ihm bestehen als Folgen einer Kriegsverletzung - vom Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis mit Bescheid vom 18.02.2008 (Bl. 66 Verwaltungsakte der Beklagten - VA) als Schädigungsfolgen nach § 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) anerkannt - eine Zwerchfellverwachsung links nach Lungendurchschuss und linksseitige inkomplette Bauchdeckenparese, eine Lähmung des linken Armes mit hochgradigem Muskelschwund, Schulterhochstand links und HWS-Bewegungseinschränkung nach links, ein abgeheilter Nasenbeinbruch, eine abgeheilte Kopfsplittverletzung sowie anfallsweises Herzjagen. Der Grad der Schädigung wurde ab dem 01.06.2007 mit 100 v.H. festgesetzt. Zudem sind gemäß dem ebenfalls aktenkundigen Schwerbehindertenausweis des Klägers vom 06.06.2007 (Bl. 72 VA) seit Januar 1977 die Nachteilsausgleiche (Merkzeichen) "G" und "1. Kl." festgestellt, darüber hinaus seit Juni 2007 das Merkzeichen "B".

Der Kläger teilte der Beklagten mit Schriftsatz vom 15.06.2007 (Bl. 1 [7] VA) mit, er habe in seinem heimischen Arbeitszimmer am Sonntag, den 14.05.2006 gegen 19.00 Uhr bei der Anfertigung von Schriftsatzdiktaten Druckschmerzen im Bereich des rechten Oberschenkels verspürt. Er sei danach von seinem Arbeitsstuhl mit aufgelegtem Kissen aufgestanden und habe auf einen daneben befindlichen Stuhl mit einer mit Kissen ausgelegten festen Sitzfläche (vom Kläger im Weiteren als "Rollstuhl" bezeichnet) umsteigen wollen. Beim Sitzwechsel habe er sich mit seinem gelähmten linken Arm nicht festhalten können und sei nach unten auf den Fußboden gestürzt. Nach dem Sturz habe er nicht mehr aufstehen können. Etwa eine Stunde später sei es ihm mit Hilfe seiner Frau unter Zuhilfenahme einer "schiefen Ebene" sowie einer "Abstützanlage" gelungen, wieder auf den Stuhl zu gelangen. Danach habe er unter zusätzlichen weiteren unerträglichen Schmerzen gelitten; sein rechtes Bein sei nicht mehr einsetzbar gewesen.

Dem Schriftsatz beigelegt waren Kopien ärztlicher Befunde. Mit Befundbericht vom 21.11.2005 (Bl. 9 VA) berichtete der Orthopäde Dr. H. von einer ambulanten Behandlung des Klägers wegen Ischialgie und Hüftschmerz rechts. Gemäß dem Röntgenbefund hätten im Bereich der rechten Hüfte eine erhebliche Gelenkspaltverschmälerung, Osteophytenbildung und Geröllzystenbildung bestanden, das Röntgenzeichen der Coxarthrose habe 3° rechts gegenüber 1-2° links betragen, wo Dr. H. eine nur leichte Verschmälerung des Hüftgelenksspalts und geringe Randosteophyten beschrieb. Ursache des Hüftschmerzes rechts sei die dortige Coxarthrose, welche sehr ausgeprägt sei. Weiter heißt es dort "ggf. TEP Hüfte re."

Mit weiterem Befundbericht vom 13.04.2006 (Bl. 12 VA) berichtete der Orthopäde PD Dr. W. von einem im Jahr 2005 erlittenen Bürounfall, aufgrund dessen der Kläger Schmerzen im Bereich des rechten Beines erlitten habe, später auch des linken Beines. Das linke Hüftgelenk

beschrieb er als weitestgehend frei beweglich, während die Streckung/Beugung im rechten Kniegelenk 0-10-100° betragen habe mit deutlichem Bewegungsschmerz bzw. Schmerzangabe bei Rotation. Hauptursache für die Beschwerden sei die Coxarthrose. Gemäß Nachbefundung der im November 2005 gefertigten Röntgenfremdbilder bestehe rechts eine deutliche Coxarthrose, links nur eine leichte. Da laut Angabe des Klägers im letzten halben Jahr keine Verschlechterung eingetreten sei, könne zugewartet werden.

Mit ärztlichem Bericht vom 02.06.2006 (Bl. 14 VA) über eine am 03.05.2006 durchgeführte Untersuchung des Klägers berichtete der Orthopäde Dr. S., seit April 2006 bestünden stark zunehmende Hüftschmerzen rechts, insbesondere bei Belastung. Zuvor sei anlässlich einer Röntgenuntersuchung eine Hüftarthrose festgestellt worden. Er beschrieb den am 03.05.2006 erhobenen Befund einer massiv schmerzhaften und eingeschränkten Abduktion und Rotation der Hüfte; der Kläger könne kaum auftreten. Die Behandlung mit Voltaren, Nexium, Akupunktur und Neuraltherapie habe nur eine kurzzeitige und geringe Besserung ergeben. Er habe daher die baldige Implantation einer Hüft-TEP empfohlen, um die Mobilität des Klägers zu erhalten.

Am 30.05.2006 suchte der Kläger noch den Orthopäden PD Dr. G. auf, wo neben einer Beratung auch Röntgenaufnahmen angefertigt wurden (vgl. Schriftsatz des Klägers vom 15.06.2007, Bl. 1 [4] VA und Rechnung PD Dr. G. für am 30.05.2006 erbrachte Leistungen, Bl. 13 VA).

Am 07.06.2006 fand in der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg eine Untersuchung des Klägers statt, in deren Verlauf die operative Implantation eines künstlichen Hüftgelenks vereinbart wurde (Bericht vom 08.06.2006, Bl. 15 VA). Diagnostiziert wurde eine akut progrediente Coxarthrose rechts. Der Kläger habe über zunehmende Schmerzen im Bereich des rechten Hüftgelenks berichtet, welche ihn zunehmend gehunfähig gemacht hätten. Die Symptomatik sei nach einem Sturz vor etwa einem halben Jahr deutlich progredient. Nach Befundung der im November 2005 und Mai 2006 gefertigten Röntgenaufnahmen wurde im Bericht ausgeführt: "Im Vergleich mit den Voraufnahmen vom November 2005 massiv progrediente Osteoporose, der Hüftkopf ist kollabiert." Aufgrund des rasch progredienten Verlaufes sei eine baldige Implantation des Hüftgelenks indiziert.

Die Totalendoprothese wurde dann am 19.06.2006 in der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg durchgeführt (vgl. Entlassungsbericht vom 29.06.2006, Bl. 210 VA). Gemäß OP-Bericht vom 17.02.2010 (Bl. 207 VA) wurden diagnostiziert: "Hüftkollaps bei Hüftkopfnekrose rechts, ausgeprägte Kontraktur rechtes Hüftgelenk, ausgeprägte Synovitis rechtes Hüftgelenk". Bei dem Kläger sei es innerhalb weniger Wochen zu einem kompletten Kollaps des rechten Hüftgelenks gekommen; es bestünden ausgedehnte Osteolysen auch im acetabulären Bereich, ein Hüftkopfhochstand und Gehunfähigkeit. Es wurde das Herausquellen einer pastösen hellbraunen Masse nach Kapselinzision beschrieben. Nach deren Entfernung sei der restliche Hüftkopf noch haselnussgroß gewesen. Dieser wurde ebenfalls entfernt und zur histologischen Untersuchung eingesandt, ebenso wie die pastöse Masse. Beschrieben wurden zudem im Pfannendachbereich mittelgroße Knochendefekte, die ebenfalls mit der beschriebenen Paste ausgefüllt gewesen seien.

Gemäß pathologisch-anatomischer Stellungnahme von OÄ Prof. Dr. B. vom 19.06.2006 (Bl. 216 VA) habe es sich um Fragmente von spongiosen Knochengewebe mit aseptischen Osteonekrosen sowie einer deutlich ausgeprägten Knochenmarkfibrose gehandelt, daneben um eine schwergradige Osteoporose mit fokalem vollständigem Verbrauch des spongiosen Knochengewebes. Im Bindegewebe eingebettet hätten sich zahlreiche Knochenein- und Abbrüche gefunden, entsprechend dem Stand nach rezidivierenden Knochen(Mikro?)Frakturen.

Die Beklagte lehnte zunächst mit Bescheid vom 30.10.2007 (Bl. 23 VA) die Anerkennung des Unfallereignisses als Arbeitsunfall ab. Diesen Bescheid hob die Beklagte auf den Widerspruch des Klägers mit Abhilfebescheid vom 09.07.2008 auf und erkannte das Sturzereignis als Arbeitsunfall an. Zur Feststellung der Unfallfolgen werde eine Zusammenhangsbeurteilung eingeleitet.

In deren Vorfeld teilte der Kläger mit Erklärung vom 10.09.2008 mit, er sei in der Zeit vom "10.05.2006 bis lfd." arbeitsunfähig, müsse aber als freiberuflicher selbständiger Rechtsanwalt auch im Krankheitsfall seinen "RA-Betrieb" fortführen.

Mit Zusammenhangsgutachten vom 18.12.2008 (Bl. 79 VA) wurde vom Leiter der Gutachtenambulanz, Prof. Dr. Sch., u.a. ein Röntgenbefund vom 16.05.2006 wie folgt beschrieben (Bl. 85 VA): Fortgeschrittene Coxarthrose rechts mit Kollaps des Hüftkopfes, die kollabierten Areale erscheinen bereits gerundet, links beginnende Coxarthrose. Der Kläger beklage nach Implantation einer Hüft-TEP rechts Schmerzen in der lateralen Gesäßhälfte über dem Sitzbein. Seit dem Unfall benötige er einen Gehstock, bis zu dem Unfall habe er ohne Gehhilfe gehen können; zudem sei seine Gehstrecke reduziert. Radiologisch bestehe das typische Bild einer Alters-Coxarthrose mit Zusammenbruch des Hüftkopfes. Frische Frakturzeichen seien auf den Röntgenaufnahmen nicht erkennbar. Zudem sei der Unfallmechanismus eines "Sturzes auf den Hosenboden" nicht geeignet, einen Kollaps des Hüftkopfes zu verursachen. Eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nahm Prof. Dr. Sch. ebenso wenig an wie unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit.

Hierauf lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 18.02.2009 (Bl. 93 VA) einen Anspruch auf Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 14.05.2006 ab; unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe nicht bestanden. Als alleinige Unfallfolge angekannt wurde eine ohne wesentliche Folgen ausgeheilte Hüftprellung, nicht anerkannt wurde eine Alterscoxarthrose mit Zusammenbruch des Hüftkopfes, endoprothetisch versorgt.

Mit dem Widerspruch vom 12.03.2009 (Bl. 97 VA) wandte sich der Kläger gegen die Ablehnung der Rente und machte geltend, vor dem schweren Unfall vom 14.05.2006 sei weder sachlich/tatsächlich noch medizinisch ein zertrümmerter Hüftkopf auf Röntgenaufnahmen festgestellt worden, sondern erst unmittelbar nach dem schweren Sturz. Zudem sei er vor dem schweren Sturz nicht "rollstuhlpflichtig" geschrieben gewesen, wie dies nach der unfallbedingten Operation in den vorgelegten Rechnungen und Entlassungsberichten festgestellt worden sei.

Mit beratungsfachärztlicher Stellungnahme vom 23.03.2009 führte Dr. Spohner aus, er halte das eingeholte Gutachten für schlüssig.

Hierauf wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 28.04.2009 (Bl. 107 VA) zurück. Die ärztlichen Befunde hätten gezeigt, dass bereits vor dem Unfall vom 14.05.2006 eine fortgeschrittene Coxarthrose bestanden habe; auch die radiologischen Bilder hätten das typische Bild einer Alterscoxarthrose gezeigt. Zeichen eines frischen Bruches hätten sich dagegen nicht nachweisen lassen.

Mit der am 27.05.2009 beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhobenen Klage hat der Kläger die im Widerspruchsverfahren geführte Argumentation wiederholt und weiter ausgeführt, es stehe fest, dass nach dem schweren Sturz vom 14.05.2006 der Hüftkopf des rechten Oberschenkels (mit Hüftpfanne) vollständig zertrümmert worden sei, so dass anlässlich der Operation vom 19.06.2006 eine Totalendoprothese habe eingesetzt werden müssen, was Dauerschäden zur Folge habe, u.a. Schmerzen und Beschwerden im Bereich des rechten Oberschenkels, weshalb auch längere Gehstrecken nicht mehr möglich seien.

Die Beklagte ist der Klage unter Berufung auf die angefochtenen Bescheide und den Inhalt ihrer Akten entgegen getreten.

Das SG hat auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers gemäß [§ 109 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) bei dem Orthopäden PD Dr. W. ein Gutachten eingeholt, welches dieser am 02.02.2010 (Bl. 121 SG-Akte) erstattet hat. Er hat ausgeführt, Dr. H. habe am 21.11.2005 klinisch und radiologisch eine sehr ausgeprägte Arthrose der rechten Hüfte befundet, angegeben als Coxarthrose Grad III. Er selbst habe (im April 2006) den Befund eines deutlichen Bewegungsschmerzes und einer Bewegungseinschränkung des rechten Hüftgelenks erhoben, Dr. S. habe am 03.05.2006 den Befund einer massiv schmerzhaften und eingeschränkten Bewegung des rechten Hüftgelenks erhoben; der Kläger habe kaum auftreten können. Schließlich zeige der Röntgenbefund vom 30.05.2006, erhoben von PD Dr. G., eine partielle Abschmelzung des Hüftkopfes mit Auflösungerscheinung auch des Pfannendaches. Als Diagnose werde eine Destruktionscoxarthrose angenommen. Der Verlauf der Hüftgelenkserkrankung spreche dafür, dass es sich um eine rasch destruktive Osteoarthritis der Hüfte handle. Dieses Krankheitsgeschehen bezeichne eine rasch destruierende Coxarthrose. Dabei werde vornehmlich der Hüftkopf von der Zerstörung betroffen; osteophytäre Reaktionen seien wegen des raschen Verlaufs nicht oder nur in verhältnismäßig geringem Umfang vorhanden. Zudem zeige die von PD Dr. G. am 30.05.2006 angefertigte Röntgenaufnahme keinerlei traumatische Veränderungen, keine Zertrümmerung des Hüftkopfes und keinerlei Frakturelemente. Es hätten sich hingegen ein partiell aufgelöster, osteolytischer Hüftkopf gezeigt und Osteolysen des ansonsten sehr stabilen Pfannendaches, welche dafür sprächen, dass seit geraumer Zeit unphysiologische Reibungskräfte und entzündliche Prozesse das ansonsten sehr stabile Pfannendach angegriffen hätten. Es sei davon auszugehen, dass diese Veränderungen in diesem Ausmaß eine Zeitspanne von etlichen Wochen bedürfen würden, insofern habe er nachträglich einzuräumen, bei seiner eigenen Untersuchung am 13.04.2006 – wohl unter dem Eindruck des Röntgenbildes vom 21.11.2005 – die Schwere der Hüftgelenkserkrankung nicht richtig eingeschätzt zu haben.

Mit Urteil ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) vom 25.10.2010 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es sich auf die Gutachten von Prof. Dr. Sch. und PD Dr. W. gestützt. Beide hätten ausgeführt, dass Zeichen einer frischen Fraktur nach dem Sturz nicht erkennbar gewesen seien. PD Dr. W. habe im Übrigen seine frühere Einschätzung bezüglich der Schwere der Hüftgelenkserkrankung anhand der nachträglich durchgeführten Untersuchungen und der ihm im Rahmen der Begutachtung zur Verfügung gestellten Befundberichte für das SG nachvollziehbar revidiert.

Hiergegen hat der Kläger am 04.12.2010 Berufung eingelegt. Er vertritt weiterhin die Auffassung, bei dem Sturz sei der Hüftkopf des rechten Hüftgelenks zertrümmert worden. Nach dem Sturzereignis sei sein rechtes Bein nicht mehr einsetzbar gewesen (Bl. 7/8 Senatsakte). Für die Beurteilung des Zustandes des rechten Hüftgelenks vor dem Sturzereignis sei der Befundbericht des PD Dr. W. vom 13.04.2006 über die Untersuchung vom selben Tage maßgeblich, nicht aber dessen revidierte Auffassung im Gutachten vom 02.02.2010. Innerhalb des ersten Unfalljahres sei eine Invalidität eingetreten, resultierend aus den Unfallfolgen nach Implantation einer Hüft-TEP mit verbliebener Gebrauchsminderung der rechten Extremität. Diese sei mit wenigstens 30 v.H. anzusetzen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 25. Oktober 2010 aufzuheben, den Bescheid vom 18. Februar 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. April 2009 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm aufgrund der gesundheitlichen Folgen des Arbeitsunfalls vom 14.05.2006 Verletztenrente nach einem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit um wenigstens 30 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegen getreten. Sie führt aus, zwei Gutachter hätten unabhängig voneinander festgestellt, dass es sich bei der Coxarthrose mit Zusammenbruch des Hüftkopfes um eine schicksalshafte Entwicklung einer vorbestehenden Erkrankung gehandelt habe.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer erneuten Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) einverstanden erklärt.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten und der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten, die SG-Akte und die Senatsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

I. Sie ist statthaft, da Berufungsbeschränkungen nicht vorliegen (vgl. [§§ 143, 144 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)), und auch sonst zulässig, da sie unter Beachtung der maßgeblichen Form- und Fristvorschriften ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt wurde.

II. Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die vorliegend erhobene kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 4 SGG](#)) zu Recht abgewiesen. Beim Kläger sind über die von der Beklagten anerkannte folgenlos abgeheilte Prellung des rechten Hüftgelenks hinaus keine Gesundheitsstörungen nachgewiesen, deren wesentliche Ursache mit hinreichender Wahrscheinlichkeit der Arbeitsunfall vom 14.05.2006 gewesen ist. Daher resultiert aus den Unfallfolgen kein Grad der MdE um wenigstens 20 v.H, weshalb ein Anspruch auf Verletztenrente nicht besteht.

1. Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus wenigstens um 20 v.H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente (§ 56 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch – SGB VII –). Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Bei der Bemessung der MdE werden Nachteile berücksichtigt, die die Versicherten dadurch erleiden, dass sie bestimmte von ihnen erworbene besondere berufliche Kenntnisse und Erfahrungen infolge des Versicherungsfalles nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen können, soweit solche Nachteile nicht durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung ihnen zugemutet werden kann, ausgeglichen werden (§ 56 Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB VII). Allerdings begründet nicht jeder Gesundheitsschaden, der bei der Ausübung einer unfallversicherten Tätigkeit eintritt, eine Leistungspflicht des Unfallversicherungsträgers. Vielmehr muss neben dem Nachweis der Tatbestandsmerkmale der versicherten Tätigkeit und des Gesundheitsschadens auch ein wahrscheinlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Gesundheitsschaden (haftungsausfüllende Kausalität) bestehen.

Nach der auf dem Gebiet der gesetzlichen Unfallversicherung anzuwendenden Kausalitätslehre von der wesentlichen Bedingung sind Ursache und Mitursache unter Abwägung ihres verschiedenen Wertes nur diejenigen Bedingungen im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – BSG –, vgl. BSGE 1, 72, 76; 61, 127, 129; 63, 272, 278). Sind zwei oder mehr Ereignisse im gleichen Maße wesentlich für den Erfolg, dann sind sie alle wesentliche Bedingungen und damit Ursachen im Rechtssinne. Die untere Grenze der Wesentlichkeit einzelner Bedingungen im Vergleich zu anderen Mitbedingungen liegt dort, wo der Anteil der einzelnen entscheidenden Bedingung im Verhältnis zu dem Gesamtbündel der übrigen (nicht anspruchsbegründenden) Mitbedingungen nicht mehr als wesentlich bewertet werden kann (BSG, 12.02.1998, B 8 Kn 3/96 Ur). Ein mitwirkender Faktor ist dann rechtlich unwesentlich, wenn er von der einen oder anderen Ursache ganz in den Hintergrund gedrängt wird. Unfallunabhängige Faktoren überwiegen an ursächlicher Bedeutung, wenn sie bei vernünftiger lebensnaher Betrachtung die tatsächlich und auch rechtlich allein wesentliche Bedingung für den Eintritt der Gesundheitsschadens darstellen, das Unfallereignis deshalb völlig zurückdrängen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, S. 26). Mithin gilt: Besteht im Unfallzeitpunkt eine Krankheitsanlage des geschädigten Körperteils, so muss abgegrenzt werden, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis zu etwa derselben Zeit durch andere alltäglich vorkommende Ereignisse hätte verursacht werden können, oder ob der Krankheitsanlage eine solche überragende Bedeutung nicht beigemessen werden kann und daher dem Unfallgeschehen ein wesentlicher Ursachenbeitrag zuzuerkennen ist (BSGE 62, 220, 222; BSG Breithaupt 1968, 823, 824; Brackmann/Krasney, Handbuch der Unfallversicherung – Gesetzliche Unfallversicherung – 12. Auflage § 8 SGB VII Rn. 378).

Des vollen Beweises bedarf im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung der Sachverhalt, der gesetzliche Tatbestandsmerkmale verwirklichen soll; für den kausalen Zusammenhang zwischen Tatsachen genügt dagegen hinreichende Wahrscheinlichkeit. Hinreichende Wahrscheinlichkeit ist eine Wahrscheinlichkeit, nach der bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung begründet werden kann (BSGE 32, 203, 209; 45, 1, 10; 45, 285, 286). Die "gute Möglichkeit" eines Zusammenhangs reicht nicht aus (BSG v. 24.02.1988, USK 8825, 113). Eine Möglichkeit verdichtet sich dann zur Wahrscheinlichkeit, wenn nach der geltenden ärztlich-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (BSG 31.07.1962, Breithaupt 1963, 60, 61). Die Folgen der objektiven Beweislosigkeit oder des Nichtfestgestelltseins einer Tatsache sind von dem Beteiligten zu tragen, der aus dieser Tatsache ein Recht herleiten will (BSGE 30, 121, 123 m.w.N.). Hinsichtlich anspruchsbegründender Voraussetzungen trifft die Beweislosigkeit denjenigen, der Ansprüche geltend macht oder für den sie geltend gemacht werden. Zu den anspruchsbegründenden Tatsachen, für die ein Antragsteller die objektive Beweislast trägt, gehört auch die Kausalität zwischen Tatsachen, die den Anspruch im Übrigen begründen (st. Rechtspr., vgl. nur BSGE 30, 278, 281; 35, 216, 218).

Die MdE richtet sich wie bereits ausgeführt nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII in Anlehnung an die bisherige Rechtsprechung: BSGE 63, 207, 209 = SozR 2200 § 581 Nr. 28 m.w.N., vgl. BT-Drucks 13/2204 S 90). Bei der Bemessung des Grades der MdE handelt es sich um eine tatsächliche Feststellung, die das Gericht gemäß § 128 Abs. 1 Satz. 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (vgl. etwa Urteil des BSG vom 18.03.2003, Az: B 2 U 31/02 R, zitiert nach juris, dort Randnr. 17). Die Bemessung der MdE hängt dabei von zwei Faktoren ab: den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten (BSGE 6, 267, 268 = SozR Nr. 25 zu § 128 SGG; SozR 2200 § 581 Nr. 6). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind (BSG SozR 2200 § 581 Nr. 22, 23; BSGE 82, 212 = SozR 3-2200 § 581 Nr. 5 m.w.N.; Burchardt in: Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung, SGB VII Stand: Januar 2004, § 56 RdNr. 67 ff). Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden (BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 8). Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (vgl. zum Ganzen Urteil des BSG vom 22.06.2004, Az. B 2 U 14/03 R, SozR 4-2700 § 56 Nr. 1 m.w.N.).

2. Der Senat hat das im Verwaltungsverfahren am 18.12.2008 (Bl. 79 VA) von Prof. Dr. Sch. erstattete Gutachten vorliegend ebenso im Urkundsbeweis verwertet wie die vom Kläger zu den Beklagtenakten gereichten Arztbefunde von Dr. H. vom 21.11.2005, PD Dr. W. vom 13.04.2006 (Bl. 12 VA) und Dr. S. vom 02.06.2006 (Bl. 14 VA). Gestützt auf die schlüssigen und nachvollziehbaren sowie im Ergebnis im Wesentlichen übereinstimmenden Darlegungen und Schlussfolgerungen des Gutachters Prof. Dr. Sch. und des medizinischen Sachverständigen PD Dr. W. (Gutachten vom 02.02.2010, Bl. 121 ff. SG-Akte) ist der Senat davon überzeugt, dass die Zerstörung des Hüftkopfes rechts, welche die Implantation einer Hüft-TEP rechts erforderlich gemacht und die weiteren fortbestehenden Beschwerden des Klägers in Gestalt der Einschränkung seiner Gehstrecke mit Erforderlichkeit der Benutzung eines Gehstocks und einer Schmerzhaftigkeit der

rechten Hüfte verursacht hat, nicht durch das Sturzereignis vom 14.05.2006 als wesentliche Ursache verursacht worden ist, sondern das Ergebnis des schicksalhaften Verlaufs einer beim Kläger bereits im Unfallzeitpunkt deutlich ausgeprägten rasch destruierenden Osteoarthritis – von den Gutachtern auch als "Alterscoxarthrose" oder "Destruktionscoxarthrose" bezeichnet – ist.

Hierfür – und gegen eine traumatische Zerstörung des Hüftkopfes durch das streitbefangene Sturzereignis – spricht zunächst, dass der erfahrene Gutachter Prof. Dr. Sch. bereits aus dem vom Kläger beschriebenen Bewegungsablauf – einem "Sturz auf den Hosenboden" bei dem Versuch, von einem in einen anderen, daneben stehenden, Stuhl zu wechseln, gefolgert hat, dass dieser ungeeignet gewesen ist, einen Trümmerbruch des Hüftkopfes hervorzurufen. Dieser Auffassung schließt sich der Senat nach eigener Prüfung an, denn betroffen waren vorliegend beim Kläger lediglich innerhalb der Gelenkkapsel liegende Gelenkteile – der Hüftkopf –, welche aber durch die bis zur Operation am 19.06.2006 unbeschädigt gebliebene Gelenkkapsel geschützt worden sind. Anhaltspunkte für Beschädigungen der Gelenkkapsel bestehen nicht. Hierbei handelt es sich um ein wesentliches Indiz gegen einen traumatisch verursachten Hüftkopftrümmerbruch.

Dasselbe gilt für den intraoperativen Befund (vgl. Operationsbericht vom 19.06.2006, Bl. 207 VA und 139 SG-Akte), wonach nach Inzision der Gelenkkapsel eine hellbraun-pastöse Masse hervorgequollen kam. Die anatomisch-pathologische Analyse der Masse sowie des verbliebenen etwa haselnussgroßen Hüftkopfes haben ergeben, dass eine schwerwiegende Osteoporose mit fokal (herdförmig) vollständigem Verbrauch des spongiosen Knochengewebes vorgelegen hat. Es haben sich in den vorhandenen Fragmenten spongiösem Knochengewebes aseptische Osteonekrosen und eine ausgeprägte Knochenmarkfibrose gefunden. PD Dr. W. hat in dieses Zusammenhang für den Senat nachvollziehbar herausgearbeitet, dass die sowohl im Röntgenbild vom 30.05.2006 nachgewiesenen als auch im OP-Bericht als "mittelgroße Knochendefekte, die ebenfalls mit der beschriebenen Paste ausgefüllt sind" ausdrücklich angeführten Osteolysen nicht durch einen Trümmerbruch hervorgerufen sein konnten. Sie konnten vielmehr in der beschriebenen Form nur dadurch entstehen, dass entzündliche Reaktionen und unphysiologische Reibungskräfte das Pfannendach über einen längeren Zeitraum angegriffen haben.

Dies wiederum lässt sich mit dem durch die Befundberichte dargelegten Krankheitsverlauf seit November 2005 in Übereinstimmung bringen. Hiernach hat bereits im November 2005 im Bereich der Hüfte rechts eine drittgradige Coxarthrose mit Belastungs- und Bewegungsschmerz und damals noch fraglicher OP-Indikation bestanden (vgl. Befundbericht Dr. H. vom 21.11.2005). Eine Bewegungseinschränkung der Hüfte rechts hat Dr. H. nicht festgestellt. Demgegenüber hat sich der Befund am 13.04.2006, dem Zeitpunkt der Untersuchung durch PD Dr. W., bereits insoweit verschlechtert, dass dieser mit den Bewegungsmaßen 0-10-100° (Streckung/Beugung) und 5-0-10° (Innenrotation/Außenrotation) nicht nur einen "deutlichen Bewegungsschmerz", sondern auch eine Einschränkung der Beweglichkeit insbesondere bei der Außen- und Innenrotation festgestellt hat. Dies wiederum wird auch gestützt durch den aussagekräftigen Befundbericht des Orthopäden Dr. S. vom 02.06.2006, welchen der Kläger selbst zu den Verwaltungsakten der Beklagten (Bl. 14) gereicht hat. Dr. S. hat von seit April 2006 stark zunehmenden Hüftschmerzen des Klägers berichtet und darüber hinaus mitgeteilt, dass am 03.05.2006 eine so massiv und schmerzhaft eingeschränkte Abduktion und Rotation der Hüfte bestanden hat, dass der Kläger kaum hat auftreten können. Dies beweist eine stark progrediente Befundverschlechterung bereits vor dem hier streitgegenständlichen Ereignis vom 14.05.2006. Ein weiteres Indiz hierfür ist auch die Angabe des Klägers selbst, der sich mit Erklärung vom 10.09.2008 als seit dem 10.05.2006 durchgehend arbeitsunfähig bezeichnet hat. Die Behauptung des Klägers, er habe sich vor dem Ereignis vom 14.05.2006 "ungehindert bewegen und gehen" können (vgl. Schriftsatz vom 21.09.2009, Bl. 71 [73 oben] SG-Akte) sieht der Senat nach alledem als widerlegt an.

Hinzu kommt, dass, was ebenfalls PD Dr. W. schlüssig und nachvollziehbar dargelegt hat, sich auf den Röntgenbildern sowie im Rahmen der Operation keine Hinweise für eine stattgehabte Fraktur gefunden haben. Auch aus dem Verhalten der Klägers nach dem Unfall, der zunächst keine Klinik aufgesucht, sondern eine ambulante orthopädische Behandlung in Anspruch genommen hat, lassen sich zumindest keine Indizien für ein erhebliches und andauerndes Schmerzerleben ableiten, wie dies im Falle eines sturzbedingten Hüftkopf-Trümmerbruches grundsätzlich zu erwarten gewesen wäre. Vielmehr hat der Kläger selbst (Berufungsschrift vom 30.11.2010, Bl. 8 Senatsakte) von einer zunächst unter orthopädischer Behandlung eingetretenen kurzzeitigen Besserung berichtet. Dieser Verlauf lässt sich mit einer stattgehabten schweren traumatisch verursachten Trümmerfraktur des Hüftkopfes nicht in Übereinstimmung bringen.

Dabei verkennt der Senat nicht, dass PD Dr. W. zum Zeitpunkt der Untersuchung des Klägers am 13.06.2006 den Schweregrad der damals schon bestehenden krankhaften Veränderungen im Bereich des Hüftkopfes des Klägers unterschätzt hat, wie er später in seinem Gutachten vom 02.02.2010 eingeräumt hat. Er revidiert allerdings damit keine Tatsachenäußerung, denn der mit Befundbericht vom 13.04.2006 beschriebene Befund wird von ihm nicht nachträglich abgeändert, sondern lediglich eine im Rahmen der ambulanten Untersuchung getroffene medizinische Schlussfolgerung aus den seinerzeit erhobenen Befunden, indem er – maßgeblich gestützt auf die Äußerung des Klägers, es sei im letzten halben Jahr (was widerlegt ist, s.o.) keine Verschlimmerung eingetreten – die Röntgenbilder vom November 2005 seiner Beurteilung zugrunde gelegt hatte und aufgrund dessen insgesamt zu dem Schluss gelangt war, dass mit einer Operation noch zugewartet werden könne.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

III.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-11-22