
Datum: 12.11.2014
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 17. Senat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: L 17 U 189/10
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2014:1112:L17U189.10.00

Vorinstanz: Sozialgericht Dortmund, S 17 U 324/07
Nachinstanz: Bundessozialgericht, B 2 U 120/15 B
Sachgebiet: Unfallversicherung
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 21.01.2010 wird zurückgewiesen.
Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand: 1

Streitig ist (nur noch) die Anerkennung von Schäden im linken Hüftgelenk des Klägers als Folgen eines Arbeitsunfalls. Die zunächst darüber hinaus begehrte Zahlung von Verletztengeld ist nicht mehr streitig, da der Kläger den entsprechenden Antrag im Berufungsverfahren zurückgenommen hat. 2

Der 1947 geborene Kläger erlitt am 08.09.1994 einen Wegeunfall, als er auf der Rückfahrt von einem Kundentermin mit einem anderen PKW frontal zusammenstieß. Er begab sich ca. zweieinhalb Stunden nach dem Unfall zur ambulanten Erstbehandlung in das St. K-Hospital in E. Dort stellte der Durchgangsarzt Dr. K in seinem Bericht vom 14.10.1994 eine Schädelprellung mit Schürfwunde, eine Prellung des rechten Knies, eine Abdominalprellung, eine Prellung am linken Unterarm, ein HWS-Schleudertrauma, ein Haematom an der rechten Hand und eine Prellung der linken Schulter fest (Bericht vom 14.10.1994). Die Weiterbehandlung erfolgte durch den Hausarzt des Klägers, den Internisten Dr. T. Hier klagte der Kläger seit dem 23.09.1994 erstmals über Beschwerden im linken Hüftgelenk, woraufhin 3

eine Beckenübersichtsaufnahme angefertigt wurde, auf der keine Fraktur zu erkennen war. In dem durch den Radiologen Dr. L angefertigten Ganzkörperskelettszintigramm vom 04.11.1994 fand sich bei Zustand nach schwerer Prellung im Lendenwirbelsäulen- und Beckenbereich kein Hinweis auf eine knöcherne Verletzung dort. Auch der Unfallchirurg Prof. Dr. M von den Städtischen Kliniken E stellte in seinen Berichten vom 30.12.1994, 31.01.1995 und 03.05.1995 fest, dass die Röntgenaufnahmen der linken Beckenregion keinen Hinweis auf knöcherne Verletzungen ergeben hätten. Drei bis fünf Tage nach dem Unfall sei es nach Angaben des Klägers zum Auftreten einer Blutergussverfärbung in der linken Leistengegend gekommen. Eine Kernspintomografie der linken Hüfte vom 23.01.1995 habe eine Verdickung im Bereich des linken Musculus gluteus medius ergeben, welche passend zu einer Hämosiderinablagerung als Folge einer Einblutung zu interpretieren sei. Da keine Besserung der Beschwerden eintrat, stellte sich der Kläger in den Berufsgenossenschaftlichen Kliniken C in C (BG-Kliniken C) vor. Der Direktor der dortigen Chirurgischen Klinik und Poliklinik Prof. Dr. N berichtete am 05.05.1995 ebenfalls, dass der Röntgenbefund des Beckens und der linken Hüfte unauffällig war. Bei der klinischen Untersuchung fanden sich völlig reizlose Weichteilverhältnisse in der linken Hüfte, die Beweglichkeit im linken Hüftgelenk war frei. Die von Prof. Dr. M erwähnte Blutergussverfärbung in der linken Leiste sei vermutlich auf die Einwirkung des Beckengurts zurückzuführen. Die in der kernspintomografischen Untersuchung vom 23.01.1995 gesehene Verdickung im linken Musculus gluteus medius passe nicht zur Lokalisation des Blutergusses in der linken Leiste, sodass von einem unfallunabhängigen Befund auszugehen sei. Auch die Beschwerden an der Außenseite des linken Oberschenkels seien nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen. Es handele sich um das Beschwerdebild einer sogenannten schnappenden Hüfte. Bei einer am 07.08.1995 von Dr. L durchgeführten Kernspintomografie des Beckens zeigten sich wieder unauffällige Weichteilverhältnisse im Bereich der linksseitigen Glutealmuskulatur.

Im Auftrag der Beklagten erstellte Prof. Dr. N ein fachchirurgisches Zusammenhangsgutachten. In seinem Gutachten vom 01.02.1996 gelangte er aufgrund einer ambulanten und röntgenologischen Untersuchung des Klägers zu dem Ergebnis, dass sich beim Kläger keine unfallbedingten Unfallfolgen finden ließen, die eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in wirtschaftlich messbaren Sinne bedingen. Unfallunabhängig bestehe im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) eine Spondylarthrose. Im Bereich der linken Hüfte seien tendopathische Reizbeschwerden der Gluteal- und Adduktorenmuskulatur verblieben, die ambulant zu Lasten des Unfallversicherungsträgers behandelt werden sollten. Der Bluterguss im Bereich des linken Musculus gluteus medius sei eine Teilursache der lang anhaltenden Beschwerden mit verzögertem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit. Die Kernspintomografie von August 1995 habe jedoch den Nachweis einer vollständigen Rückbildung ergeben. Die persistierenden hüftgelenksnahen Muskelreizbeschwerden resultierten aus Muskeldysbalancen durch eine ehemals lang bestehende schmerzbedingte Schon- und Zwangshaltung mit Mindereinsatz des linken Beines.

Aufgrund des Gutachtens von Prof. Dr. N lehnte die Rechtsvorgängerin der Beklagten, die Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel (im Folgenden: Beklagte), die Bewilligung einer Verletztenrente mit Bescheid vom 03.04.1996 (Widerspruchsbescheid vom 16.07.1996) ab.

Im Verlauf des anschließenden Klageverfahrens (S 17 U 205/96) vor dem Sozialgericht Dortmund (SG) holte das SG u.a. ein Gutachten von dem Arzt für Orthopädie Dr. X ein. Dieser stellte in seinem Gutachten vom 28.01.1997 aufgrund einer röntgenologischen und ambulanten Untersuchung des Klägers fest, dass bei diesem multiple linksseitige hüftgelenksnahe Tendinosen (Reizzustände der Muskelansätze) ohne nachweisbare Funktionseinschränkung des linken Hüftgelenks, ohne begleitende Verschmächtingung der

hüftnahen und der Beinmuskulatur, ferner ohne röntgenologisch fassbare, über das Altersmaß hinausgehende Veränderungen im Bereich des linken Hüftgelenks vorliegen. Im Falle des Klägers könne davon ausgegangen werden, dass die nach dem Unfall kernspintomografisch nachgewiesene Verdickung der linksseitigen Gesäßmuskulatur zu einer späteren schonungsbedingten Verkürzung der Gesäßmuskulatur und infolgedessen zu einer sogenannten statischen Störung und mechanisch induzierten Tendinosen am Ansatz der Gesäßmuskulatur am linken großen Rollhügel mit Begleitung des benachbarten Schleimbeutels begleitend am Ansatz der hüftanspreizenden Muskulatur am linken Schambein geführt haben müsse. Die hierdurch bedingten Funktionseinschränkungen führten jedoch nicht zu einer MdE in wirtschaftlich messbarer Höhe.

Schon vor und während des Klageverfahrens kam es zu einer Vielzahl von Sturzereignissen, u.a. auch am 15.05.1997, wobei der Kläger in der Hüfte einknickte und sich eine Zerrung der linken Wade zuzog. Der von der Beklagten beauftragte Neurologe Dr. Q vom Evangelischen Krankenhaus I berichtete am 12.11.1996, eine Untersuchung der Hüftgelenke habe beidseits regelrechte Befunde ergeben. Er erklärte die vom Kläger geklagten Beschwerden in der linken Hüftregion bis zum Knie mit plötzlichem Wegsacken des linken Beines als Reizung des Nervus femoralis infolge des nach dem Unfall aufgetretenen Hämatoms. Im September 1997 wurde von dem Arzt für Allgemein-, Unfall- und Gefäßchirurgie Dr. T1, Evangelisches Krankenhaus M, durch eine Arthroskopie des linken Kniegelenks eine Insuffizienz im linken Kniegelenk und eine Chondromalazie in der Nähe von Knorpelrissen festgestellt. Im Oktober 1997 ersetzte Dr. T1 das vordere Kreuzband durch eine künstliche Sehne. Mit Schreiben vom 18.11.1997 erklärte Dr. T1 gegenüber der Beklagten: "Da sich Knie und Hüfte gelegentlich gegenseitig beeinflussen und z.B. pathologische Hüftbefunde sich in Knieschmerzen und umgekehrt äußern, haben wir das zunächst einfacher zu sanierende Gelenk behandelt. Sollten die Hüftbeschwerden auf Dauer persistieren, müsste auch noch eine Hüftarthroskopie durchgeführt werden."

7

Während des Klageverfahrens erklärte sich die Beklagte daraufhin bereit, hüftgelenksnahe Tendinosen ohne Funktionseinschränkungen als Folge des Unfalls vom 08.09.1994 anzuerkennen.

8

Mit Urteil vom 21.07.1997 wies das SG die Klage bezüglich der Anerkennung weiterer Unfallfolgen und die Bewilligung einer Verletztenrente ab.

9

Während des anschließenden Berufungsverfahrens (L 5 U 65/97) vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG) ließ die Beklagte den Kläger durch Prof. Dr. M, Städtische Kliniken E, Unfallklinik, zur Frage des Zusammenhangs zwischen dem Arbeitsunfall vom 08.09.1994 und dem Einknicken der Hüfte am 15.05.1997 begutachten. Prof. Dr. M kam aufgrund einer ambulanten und röntgenologischen Untersuchung in seinem Gutachten vom 05.02.1998 zu dem Ergebnis, dass beim Kläger an Unfallfolgen vorliegen ein Zustand nach HWS-Schleudertrauma, ein Zustand nach Thoraxprellung links, ein Zustand nach Prellung rechtes Kniegelenk, ein Zustand nach ursprünglich nicht erkannter Dashboard-Verletzung des linken Beines mit Schädigung des vorderen Kreuzbands im linken Kniegelenk und Verletzung des Bandapparats der linken Hüfte, Knorpelschaden im linken Kniegelenk durch direktes Anpralltrauma, erhebliches Muskelfdefizit im linken Oberschenkelbereich, Gangunsicherheit mit Schonhinken im linken Hüftbereich und die MdE mit 20 v.H. zu bewerten sei. Den Unfall vom 15.05.1997 führte er zunächst auf den Arbeitsunfall vom 08.09.1994 zurück. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 11.05.1998 teilte er noch mit, dass er auch die persistierenden hüftgelenksnahen Muskelreizbeschwerden mit resultierender Muskeldysbalance und eindeutig nachgewiesenem Muskelfdefizit für direkte

10

Folgen des Unfalls vom 08.09.1994 hielt. Mit Schreiben vom 03.11.1998 revidierte er seine Auffassung. Nach erneuter Aktenstudie und genauer Überprüfung der Ausführungen des Beratungsarztes der Beklagten Dr. L1 vertrat er nun die Auffassung, dass kein Zusammenhang zwischen der endopathischen und muskulären Dysbalance im Hüftgelenkbereich und dem Unfallereignis vom 08.09.1994 bestehe und das Unfallereignis vom 15.5.1997 deshalb nicht als Folge des Unfalls vom 08.09.1994 angesehen werden könne. Einem Bericht des Radiologen Dr. L vom 23.09.1998 ist zu entnehmen, dass die Kernspintomografie der linken Hüfte mit ihren Weichteilen unauffällig war; die knöchernen Konturen und Strukturen zeigten keine Auffälligkeiten, ein Hämatom in der Glutealmuskulatur war nicht mehr nachweisbar.

Das LSG holte Gutachten ein von dem Unfallchirurgen Prof. Dr. C, Klinik für Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie und Gefäßchirurgie, B Krankenhaus F, von dem Radiologen Prof. Dr. L2 und dem Neurologen Prof. Dr. C1, beide ebf. vom B Krankenhaus F. Prof Dr. C stellte in seinem Gutachten vom 05.11.1999 aufgrund einer klinischen Untersuchung des Klägers und unter Berücksichtigung des radiologischen Zusatzgutachtens von Prof. Dr. L2 vom 29.09.1999 sowie des neurologischen Zusatzgutachtens von Prof. Dr. C1 vom 14.06.1999 fest, dass beim Kläger eine Tendinose im linken Hüftgelenkbereich mit endgradig schmerzhafter Bewegungseinschränkung hinsichtlich der Außendrehfähigkeit vorliege, die mit Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 08.09.1994 verursacht worden sei. Der Zustand nach Kreuzbandruptur im linken Kniegelenk mit leichter vorderer Knieinstabilität und Muskelminderung sei auf das Ereignis vom 15.05.1997 zurückzuführen und somit mittelbare Unfallfolge. Der arthroskopisch nachgewiesene Knorpelschaden im Bereich des linken Kniegelenks sowie die Wirbelsäulenveränderungen seien degenerativer Ursache und somit unfallunabhängig. Prof. Dr. L2 war in seinem Gutachten zu der Beurteilung gelangt: "Altersentsprechend regelrechte Darstellung des knöchernen Bereichs des Beckens und des linken proximalen Femurs. Nebenfundlich kleine Compactinseln linksseitig im Trochanter major und rechts im Femurhals ohne pathologischen Wert ...". Prof. Dr. C1 hatte bei einer klinisch-neurologischen Untersuchung des Klägers bis auf eine Hypästhesie im rechten Zeigefinger keine pathologischen Befunde festgestellt. Auf Antrag des Klägers wurde gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) noch ein Gutachten von dem Chirurgen Prof. Dr. C2, Klinik für Allgemein-, Viszeral und Gefäßchirurgie, Krankenhaus Güstrow, eingeholt. In seinem Gutachten vom 09.02.2000 bestätigte Prof. Dr. C2 die Einschätzung von Prof. Dr. C zur Zusammenhangsfrage im Wesentlichen. Eine Arthrose im linken Hüftgelenk sei radiologisch nicht nachweisbar; ein Knorpelschaden sei nur durch eine Arthroskopie nachweisbar.

11

Das Berufungsverfahren endete am 12.12.2000 mit einem Vergleich, in dem die Beklagte das Sturzereignis vom 15.05.1997 als mittelbare Folge des Unfalls vom 08.09.1994 und eine Bewegungseinschränkung im Kniegelenk und Muskelminderung des Oberschenkels nach Kreuzbandplastik mit muskulär kompensierbarer vorderer Knieinstabilität nach Kreuzbandruptur des linken Kniegelenks und einen degenerativen Knorpelschaden des linken Kniegelenks als Unfallfolgen anerkannte und dem Kläger für die Zeit vom 30.05.1995 bis zum 31.01.2000 - unterbrochen durch die Bewilligung von Verletztengeld für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit ab 15.05.1997 bis zum Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit - Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. bewilligte.

12

Im Januar 2001 stellte der Kläger einen Verschlimmerungsantrag mit der Begründung, wegen einer Instabilität der Hüfte sei er bereits mehrfach gestürzt und habe sich Schnittwunden und Prellungen zugezogen. Die Beklagte holte ein Gutachten von Prof. Dr. A, Direktor der Chirurgischen Klinik der S-Universität C, St. K-Hospital, ein. In dem Gutachten vom 28.09.2001 gelangte Prof. Dr. A aufgrund einer klinischen und röntgenologischen

13

Untersuchung des Klägers zu dem Ergebnis, dass im Vergleich zu den Gutachten von Prof. Dr. C und Prof. Dr. C2 die Bewegungseinschränkung der linken Hüfte zugenommen habe und deshalb eine MdE von 20 v.H. gerechtfertigt sei. Röntgenaufnahmen des Beckens hätten auf beiden Seiten einen regelrechten Knochen- und Gelenkbefund ergeben. Anzeichen für eine frische oder alte Knochenverletzung fehlten ebenso wie Hinweise auf arthrotische Veränderungen. Es bestehe keine Entzündung des Hüftkopfes oder Deformität der Hüftgelenkpfanne. Die von ihm festgestellte Bewegungseinschränkung im linken Hüftgelenk sei unfallunabhängig.

Mit Bescheid vom 12.02.2003 (Widerspruchsbescheid vom 19.08.2003) bewilligte die
Beklagte dem Kläger nun ab 27.07.2000 eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 20 v.H. ab dem 27.07.2000. Als Unfallfolgen erkannte sie an: eine
Bewegungseinschränkung sowie einen degenerativen Knorpelschaden im Kniegelenk, eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung mit geringer Einschränkung der Streckung und Beugung sowie einer deutlichen Einschränkung der Außenrotation im Bereich der Hüfte, eine Muskelminderung des Oberschenkels, eine Kraftminderung des Beines mit Unmöglichkeit des Spitzenstandes und -ganges nach durchgeführter vorderer Kreuzbandplastik mit muskulär kompensierbarer Knieinstabilität nach Kreuzbandruptur des linken Kniegelenkes. 14

In dem anschließenden Klageverfahren vor dem SG (S 17 U 261/03) wurde Beweis erhoben durch Einholung eines fachchirurgischen Gutachtens nebst ergänzender Stellungnahme von Prof. Dr. C3. Dieser gelangte unter Berücksichtigung der Akten und der vorliegenden CT-, MRT- und Röntgenaufnahmen sowie einer gutachtlichen Untersuchung des Klägers in seinem Gutachten vom 29.10.2004 und einer ergänzenden Stellungnahme vom 28.10.2005 zu dem Ergebnis, dass die MdE weiterhin mit 20 v.H. zutreffend bemessen sei. Auf Antrag des Klägers holte das SG anschließend noch ein Gutachten gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) von Prof. Dr. C2 ein. Dieser stellte in seinem Gutachten vom 13.07.2005 eine moderate Verschlechterung bezüglich des Muskelschwunds im linken Bein, der Beugung im Hüftgelenk, im linken Kniegelenk und im linken Sprunggelenk fest und nahm eine MdE von 30 v.H. an. Das Klageverfahren endete am 10.07.2006 durch Klagerücknahme. 15

Bereits im Oktober 2005 hatte der Kläger bei der Beklagten die Erstattung von Fahrtkosten für Fahrten zur Krankengymnastik/Massage beantragt. Der verschreibende Arzt Dr. L3 diagnostizierte beim Kläger eine Coxarthrose links und hielt in seinem Bericht vom 07.11.2005 die Behandlungen wegen der anerkannten Unfallfolgen für erforderlich. Einem Bericht des Radiologen Dr. L vom 06.10.2005 über eine MR-Arthografie beider Hüftgelenke ist folgende Beurteilung zu entnehmen: "Bis auf die Asymmetrie der Muskulatur durch mäßige Atrophie linksseitig unauffällige Kernspintomografie/MR-Arthografie des linken Hüftgelenks. Kein Nachweis eines Labrum-Abrisses". In der Befundbeschreibung heißt es u.a.: "Die das Hüftgelenk bildenden Knochenabschnitte zeigen beidseits unauffällige Konturen und Strukturen. Der Knorpelüberzug der artikulierenden Flächen ist intakt. Das Labrum acetabuli ist in allen Abschnitten regelrecht abgrenzbar." 16

In der Zeit vom 09.01.2006 bis 18.01.2006 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung in dem Evangelischen Krankenhaus M. Dort erfolgte am 09.01.2006 eine Arthroskopie der linken Hüfte durch den dortigen Chefarzt Dr. T1. Mit Schreiben vom 02.02.2006 übersandte Dr. T1 ein Operationsprotokoll vom 09.01.2006 und teilte mit, dass der Kläger mit der Diagnose einer posttraumatischen Coxarthrose der linken Seite von Dr. L3 in die chirurgisch stationäre Behandlung eingewiesen worden sei. Am 09.01.2006 habe er eine Hüftgelenksarthroskopie der linken Seite, dokumentiert durch Videoprint, durchgeführt. Den vorgefundenen Befund eines einengenden Pfannenerkers, eines inselartigen viertgradigen 17

Knorpelschadens in der Hüftgelenkspfanne, einer Lockerung der dorsalen Pfannenlippe und einer zweitgradigen Chondromalazie im ventrolateralen Hüftkopfbereich wertete er als am ehesten posttraumatisch. Insgesamt handele es sich um eine beginnende Coxarthrose, deren Ätiologie wohl in dem Dashboard Unfall von 1994 zu suchen sei.

Auch der von der Beklagten mit einer Untersuchung des Klägers beauftragte Chirurg Dr. L4, Leitender Arzt der Abteilung Unfallchirurgie des St. Josef- Hospitals C, sah in seinen Berichten vom 27.03.2006, 24.08.2006, 01.02.2007 in den von ihm als beginnende Arthrose gedeuteten Veränderungen am linken Hüftgelenk - allerdings ohne Begründung - Folgen des Wegeunfalls vom 08.09.1994. Nach Auswertung der MRT-Bilder von Dr. L vom 06.10.2005 gebe es keinerlei Anhalt für degenerative Veränderungen am rechten Hüftgelenk. Am linken Hüftgelenk fänden sich Zeichen einer Knorpelläsion i.S. eines beginnenden Hüftgelenkverschleißes, passend zum intraoperativen arthroskopischen Befund. 18

Mit Bescheiden vom 05.05.2006 und 07.08.2006 bewilligte die Beklagte dem Kläger Verletztengeld für die Zeit der stationären Behandlung vom 09.01.2006 bis zum 18.01.2006 und die anschließende Arbeitsunfähigkeit bis zum 05.02.2006 als Vorwegzahlungen. Die Vorwegleistung begründete sie damit, dass noch nicht geklärt sei, ob die durchgeführte Behandlung und somit auch die Arbeitsunfähigkeit auf den Unfall vom 08.09.1994 zurückzuführen sei. 19

Der beratende Arzt der Beklagten Dr. H, Chirurg in L, hielt eine Begutachtung zur Klärung der Zusammenhangsfrage der beginnenden Arthrose des linken Hüftgelenkes mit dem Unfall für erforderlich, da er auf den MRT-Bildern von Dr. L keine Coxarthrose links feststellen konnte. 20

Die Beklagte holte daraufhin ein radiologisches Gutachten von Prof. Dr. O, BG Kliniken C C, ein. Im Rahmen der Untersuchung wurden eine Kernspintomografie und eine Computertomografie beider Hüftgelenke angefertigt. Prof. Dr. O gelangte in seinem Gutachten vom 01.08.2007 zu dem Ergebnis, dass sich im Bereich beider Hüftgelenke seitengleiche, diskrete degenerative Veränderungen fänden, die innerhalb der Altersnorm lägen. Unfallfolgen seien im vorliegenden Bildmaterial nicht erkennbar. Eine Prominenz der degenerativen Veränderungen der linken Hüfte lasse sich nicht nachweisen. 21

Mit Bescheid vom 15.08.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.10.2007 lehnte die Beklagte sodann eine Entschädigung der bestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der linken Hüfte als Folge des Arbeitsunfalls vom 08.09.1994 sowie die Erstattung von Fahrtkosten aufgrund von Fahrten zur Massage/Krankengymnastik hinsichtlich der Behandlung dieser degenerativen Erkrankungen ab. Hierbei stützte sie sich auf das Gutachten von Prof. Dr. O. 22

Hiergegen hat der Kläger am 22.11.2007 Klage vor dem SG erhoben, mit der er die Anerkennung weiterer Unfallfolgen im linken Hüftgelenk geltend gemacht hat. Er hat die bei ihm vorliegenden Hüftgelenksbeschwerden als unfallbedingt angesehen. Dies ergebe sich aus dem Operationsprotokoll des Dr. T1 vom 09.01.2006. Dr. T1 habe bei der Operation auch eine Videoprint-Dokumentation vorgenommen, die bisher nicht ausgewertet worden sei. 23

Er hat beantragt, 24

Dr. T1 als Zeugen zu seinen Beobachtungen bei der Operation zu vernehmen, 25

Prof. Dr. C3 zwecks Erläuterung seines schriftlichen Gutachtens zu laden 26

27

hilfsweise,

den Bescheid vom 15.8.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.10.2007 aufzuheben und festzustellen, dass die Beklagte für die nachfolgenden Körperschäden im linken Hüftgelenk a) Vernarbung der Hüftgelenkscapsel, b) Knorpelschäden im Hüftgelenk und der Hüftpfanne, c) Lockerung der Pfannenlippe als Folgen des Wegeunfalls vom 08.09.1994 einzustehen hat, sowie die Beklagte zu verurteilen, ihm für die Dauer seiner stationären Behandlung im Evangelischen Krankenhaus in E-M vom 09. bis 18.01.2006 und seiner anschließenden Arbeitsunfähigkeit Verletztengeld zu gewähren. 28

Die Beklagte hat beantragt, 29

die Klage abzuweisen. 30

Sie hat den angefochtenen Bescheid unter Bezugnahme auf das fachradiologische Gutachten von Prof. Dr. O für rechtmäßig gehalten. 31

Das SG hat den Kläger erneut von Prof. Dr. C3, Chefarzt i.R. der Chirurgischen Abteilung des Evangelischen Krankenhauses I, untersuchen und begutachten lassen. Der Sachverständige ist in seinem Gutachten vom 29.05.2008 aufgrund einer ambulanten Untersuchung des Klägers und unter Berücksichtigung der aktenkundigen medizinischen Unterlagen, der von ihm beigezogenen Röntgen-, CT- und MRT-Aufnahmen des Evangelischen Krankenhauses M (18.09.1997), des Dr. L (6.10.2005) und der BG Kliniken C C (15.06.2007) sowie des vom Kläger zur Untersuchung mitgebrachten Videoprints der Hüftarthroskopie vom 09.01.2006 zu dem Ergebnis gelangt, dass am linken Hüftgelenk ebenso wie am rechten Hüftgelenk beginnende, das altersübliche Maß nicht übersteigende arthrotische Veränderungen vorliegen. Die bei der Arthroskopie des linken Hüftgelenkes am 09.01.2006 festgestellten degenerativen Knorpel- und Labrumschäden passten zu dem Befund einer beginnenden, das altersübliche Maß nicht übersteigenden Coxarthrose. Ein bei dem Ereignis vom 08.09.1994 eingetretener Unfallschaden am Gelenkknorpel oder am Labrum hätte in den gut 11 Jahren bis zur Arthroskopie des linken Hüftgelenkes zu viel stärkeren Veränderungen führen müssen, als von Dr. T1 beschrieben und auf dem Videoprint festgehalten. Es sei schwer vorstellbar, dass die in Abständen immer wieder auftretenden Sturzereignisse von Schmerzen oder einem mangelhaften Halt im Hüftgelenk ausgehen würden. Auch eine neurologische Ursache für das plötzliche Versagen des linken Beines sei bei wiederholten fachneurologischen Untersuchungen nicht festgestellt worden. Viel eher dürften die Versagenszustände des linken Beines von einem Giving-Way des linken Kniegelenkes ausgehen. 32

Im weiteren Verlauf des Klageverfahrens hat der Kläger das Urteil des Oberlandesgerichts Hamm (OLG) vom 22.12.2008 (I-13 U 158/07) in der Streitsache des Klägers gegen den Landwirtschaftlichen Versicherungsverein Münster a.G. (LVM) zu den Akten gereicht, in dem über die Frage, ob dem Kläger wegen der Folgen des Wegeunfalls vom 08.09.1994 Schmerzensgeld zusteht, entschieden wurde. In den Entscheidungsgründen hat das OLG unter anderem ausgeführt: "Es ist ferner davon auszugehen, dass der Kläger bei dem Unfall die hier in Rede stehende Verletzung des linken Hüftgelenks (Läsion bzw. Ruptur des Labrum acetabulare, einer faserknorpeligen Vergrößerung des Gelenkspfannenrandes) erlitten hat. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist auch dies überwiegend wahrscheinlich. Die vorgenannte, bei einer auf Anregung des medizinischen Sachverständigen durchgeführten Arthroskopie sicher festgestellte Hüftgelenksverletzung, ist nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. X1 traumatisch und nicht verschleißbedingt. Sie lässt sich - so der Sachverständige weiter - vom Verletzungsort, 33

dem Unfallmechanismus und den Belastungskräften her durch den streitgegenständlichen Unfall erklären und passt zu der oben erörterten Knieverletzung. Für die Unfallbedingtheit spricht - so der Sachverständige weiter - auch der zeitnah dokumentierte Bluterguss im Bereich der linken Hüfte. Insgesamt ist nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Privatdozent Dr. X1 zu mehr als 50 %, mithin überwiegend wahrscheinlich, dass auch die Hüftgelenksverletzung dem streitgegenständlichen Unfall zuzuordnen ist, zumal ein als Verletzungsursache sonst nur in Betracht kommendes anderes massives Unfallereignis nicht ersichtlich, insbesondere nirgends dokumentiert ist."

Mit Urteil vom 21.01.2010 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Hauptanträge seien unzulässig. Die zulässigen Hilfsanträge seien unbegründet, da der Ursachenzusammenhang zwischen den geltend gemachten Veränderungen im Bereich der linken Hüfte und dem Arbeitsunfall vom 08.09.1994 nicht wahrscheinlich sei. Dies ergebe sich aus den Gutachten von Prof. Dr. O und Prof. Dr. C3. Wegen der Einzelheiten wird auf die Entscheidungsgründe in dem angefochtenen Urteil Bezug genommen. 34

Gegen das ihm am 19.02.2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 19.03.2010 Berufung eingelegt. Er ist der Auffassung, das Urteil verletze seinen Anspruch auf rechtliches Gehör, da das SG seinen Beweisanträgen nicht entsprochen habe. Das Urteil enthalte auch keinerlei Auseinandersetzung mit der Beweiswürdigung in dem Urteil des OLG Hamm vom 22.12.2008, das zu einem völlig anderen Ergebnis gekommen sei. 35

Die Beklagte hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Verfahrensfehler beim Zustandekommen des Urteils seien nicht ersichtlich. Das SG habe sich sowohl mit den Hauptanträgen des Klägers als auch mit den vorliegenden ärztlichen Gutachten eingehend auseinandergesetzt. 36

Der Senat hat zunächst die Akten des Landgerichts Dortmund (21 O 364/07) beigezogen und das darin enthaltene Gutachten von Prof. Dr. L5/Oberarzt Dr. X1 vom 15.06.2005 nebst ergänzender Stellungnahme vom 08.01.2007 sowie den Berichterstattervermerk vom 12.11.2008 zu den Akten genommen. Wegen der Einzelheiten wird auf den Inhalt des Gutachtens von Prof. Dr. L5/Oberarzt Dr. X1 Bezug genommen. 37

Sodann hat der Senat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens von dem Arzt für Orthopädie Dr. U. Dieser ist in seinem Gutachten vom 08.09.2011 aufgrund einer klinischen Untersuchung des Klägers von August 2011 und unter Berücksichtigung der Gerichts- und Verwaltungsakten sowie der aktenkundigen bildgebenden Darstellungen zu dem Ergebnis gelangt, eine Substanzverletzung des linken Hüftgelenks sei nicht festzustellen. Im unmittelbaren zeitlichen Verlauf nach dem Unfallgeschehen habe sich in der Kernspintomografie von Januar 1995 lediglich eine Signalveränderung im Bereich des mittleren Gesäßmuskels, welche hinweisend war für einen abgelaufenen Bluterguss, gezeigt. Erneute Aufnahmen ca. sieben Monate später hätten dann keinerlei Signalveränderungen in der Glutealmuskulatur mehr gezeigt. In dem ersten fachchirurgischen Gutachten von Prof. Dr. N von Februar 1996 sei eine Muskelminderung der linken Gesäßmuskulatur ausdrücklich verneint, jedoch deutliche Druckbeschwerden im Ursprungsbereich der Gesäßmuskulatur im Bereich des großen Trochantermassivs (Hüftknochen) wie auch weniger stark im Verlauf der Adduktorenmuskulatur gefunden worden. Es sei deshalb von tendopathischen Reizbeschwerden der Gluteal- und Adduktorenmuskulatur gesprochen und der beschriebene Bluterguss im Bereich des linken Musculus gluteus medius als Teilursache der lang anhaltenden Beschwerden angesehen worden. Diese hätten sich aber vollständig 38

zurückgebildet. Auch in dem Gutachten von Dr. X vom 28.01.1997 hätte sich eine Muskelminderung nicht feststellen lassen, ebenso wenig eine Seitendifferenz der Beweglichkeit der Hüft -und Kniegelenke. Dr. T1 habe in seinem Operationsprotokoll nicht behauptet, dass die beginnende Coxarthrose sicher dem Unfall zuzurechnen sei. Dies ergebe sich schon aus dessen Formulierungen, die letztlich nur die Möglichkeit eines Zusammenhangs ausdrückten. Das primäre Untersuchungsergebnis unmittelbar nach dem Unfallereignis dokumentiere keine Bewegungsstörung, der Kläger habe auch nicht über Beschwerden im linken Hüftbereich geklagt. Unfallbedingt sei die Minderung der linken Gesäßmuskulatur mit vorgetragenen wechselnden belastungsabhängigen Sitz-, Steh-, Gehbeschwerden, die Schmerzhaftigkeit der Außendrehung des linken Hüftgelenks, die minimale Muskelminderung des linken Oberschenkels, eine reizlose Narbe am linken Kniegelenk nach vorderem Kreuzbandersatz mit stabiler Führung und operativ nachgewiesenen beginnenden Rückbildungsveränderungen. Die kernspintomografisch nachgewiesenen beginnenden degenerativen Veränderungen beider Hüftgelenke und die arthroskopisch festgestellten deutlicheren Rückbildungsveränderungen des linken Hüftgelenkes seien nicht unfallbedingt. Die durch die Unfallfolgen bedingte MdE betrage 10 v.H. Im Vergleich zu dem Gutachten von Prof. Dr. C3 sei nun keine deutliche Muskelminderung des linken Beines gegenüber dem rechten Bein mehr feststellbar. Es sei also zu einer maßgeblichen Befundbesserung gekommen. Das Gutachten, das im Rahmen des Zivilrechts eingeholt wurde, sei in der gesetzlichen Unfallversicherung nicht problemlos zu übernehmen, da die rechtlichen Bedingungen unterschiedlich seien. Der Gutachter sei aber auch von grundsätzlich falschen Voraussetzungen ausgegangen. Er sei der Meinung gewesen, dass die 1997 nachgewiesene vordere Kreuzbandschädigungsfolge eine Dashboard-Verletzung war, was aber falsch sei. Wenn er die primären Untersuchungsergebnisse korrekt ausgewertet hätte, so hätte er feststellen müssen, dass eine Dashboard-Verletzung mit Randschädigung und insbesondere auch eine Stauchungsverletzung im Bereich des Hüftgelenks auch nuklearmedizinisch noch nach zwei Monaten zu erfassen gewesen wäre. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf das Gutachten vom 08.09.2011 verwiesen.

Anschließend hat der Senat auf Antrag des Klägers ein Gutachten nach § 109 SGG von dem 39
Arzt für Orthopädie Dr. X1 (Praxisnachfolger von Prof. Dr. L5) eingeholt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 24.07.2012 aufgrund einer klinischen Untersuchung des Klägers von Dezember 2011 und unter Berücksichtigung des Inhalts der Verwaltungs- und Gerichtsakten bei dem Kläger folgende Gesundheitsstörungen festgestellt und als Folgen des Unfalls vom 08.09.1994 angesehen: "Bewegungsschmerz im linken Hüftgelenk mit Einschränkung der Rotationsfähigkeit, Einschränkung der Abspreiz- und Beugefähigkeit, Verschmächtingung der Muskulatur der linken Gesäßseite sowie des linken Beines, leichtgradige sekundärarthrotische Veränderungen des linken Kniegelenks mit leichter bis mäßig starker Muskelminderung des Ober- und Unterschenkels, reizlose Narben nach arthroskopischer Operation des Hüftgelenks, periartikuläre Verkalkung der linken Hüfte, 8 cm lange reizlose Operationsnarbe nach vorderer Kreuzbandersatzplastik am linken Kniegelenk, Instabilität der linken Hüfte mit rezidivierender Go-away-Symptomatik". Zu den Beschwerden im linken Hüftgelenk hat er ausgeführt, dass die kurz nach dem Unfall vom 08.09.1994 festgestellte Hämatomentwicklung im Bereich des Musculus gluteus medius linksseitig nur bei einer Gewebeerreißen mit entsprechender Gefäßschädigung entstanden sein könne. Die Tatsache, dass sich das Hämatom eher im Bereich des Gluteus medius und nicht im Bereich des Gluteus maximus ausgebreitet habe, spreche eher für eine Entstehung der Blutungen in unmittelbarer Nähe der Gelenkkapsel des linken Hüftgelenks. Bei dem Kläger sei zwar keine höhergradige knöcherne Verletzung festgestellt worden, bei der nochmaligen Durchsicht der (nicht datumsmäßig bezeichneten) MRT-Aufnahmen sei jedoch eine Inhomogenität der

knöchernen Struktur in dem dorsalen Pfannenkerne des linken Hüftgelenks aufgefallen. Korrespondierend hierzu habe sich im Verlauf der letzten Jahre eine entsprechende Veränderung im Bereich des Pfannenrands ergeben. Ebenfalls habe sich eine Muskeldystrophie am linken Bein entwickelt. Die Schädigung des Labrums sei in der Arthroskopie von Dr. T1 nachgewiesen worden. Die Rotationsfähigkeit des Hüftgelenks habe sich seit 2005 gebessert. Eine kernspintomografische Untersuchung beider Hüftgelenke im Januar 2012 im OMRT C habe eindeutig bestätigt, dass im Bereich des linken Hüftgelenks eine manifeste Coxarthrose, rechts aber allenfalls eine initiale, altersentsprechende Arthrose bestehe. Die MdE sei insgesamt mit 20 v.H. einzuschätzen, allenfalls sei noch eine MdE von 25 v.H. gerechtfertigt. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf das Gutachten vom 24.07.2012 verwiesen.

Der Kläger hält das Gutachten von Dr. X1 für überzeugend und vermag dem Gutachten von Dr. U nicht zu folgen. Er legt einen Aufsatz von Prof. Dr. I u.a., BG Unfallklinik N, mit dem Titel "Begutachtung des Knorpelschadens - Klassifikation des Knorpelschadens - traumatisch versus nichttraumatisch", erschienen im Januar 2007 in den Nachrichten der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) vor, durch den er sich bestätigt sieht. 40

Der Senat hat sodann zunächst eine ergänzende Stellungnahme von Dr. U eingeholt, der in seiner Stellungnahme vom 23.04.2013 bei seiner Auffassung geblieben ist. An dem Gutachten von Dr. X1 hat er insbesondere bemängelt, dass sich dieser überhaupt nicht mit der Primärsymptomatik auseinandergesetzt habe. Dr. X1 setze sich auch nicht damit auseinander, dass die Arthroskopie erst im Januar 2006 erfolgte. Schon nach einem Zeitraum von wenigen Jahren lasse sich eine Differenzierung zwischen unfallbedingten und schicksalsmäßigen Gelenkschäden nicht mehr erbringen, insbesondere wenn es keine Primärsymptomatik gegeben habe. Da eine eindeutige schmerzhafte Bewegungsstörung des Gelenks weder bei der Erstdiagnostik noch am nächsten Tag geklagt worden sei, sei dies ein untrügerischer Beweis gegen eine durch den Unfall eingetretene Schädigung dieses Gelenks. Außerdem hätte sich in der Kernspintomografie ein Knochenödem (Bone bruise) finden müssen, das im MRT noch zwei bis fünf Monate zu erkennen gewesen wäre. Ohne Knochenödem sei eine Knorpelquetschung mit nachfolgender dauerhafter Schädigung nicht möglich, da das Elastizitätsmodul des Knorpels höher als das des Knochens sei. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die Stellungnahme vom 23.04.2013 verwiesen. 41

Abschließend hat der Senat nach § 109 SGG noch eine ergänzende Stellungnahme von Dr. X1 eingeholt. Dieser ist in der Stellungnahme vom 19.12.2013 ebenfalls bei seiner Auffassung geblieben. Er hat insbesondere ausgeführt, dass eine knöcherne Verletzung nicht Voraussetzung dafür sei, dass eine Knorpelschädigung stattgefunden habe. Da eine knöcherne Verletzung typischerweise innerhalb von zwei bis fünf Monaten ausheile und damit nicht mehr nachgewiesen werden könne, sei die Tatsache, dass beim Kläger nach vier Monaten kein Ödem mehr erkennbar war, kein Beweis dafür, dass ein solches nicht bestanden habe. Die klinischen Angaben und die dokumentierten pathologischen Veränderungen wiesen jedoch auf einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der Schädigung des linken Hüftgelenks hin. Beschwerden an der Hüfte seien bereits ab dem 23.09.1994 dokumentiert. Die am 24.01.1995 durch eine Kernspintomografie gesicherte Hämosiderin-ablagerung spreche dafür, dass die Ursache der Blutung hüftgelenksnah im Bereich der Kapsel- und Pfannenrandbereiche gelegen habe. Ob diese Schädigung bei dem Unfall entstanden sei, könne naturgemäß nach so langer Zeit nicht mehr mit Sicherheit nachgewiesen werden. Andere Unfallereignisse zwischen dem 08.09.1994 und etwa Mitte Dezember 1994 seien jedoch nicht bekannt. Der weitere Verlauf der Beschwerden im Bereich der Hüfte bis etwa Juni 1995 passe auch zu einer Reizerscheinung, wie sie typischerweise 42

nach einer Verletzung des Labrums und/oder einer Knorpelschädigung auftreten. Die Beurteilung von Knorpelveränderungen sei mit normalen, nicht speziell darauf ausgerichteten Knorpelsequenzen 1995 nicht mit Sicherheit zu dokumentieren bzw. auszuschließen gewesen. Gerade Verletzungen im Randbereich der Pfanne hätten 1995 noch kaum nachgewiesen oder erkannt werden können. Die Tatsache, dass Knorpelveränderungen bis 2006 in keiner MRT-Untersuchung erkennbar gewesen seien, belege lediglich, dass diese Veränderungen nicht erkennbar waren. Eine Szintigrafie könne einen ausgeprägten Bone-bruise bestätigen, geringere Knorpelschäden jedoch keinesfalls ausschließen. Als Beweis gegen einen Gelenkschaden sei sie daher ungeeignet. Er schließe sich dem Befund und der Beurteilung von Dr. T1 an. Wegen der Einzelheiten wird auf die Stellungnahme vom 19.12.2013 Bezug genommen.

Der Kläger hat beanstandet, dass Dr. U von der rechtlich unzutreffenden Prämisse, die Kausalität müsse im Vollbeweis gesichert sein, ausgegangen sei, obwohl die überwiegende Wahrscheinlichkeit ausreiche. Außerdem hat er darauf hingewiesen, dass sich die Hüftbeschwerden schon bald nach dem Unfall gezeigt hätten. Im Übrigen sei nach den Ausführungen in dem vorgelegten wissenschaftlichen Aufsatz von Prof. I u.a. eine Knorpelquetschung auch ohne Knochenödem denkbar. Auch der Unfallhergang spreche für einen Zusammenhang. Der Kläger hat die ergänzende Stellungnahme von Dr. X1 für überzeugend gehalten, da diese seiner Meinung nach mit der Darstellung in dem wissenschaftlichen Aufsatz von Prof. I u.a. harmonisiere. Er hat erklärt, Dr. X1 im Termin zur mündlichen Verhandlung danach befragen zu wollen, welche Bedeutung er der von Dr. T1 beschriebenen Kapselverhärtung beimesse, wie sich dieser Befund des Operateurs mit der festgestellten Verdickung des mittleren Gesäßmuskels vereinbare und ob sich insgesamt die aus der Zeit vom Unfallzeitpunkt bis zum Sommer 1995 vorliegenden Beschreibungen und Erhebungen des klinischen Verlaufs als eine sich entwickelnde Arthrose erklären lassen.

43

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 02.07.2014 hat der Kläger seinen Antrag auf Gewährung von Verletztengeld zurückgenommen, nachdem sich die Beklagte bereit erklärt hatte, binnen sechs Wochen nach Rechtskraft des im vorliegenden Verfahren zu fällenden Urteils zu entscheiden. Die mündliche Verhandlung wurde vertagt, weil noch Beweis erhoben werden sollte durch Befragung des Dr. T1 und des Dr. X1.

44

Der Senat hat dann im August Dr. T1 als Zeugen und Prof. Dr. C3 sowie Dr. X1 als Sachverständige für den Termin am 12.11.2014 geladen. Nach der Ladung hat sich herausgestellt, dass Dr. T1 im März 2014 verstorben ist und Dr. X1 zwischenzeitlich in Manchester praktiziert.

45

Dr. X1 wurde deshalb gebeten, die vom Kläger aufgeworfenen Fragen unter Berücksichtigung der vom Senat vom Evangelischen Krankenhaus M noch beigezogenen Videoprintaufnahmen über die Arthroskopie vom 09.01.2006 zu beantworten.

46

Dr. X1 hat die an ihn gerichteten Fragen in seinen Stellungnahmen vom 17.09.2014 und 23.09.2014 wie folgt beantwortet: Die von Dr. T1 beschriebene Kapselverhärtung befinde sich im seitlichen Bereich der Hüfte. Diese lasse sich nicht eindeutig einer Ursache zuordnen. Eine Kapselverdickung könne zum einen durch ein einzelnes Ereignis, wie etwa einen Unfall oder eine Operation erzeugt werden. Im Rahmen dieses Ereignisses müsse es zu einer ausgedehnten Gewebeschädigung mit anschließender Einblutung kommen, die dann anschließend zu Narbengewebe umgewandelt würde. Als weitere Ursache käme ein mehrzeitiges Ereignis in Frage, bei dem die Gewebeschädigung durch mehrfach wiederholte Einblutungen oder Entzündungen jeweils mit einer Narbe verheile. Die am 24.01.1995 erfolgte kernspintomografische Untersuchung belege eine Hämosiderinablagerung des

47

Musculus gluteus medius als Zustand nach Einblutung in diesem Bereich. Dieser Muskel liege der Gelenkkapsel des Hüftgelenks unmittelbar an, sodass die Ursache dieser Blutung hüftgelenksnah im Bereich der Kapsel und Pfannenrandbereiche liege. Die im Zeitraum vom Unfall bis zum Sommer 1999 beschriebenen Befunde wiesen nicht auf eine symptomatische Arthrose hin. Grobe arthrotische Veränderungen könnten auf Röntgenaufnahmen bis 1995 nicht belegt werden. Initiale arthrotische Stadien eines Knorpelschadens hätten aber in den 90-er Jahren weder durch Röntgen- noch durch Kernspinuntersuchungen ausgeschlossen werden können. Die Videoprintaufnahmen zeigten eine Knorpelschädigung im Bereich der Pfanne. Die von Dr. T1 festgestellten Vernarbungen seien kein Beweis für eine Verletzung durch den Unfall von 1994. Sie seien seiner Meinung nach aber als direkte Unfallfolge zu bewerten, da es einige Tage nach dem Unfall zu einem Bluterguss in der linken Leiste gekommen sei mit zunehmender Beschwerdesymptomatik im Bereich der linken Hüfte. Durch die Hämosiderinablagerungen erscheine eine massive Gewalteinwirkung auf das Hüftgelenk als erwiesen. Die Knorpelschäden seien hierdurch nicht sicher erwiesen, eine derartige Gewalteinwirkung könne den Knorpel aber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit schädigen. Den Videoprintaufnahmen seien Veränderungen am Knorpel der Hüfte nicht zu entnehmen. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die Stellungnahmen vom 17.09.2014 und 23.09.2014 Bezug genommen.

Anschließend hat der Senat Prof. Dr. C3 gebeten, unter Berücksichtigung der Videoprintaufnahmen über die Arthroskopie vom 09.01.2006 dieselben Fragen wie Dr. X1 zu beantworten und sich mit den Gutachten und Stellungnahmen von Dr. X1 und Dr. U auseinanderzusetzen. Prof. Dr. C3 hat sich in seiner Stellungnahme vom 13.10.2014 wie folgt geäußert: Nach der Beschreibung im OP-Bericht des Dr. T1 sei schwer zu sagen, wie weit die Kapsel des linken Hüftgelenks verändert war, ob es sich um Traumafolgen oder um Folgen eines mit den Gelenkknorpel- und Labrumschäden in Zusammenhang stehenden Kapselreizzustandes handelt. Die von Dr. T1 festgestellte Vernarbung der linken Hüftgelenkskapsel lasse sich nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall im Jahre 1994 zurückführen. Sie könne ebenso gut in Zusammenhang mit einer Gelenkknorpel- und Labrumdegeneration des linken Hüftgelenks und einem damit verbundenen Reizzustand der Synovia (Gelenkschmiere) entstanden sein, die unfallunabhängig abgelaufen sei. Wenn es sich um Folgen des Unfalls handeln würde, hätte sich die Arthrose im linken Hüftgelenk in den 12 Jahren bis zu den Kernspintomogrammen des Beckens in 2007 stärker entwickeln müssen, als die im rechten Hüftgelenk, was aber nicht der Fall sei. Von der wahrscheinlich durch eine Muskelfaserzerreißen eingetretenen Blutergussbildung im linken Musculus gluteus lasse sich nicht darauf schließen, dass es bei dem Unfall gleichzeitig auch zu einer schädigenden Einwirkung auf das linke Hüftgelenk selbst, insbesondere auf seine Kapsel, gekommen ist. Dann hätte das linke Hüftgelenk bei der Arthroskopie durch Dr. T1 im Januar 2006, gut 11 Jahre nach dem Unfall, viel stärkere Schäden an Knorpel, Labrum und Gelenkkapsel aufweisen müssen, wofür sich bei der kernspintomografischen Untersuchung am 15.06.2007 aber kein Hinweis gefunden habe. Die Einblutung in den linken Musculus gluteus medius und in die linke Leiste erkläre sich eher durch die Einwirkung des das Becken umspannenden Teils des Haltegurts bei dem Zusammenstoß, wie schon die Ärzte des C C vermutet haben, als durch ein Dashboard-Trauma, für das sich weder am Hüft- noch am Kniegelenk typische Verletzungsfolgen finden ließen. Zudem befinde sich der Musculus gluteus medius nicht in unmittelbarer Nachbarschaft zur Hüftgelenkskapsel, es bestehe überhaupt kein direkter Kontakt. Den Röntgenaufnahmen, die nach dem Unfall bis zum Sommer 1995 angefertigt wurden, sei allenfalls eine höchstens beginnende Coxarthrose beider Hüftgelenke zu entnehmen. Aus einer Statistik aus dem Jahre 2011 ergebe sich, dass Labrumeinrisse, die Chondromalazie des Acetabulum, dessen Hinterrandschäden und die Chondromalazie des Hüftkopfes mit zunehmendem Alter signifikant an Stärke zunehmen. Bei

64% der über 50-jährigen solle bereits eine mäßig- bis schwergradige Chondromalazie der Hüftgelenke bestehen. Hieraus sei abzuleiten, dass es sich bei dem von Dr. T1 erhobenen Befund eher um einen Altersverschleiß des Labrums als um eine traumatische Schädigung handele, zumal es nach dem Unfall zu keiner stärkeren Arthrose im linken als im rechten Hüftgelenk gekommen sei. Da das bei der Arthroskopie von Januar 2009 abgetragene Kapselgewebe nicht histologisch untersucht worden sei, sei nicht bewiesen, dass es sich bei der einengenden Pfannendachleiste um Narbengewebe handelte. Mit dem Gutachten von Dr. U stimme er im Wesentlichen überein. Ob eine wesentliche Besserung in den Unfallfolgen eingetreten sei, wie von Dr. U angenommen, könne er nicht beurteilen. Dr. X1 könne er nicht in allen Teilen seines Gutachtens folgen. Schon dessen Auswertung der Bildaufnahmen stehe im Gegensatz zu seiner eigenen Auswertung und der Auswertung durch Prof. Dr. O und Dr. U. Nach der Befundbeschreibung der Computer- und Kernspintomogramme vom 15.06.2007 durch Prof. Dr. O und ihn sei davon auszugehen, dass zumindest bis zum Herstellungsdatum dieser Aufnahmen, nahezu 13 Jahre nach dem Unfall, noch eine völlig seitengleiche, das altersübliche Maß nicht übersteigende Hüftarthrose bestand. Ob es inzwischen zu einer Seitendifferenz in der Ausprägung der Coxarthrose zwischen dem linken und rechten Hüftgelenk gekommen sei, sei unerheblich. Die Behauptung von Dr. X1, dass er bei der Befundung der Kernspintomogramme der Hüftgelenke, wobei nur die vom 25.09.1996 und vom 06.01.1997 gemeint sein können, hypointensive Areale in den dorsalen Pfannenbereichen des linken Hüftgelenks gefunden habe, sei unrichtig. Kein Wort davon finde sich in den Befundbeschreibungen der genannten Kernspintomogramme. Soweit Dr. X1 das Hämatom im linken Musculus gluteus medius in Zusammenhang mit dem von ihm angenommenen Dashboard-Trauma sehe, sei er fälschlicherweise davon ausgegangen, dass dieser Muskel unmittelbar der Hüftkapsel aufliege, was nicht der Fall sei. Dr. X1 habe auch übergangen, dass bei den radiologischen Untersuchungen vom 04.11.1994 und 24.01.1995 keine Mehranreicherung des Radionukleids im Bereich des linken Hüftgelenks und auch kein Bone bruise festgestellt wurde. Das Fehlen dieser beiden Indikatoren spreche aber gegen eine Traumatisierung des linken Hüftgelenks durch den Unfall. Auch zu der bis zur der Arthroskopie im Januar 2006 seitengleichen Entwicklung der eine das altersübliche Ausmaß nicht überschreitenden Arthrose habe sich Dr. X1 überhaupt nicht geäußert. Soweit Dr. X1 die Auffassung vertrete, dass Knorpelschäden auch ohne Nachweis einer Knochenschädigung möglich seien, stehe dies im Widerspruch zu wissenschaftlichen Erkenntnissen - siehe den vom Kläger selbst vorgelegten Aufsatz von I u.a. zur Begutachtung von Knorpelschäden -, wonach es nur in Ausnahmefällen bei axialen Traumen zu Gelenkknorpelschäden ohne begleitende Knochen- und/oder Bandschäden komme. Außerdem widerspreche sich Dr. X1 auch selbst, da er ausgeführt hat, dass es bei starken Gewalteinwirkungen auf die Gelenke zu einer knöchernen Beteiligung in Form eines Bone bruise komme, bei weniger starken Kräften die unterste Knorpelschicht verletzt werden könne, ohne dass der Knochen Verletzungen aufweise, diese Verletzungen aber meist reversibel seien und oft folgenlos ausheilten. Dr. X1 habe zwar verschiedene mögliche Ursachen für die von Dr. T1 beschriebene Kapselverhärtung genannt, jedoch nicht erwähnt, dass der mit degenerativen Gelenkschäden regelmäßig verbundene Reizzustand im Hüftgelenk ebenso wie in allen anderen Gelenken durch entzündliche Prozesse und Vernarbungen auch zu Verhärtungen in der Gelenkkapsel führen kann. Der Schluss Dr. X1 aus der nachgewiesenen Einblutung in den linken Musculus gluteus medius auf eine massive Gewalteinwirkung auf das linke Hüftgelenk mit Verletzung der Hüftkapsel sei unzulässig, da dieser Muskel eben nicht in direktem Kontakt mit der Hüftgelenkkapsel und den mit dieser verwobenen Bänder stehe. Wegen der Einzelheiten wird auf die Stellungnahme vom 13.10.2014 verwiesen.

Nachdem er die Stellungnahme von Prof. Dr. C3 am 20.10.2014 erhalten hat, hat der Kläger Prof. Dr. C3 mit Schreiben vom 27.10.2014 als befangen abgelehnt. Außerdem hat er mit Schreiben vom 30.10.2014 erklärt, das schriftliche Gutachten von Prof. Dr. C3 werfe folgende Fragen auf, die entweder schriftlich oder in der mündlichen Verhandlung von Dr. X1 zu klären seien:

1. Verschafft die Arthroskopie des Hüftgelenks dem Operateur einen vollständigen Einblick in das Gelenk? Gerät die Knorpelauskleidung von Hüftpfanne und Oberschenkelkopf vollständig in sein Blickfeld? Könnte es sein, dass es neben den im Januar erkannten arthrotischen Stellen weitere gab? 50
2. Ist die Arthroskopie der "Goldstandard" bei der Diagnostik von Knorpelschäden? Kommt es häufiger vor, dass der bei einer Arthroskopie oder bei einer Prothetik erhobene Befund nicht der vorangegangenen Diagnose anhand radiologischer Befunde entspricht? Gibt es dazu ggf. Untersuchungen? 51
3. Lassen sich Rückschlüsse aus der im Operationsbericht erwähnten Verdickung der Kapsel auf die Ursache ziehen? Treten solche Vernarbungen/Verdickungen in der Kapsel regelmäßig oder jedenfalls häufig als Folgen einer Arthrose auf oder ist dies eher die Ausnahme? Ist insofern zwischen der primären (schicksals- oder altersbedingten) und der sekundären (der auf einer Verletzung beruhenden) Arthrose zu differenzieren? 52
4. Ausgehend von dem Ergebnis der Gutachten von Prof. Dr. O und Prof. Dr. C3, die im Bereich beider Hüftgelenke diskrete, dem Alter des Versicherten entsprechende degenerativen Veränderungen ohne Seitenprominenz festgestellt haben, müsste sich auch auf der rechten Seite eine entsprechende Chondromalazie 4. Grades finden. Wo exakt finden sich in der rechten Hüfte derlei Knorpelschäden? Befinden sie sich auf dem Oberschenkelkopf oder innerhalb der Hüftpfanne? Wie lasse es sich erklären, dass er linksseitig in der Hüfte Schmerz empfinde, wohingegen die rechte, angeblich ebenso stark geschädigte Hüfte, schmerzfrei geblieben ist? 53
5. Sind die anatomischen Gegebenheiten so, wie von Prof. Dr. C3 geschildert? Gilt dies für jede Haltung des Beins, ob in gestrecktem, gebeugtem oder verdrehtem Zustand? Ist der Sachverständige Dr. X1 im Besitz einer bildlichen Darstellung, die die anatomischen Gegebenheiten zeigt? Ist es ausgeschlossen, dass eine Gewalteinwirkung auf das Gelenkinnere auch zu einer Verdickung/Vernarbung der Kapsel und gleichzeitig zu einem Bluterguss im gluteus medius führen kann? Wird der Gluteus medius von dem Gluteus maximus überdeckt, sodass, wenn man die Einwirkung eines Haltegurts unterstellt, primär dieser Muskel und erst sekundär der darunter liegende Muskel zusammengepresst worden wäre? Gibt es eine medizinische Erklärung dafür, dass weder im Durchgangsarztbericht vom Unfalltag noch im Bericht des Internisten vom folgenden Tag zwar massive Prellungen im Bereich der Brust und typische Airbag-Verletzungen auch im Bauchbereich geschildert wurden, nicht jedoch auf der linken Hüfte? Oder ist der Schluss nahe liegend, dass nicht eine Pressung durch den Haltegurt im Bereich der linken Hüfte der Auslöser des Blutergusses war? Teilt Dr. X1 die Auffassung, dass der durch Dr. L5 im Februar 1995 erhobene Befund eine von außen kommende Einwirkung ausschließt? Ist es dann nicht doch wahrscheinlicher, einen vom Gelenk ausgehenden Vorgang anzunehmen? 54
6. Nimmt Dr. X1 an, dass der Unfall vom 08.09.1994 Ursache der zur Arthrose führenden Knorpelverletzung war? Dr. X1 sei nicht auf den klinischen Verlauf in den ersten Monaten nach dem Unfall im Einzelnen eingegangen, so dass er diesen noch zu ergänzen habe. 55

7. Entsprach der Befund von Dr. T1 einer alterstypischen Arthrose? Ist die von Prof. Dr. C3 erwähnte Veröffentlichung tatsächlich so zu verstehen, dass in Großbritannien 64 % der über 50-jährigen an einer Knorpelglatze im Hüftgelenk leiden? Hat man sich dies unter den wiederholt von Prof. Dr. C3 verwandten Formulierungen "altersüblich" oder "altersentsprechend" vorzustellen? Gibt es zu dem Thema der alterstypischen Arthrose auch Untersuchungen bzw. Veröffentlichungen aus dem deutschsprachigen Raum? Was sagen diese aus? Spricht die in den ersten neun Monaten nach dem Unfall aufgetretene Beschwerdesymptomatik für eine sich bildende Arthrose? Kann eine Zerrung bei dem Versuch, sich aus dem PKW zu befreien, zu einer Knorpelverletzung geführt haben?	
Wegen weiterer Einzelheiten zu den vom Kläger umrissenen Fragenkomplexen wird auf dessen Schreiben vom 30.10.2014 Bezug genommen.	57
Mit Beschluss vom 10.11.2014 hat der Senat den Antrag des Klägers, Prof. Dr. C3 wegen der Besorgnis der Befangenheit abzulehnen, zurückgewiesen. Wegen der Begründung wird auf die Gründe dieses Beschlusses verwiesen.	58
Der Kläger beantragt, nachdem sich die Beklagte bereit erklärt hat, über die Gewährung von Verletztengeld binnen sechs Wochen nach Rechtskraft des Urteils zu entscheiden, nur noch	59
das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 21.01.2010 abzuändern und unter Aufhebung des Bescheids vom 15.08.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.10.2007 festzustellen, dass die Beklagte für die nachfolgenden Körperschäden im linken Hüftgelenk	60
a) Vernarbung der Hüftgelenkscapsel,	61
b) Knorpelschaden im Hüftgelenk und der Hüftpfanne,	62
c) Lockerung der Pfannenlippe	63
als Folgen des Wegeunfalls vom 08.09.1994 einzustehen hat,	64
hilfsweise,	65
die Verhandlung zu vertagen und Herrn Dr. X1 zur Fortsetzung der Verhandlung zu laden zur Erläuterung seiner Gutachten und Stellungnahme zu den im Schriftsatz vom 30.10.2014 aufgeworfenen Fragen,	66
hilfsweise,	67
Dr. X1 die Teilnahme an der Verhandlung durch eine Videokonferenz zu ermöglichen,	68
äußerst hilfsweise,	69
ihm eine schriftliche Beantwortung der Fragen zu ermöglichen.	70
Die Beklagte beantragt,	71
die Berufung zurückzuweisen.	72
Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen. Ihre Inhalte sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.	73
	74

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 143 und 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, nach § 151 SGG frist- sowie formgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 15.08.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.10.2007 verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung, der von ihm benannten Körperschäden in seinem linken Hüftgelenk als Gesundheitserstschäden oder Unfallfolgen. 75

Streitgegenstand ist, nachdem der Kläger seinen Antrag auf Zahlung von Verletztengeld zurückgenommen hat, nur noch die Anerkennung von Schäden im linken Hüftgelenk (Vernarbung der Hüftgelenkscapsel, Knorpelschäden im Hüftgelenk und der Hüftpfanne, Lockerung der Pfannenlippe) als Unfallfolgen. Der Antrag des Klägers zielt damit auf die Feststellung der von Dr. T1 bei der Arthroskopie am 09.01.2006 erkannten Gesundheitsschäden als Unfallfolgen. Der Senat wertet den Hauptantrag des Klägers als eine nach §§ 54 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1, 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG zulässige Anfechtungs- und Feststellungsklage und nicht als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 und 2 SGG, auch wenn nach dem Wortlaut des Antrages die Einstandspflicht der Beklagten festgestellt werden soll. Der Kläger hat schon in der Berufungsschrift vom 19.03.2010 eindeutig klargestellt, dass es in dem Rechtsstreit nur um die Frage gehen soll, ob der Schaden der linken Hüfte eine Folge seines Wegeunfalls ist. Damit geht es ihm zunächst nur um die Feststellung der Unfallfolgen im linken Hüftgelenk, aus der im weiteren Verlauf gegebenenfalls konkrete Leistungsansprüche abgeleitet werden können. Das Begehren, die Einstandspflicht der Beklagten festzustellen, hat neben dem Feststellungsausspruch keine eigenständige Bedeutung, sondern beschreibt nur die rechtlichen Folgerungen, die sich im Falle der begehrten Feststellung weiterer Unfallfolgen ergeben (vgl. BSG, Urteil vom 02.04.2009, B 2 U 30/07 R, Rn. 11 zitiert nach juris). 76

Nach § 102 SGB VII haben die Versicherten gegen den zuständigen Unfallversicherungsträger u.a. einen Anspruch auf Feststellung einer Unfallfolge, wenn ein Gesundheitsschaden durch den Versicherungsfall rechtlich wesentlich verursacht wird (BSG, Urteil vom 05.07.2011, B 2 U 17/10 R. Rn. 15-19 zitiert nach juris). Zu den mit der Feststellungsklage abstrakt feststellbaren Anspruchselementen gehören die ggfs. bisher nicht festgestellten weiteren Gesundheitserstschäden, die (sog. unmittelbaren) Unfallfolgen im engeren Sinn, also die Gesundheitsschäden, die wesentlich (und deshalb zurechenbar) spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Versicherungsfalles verursacht wurden, sowie die (sog. mittelbaren) Unfallfolgen im weiteren Sinn, also die Gesundheitsschäden, die nicht wesentlich durch den Gesundheitserstschaden des Versicherungsfalles verursacht wurden, aber dem Unfallereignis aufgrund einer besonderen gesetzlichen Zurechnungsnorm zuzurechnen sind (vgl. BSG, Urteil vom 24.07.2012, B 2 U 9/11 R, Rn. 23 zitiert nach juris; Urteil vom 05.07.2011, B 2 U 17/10 R, Rn. 19 zitiert nach juris). 77

Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII). Unfälle sind nach § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Als Folge eines Arbeitsunfalls sind Gesundheitsstörungen (nur) zu berücksichtigen, wenn das Unfallereignis und das Vorliegen der konkreten Beeinträchtigung bzw. Gesundheitsstörung jeweils bewiesen und die Beeinträchtigung mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Es ist mithin ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall 78

(Unfallkausalität), zwischen dem Unfallereignis und einem Gesundheitserstschaden oder dem Tod des Versicherten (haftungsbegründende Kausalität) und ggf. länger anhaltenden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Tatsachen, die die Tatbestandsmerkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitsschaden" erfüllen sollen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der kausalen Zusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (BSG, Urteil vom 31.01.2012, B 2 U 2/11 R, Rn. 17 zitiert nach juris m.w.N.; Urteil vom 24.07.2012, B 2 U 23/11 R, Rn. 27 zitiert nach juris). "Hinreichend wahrscheinlich" bedeutet, dass mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht (BSG, Urteil vom 15.05.2012, B 2 U 31/11 R, Rn. 34 zitiert nach juris; Urteil vom 27.10.1989, 9 RV 40/88, Rn. 17 zitiert nach juris). Ist ein Arbeitsunfall nicht nachgewiesen oder lässt sich der ursächliche Zusammenhang zwischen diesem und den geltend gemachten Gesundheitsstörungen nicht wahrscheinlich machen, geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Versicherten (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 31.01.2012, B 2 U 2/11 R, juris). Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, B 2 U 1/05 R, Rn. 17 zitiert nach juris). Beweisrechtlich ist außerdem zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Es gibt keine Beweisregel des Inhalts, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis die Ursache ist oder dass die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellte versicherte Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde (BSG, Urteil vom 09.05.2006, B 2 U 1/05 R, Rn. 20 zitiert nach juris; Senatsurteil vom 15.10.2014, L 17 U 709/11).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat der Kläger keinen Anspruch auf die begehrte Feststellung. Zwischen den Beteiligten steht aufgrund des Bescheides der Beklagten vom 03.04.1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.06.1996 und des gerichtlichen Teilanerkennnisses vom 03.12.1996 fest, dass der Kläger am 08.09.1994 bei versicherter Tätigkeit einen in die Verbandszuständigkeit der Beklagten fallenden Arbeitsunfall erlitten hat. Die von ihm über die bereits anerkannten Unfallfolgen hinaus geltend gemachten weiteren Schädigungen an der linken Hüfte (Vernarbung der Hüftgelenkscapsel, Knorpelschäden im Hüftgelenk und der Hüftpfanne, Lockerung der Pfannenlippe) liegen zwar objektiv vor, sind aber nicht mit Wahrscheinlichkeit auf diesen Unfall zurückzuführen.

79

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme im Berufungsverfahren sind die vom Kläger geltend gemachten Substanzverletzungen an der linken Hüfte nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Insoweit folgt der Senat den Gutachten und ergänzenden Stellungnahmen des von Amts wegen beauftragten Sachverständigen Dr. U sowie der Stellungnahme von Prof. Dr. C3, die nach dem Beschluss des Senats vom 10.11.2014 über das Befangenheitsgesuch des Klägers auch verwertbar ist. Sowohl Dr. U als auch Prof. Dr. C3 haben ausführlich und mit überzeugender Argumentation dargelegt und begründet,

80

warum es sich bei den geltend gemachten Gesundheitsschäden an der linken Hüfte des Klägers nicht um Gesundheitserstschäden oder Unfallfolgen handelt. Dr. U hat für den Senat nachvollziehbar ausgeführt, bei den verschiedensten Untersuchungen nach dem Unfall sei eine Verletzung des linken Hüftgelenks mit genügender Sicherheit ausgeschlossen worden. Wenn das linke Hüftgelenk durch eine so genannte Dashboard-Verletzung, wie sie Dr. X1 als ursächlich vermutet, also durch eine Staucheinwirkung über den Anschlag des Kniegelenks mit axialer Stauchung des Oberschenkels und damit des Hüftgelenks eingetreten wäre, hätte dies zwar zu signifikanten Knie- und Hüftgelenkverletzungen führen können. Solche Verletzungen wären aber nach der überzeugenden Darstellung des Sachverständigen Dr. U nicht zu übersehen gewesen. Wären die von Dr. T1 beschriebenen Veränderungen, insbesondere der Pfannenlippe, Folgen des Unfalls von 1994, müsste dies zu erheblichen Primärschmerzen unmittelbar nach dem Ereignis geführt haben, auch mit lang anhaltenden Schmerzen bei einer Bewegungsprüfung. Am Hüftgelenk hat sich aber kein entsprechender Schaden in einer eindeutigen schmerzhaften Bewegungsstörung des Gelenks gezeigt. Da diese weder bei der Erstdiagnostik, noch am nächsten Tag geklagt wurde, beweist dies nach der den Senat überzeugenden Einschätzung von Dr. U das Fehlen einer durch den Unfall eingetretenen primären Schädigung dieses Gelenks. Der Kläger wäre auch bei einem solchen Primärschaden nicht in der Lage gewesen, sich in irgendeiner Form selbst fortzubewegen. Auch Stauchungen, die nicht zu unmittelbar in der Standardröntgenologie nachweisbaren Veränderungen geführt hätten, wären in den bildgebenden Darstellungen, die im weiteren Verlauf durchgeführt wurden, nachweisbar gewesen. Wenn das Unfallgeschehen zu einer signifikanten Stauchung und damit Quetschung im Bereich des Hüftkopfes und der Hüftpfanne geführt hätte und damit zu Strukturveränderungen, die im Laufe des Lebens dann eine Degeneration entwickeln könnten, so hätte sich diese entschieden früher dargestellt. Auch der ergänzenden Stellungnahme von Prof. Dr. C3 vom 13.10.2014 entnimmt der Senat, dass sich die Arthrose im linken Hüftgelenk, um als Unfallfolge in Betracht zu kommen, in den Jahren vom Unfall bis zu den Kernspintomogrammen des Beckens in 2007 hätte stärker entwickeln müssen, als die im rechten Hüftgelenk, was aber eben bis dahin nicht der Fall war. Die vorstehend wiedergegebenen Ausführungen Dr. Thomas und Prof. Dr. Bußmanns, stehen - worauf auch Prof. Dr. C3 ausdrücklich hinweist - im Einklang mit den demnach auch aus seiner Sicht dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Ausführungen in dem vom Kläger eingereichten Aufsatz von I u.a. zur "Begutachtung des Knorpelschadens - traumatisch versus nicht traumatisch" und sind für den Senat ohne Weiteres nachvollziehbar.

Die Einschätzung von Dr. T1 und das Gutachten von Dr. X1 nebst ergänzenden Stellungnahmen sind demgegenüber nicht geeignet, die Gutachten und Stellungnahmen von Dr. U und Prof. Dr. C3 zu widerlegen und einen ursächlichen Zusammenhang wahrscheinlich zu machen.

81

Der Befund der von Dr. T1 im Januar 2006 durchgeführten Arthroskopie beweist, dass die vom Kläger geltend gemachten Schädigungen an der linken Hüfte tatsächlich vorliegen. Der Befund rechtfertigt jedoch nicht die Annahme, dass diese Schädigungen als Gesundheitserstschaden oder Unfallfolge hinreichend wahrscheinlich in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 08.09.1994 stehen. Prof. Dr. C3 hat in seiner Stellungnahme vom 13.10.2014 in für den Senat überzeugender Weise begründet, dass es sich bei der Ursache der Schädigungen im linken Hüftgelenk des Klägers nicht um die von Dr. X1 angenommene Dashboard-Verletzung handeln kann, da sich zeitnah zum Unfall weder an Hüft- und Kniegelenken typische Verletzungsfolgen finden ließen. Zudem fehle es an anfänglich geklagten Beschwerden im linken Hüftgelenk. Auch die fehlende Radionukleidanreicherung bei der Skelettszintigrafie am 04.11.1994 in den das linke Hüftgelenk bildenden Knochen und ein auf dem noch unfallnahen Kernspintomogramm vom

82

24.01.1995 nicht zur Darstellung kommender Bone bruise sind deutliche Indizien gegen eine Dashboard-Verletzung. Durch die Arthroskopie konnte hingegen über elf Jahre nach dem Unfall nicht mehr festgestellt werden, ob die arthrotischen Veränderungen degenerativer oder traumatischer Natur sind. Dies ergibt sich aus den Ausführungen von Dr. U, die wiederum in Übereinstimmung stehen mit den Erkenntnissen in der vom Kläger vorgelegten wissenschaftlichen Arbeit von I u.a. (a.a.O), wonach eine Unterscheidung zwischen einem traumatisch bedingten und einem degenerativ bedingten Knorpelschaden längstens sechs Monate nach dem Unfall möglich ist. Aus dem Aufsatz von I u.a. ist ersichtlich, dass für den traumatischen Knorpelschaden scharfe Bruchkanten typisch sind, die nur sechs Wochen lang bestehen. Nach mehr als 24 Wochen bestehe dann eine Defektauffüllung ohne Kantenbildung. Dies bedeute gutachterlich, dass danach arthroskopisch nicht mehr sicher entschieden werden könne, ob ein Knorpelschaden traumatischer Natur sei oder nicht. Die Arthroskopie sei zwar wohl die aussagekräftigste Methode zur Beurteilung eines Knorpelschadens. Dies bedeute aber nicht, dass sie zeitneutral einen traumatisch bedingten von einem nicht traumatisch bedingten Knorpelschaden unterscheiden könne. Die von Dr. T1 erhobenen Befunde sind deshalb für den Senat kein überzeugendes Argument für das Vorliegen von Erstschäden oder Unfallfolgen. Dass Dr. T1 bei der Arthroskopie Vernarbungen der Hüftgelenkscapsel vorfand und deshalb die Einführung des Instrumentes erschwert war, ist nach übereinstimmender Darlegung von Prof. Dr. C3, Dr. U und auch Dr. X1 kein Beleg für eine traumatische Schädigung des Hüftgelenks, sondern kann ebenso gut auf degenerative und/oder entzündliche Prozesse zurückgehen.

Auch das Gutachten von Dr. X1 stützt die Auffassung des Klägers nicht. Es besteht überwiegend in Ausführungen dazu, warum ein Knorpelschaden nicht schon vor der Arthroskopie im Januar 2006 nachgewiesen werden konnte. Diese Ausführungen sind jedoch unerheblich, da sie nicht als Beleg dafür geeignet sind, dass der Knorpelschaden schon unfallnah entstanden ist. Denn ein entsprechender Schaden wurde vor der Arthroskopie im Januar 2006 tatsächlich nicht nachgewiesen. Dies gilt unabhängig davon, ob sich schon in der Kernspintomografie von Januar 1995 ein entsprechender räumlicher Zusammenhang hätte erkennen lassen müssen, da die Technik bereits ausreichend fortgeschritten war (so die Auffassung von Dr. U) oder ob die Technik 1995 noch nicht genug ausgereift war, um einen entsprechenden Befund darstellen zu können (so Dr. X1). Die Ausführungen Dr. X1 sind aber auch unter Berücksichtigung seiner eigenen Stellungnahme vom 19.12.2013 nicht nachvollziehbar. Denn hierin hat er erklärt, dass eine spezielle MR-Arthrografie geeignet ist, kleinere Knorpel- oder Kapselveränderungen sensitiv aufzuspüren. Eine derartige Untersuchung war aber bereits am 06.10.2005 von dem Radiologen Dr. L vorgenommen worden, ohne den Knorpelschaden zu zeigen. Mit Ausnahme einer Asymmetrie der Muskulatur wurde kein krankhafter Befund erhoben; vielmehr wurde ausdrücklich erklärt, dass das Labrum acetabuli in allen Abschnitten regelrecht abgrenzbar und ein Labrum-Abriss nicht nachweisbar war. Insoweit ist auch die Behauptung des von der Beklagten im Verwaltungsverfahren beauftragten Dr. L4, die Untersuchung vom 06.10.2005 durch Dr. L habe eine Knorpelläsion i.S. eines beginnenden Hüftgelenkverschleisses gezeigt, nicht verständlich.

83

Ein Bluterguss in der linken Leistengegend ist als Erstschaden nicht nachgewiesen und kommt schon deshalb nicht als Anknüpfungspunkt für eine hinreichend wahrscheinliche Verursachung der Hüftgelenksschäden des Klägers durch den Unfall 1994 in Betracht. Dr. U weist zutreffend darauf hin, dass über ein solches Hämatom nirgends aktenkundig berichtet wird und insoweit nur anamnestische Angaben des Klägers verfügbar sind. Bei klinisch freier Beweglichkeit des linken Hüftgelenks sei eine solche Einblutung in die Muskulatur aber ohnehin kein Beleg für eine Mitbeteiligung des linken Hüftgelenks. Daneben führen auch die

84

Ausführungen Dr. X1 nicht weiter, der Nachweis einer Einblutung in den linken Musculus gluteus medius durch Hämosiderinablagerungen könne ein Beleg dafür sein, dass diese ihren Ausgang an der Gelenkkapsel gehabt habe, da Dr. X1 offensichtlich selbst nur von einem möglichen Beleg ausgeht. Auch der Verlauf der Beschwerden im Bereich der Hüfte bis etwa Juni 1995, der nach Auffassung von Dr. X1 zu einer Reizerscheinung geführt haben soll, wie sie typischerweise nach einer Verletzung des Labrums und/oder einer Knorpelschädigung auftrete, macht den ursächlichen Zusammenhang nicht wahrscheinlich, sondern nur möglich. Keiner der den Kläger in diesem Zeitraum behandelnden Ärzte hat eine Knorpelschädigung in Betracht gezogen; die nach Juni 1995 zunächst fortbestehenden Beschwerden wurden vielmehr auf eine unfallunabhängige schnappende Hüfte und unfallbedingte Tendinosen (Reizzustände der Muskelansätze) und daraus resultierende Muskeldysbalancen zurückgeführt. Wenn die Symptome typisch für einen Knorpelschaden gewesen wären, wäre zu erwarten gewesen, dass einer der zahlreichen den Kläger behandelnden oder begutachtenden Ärzte schon zeitnah einen entsprechenden Verdacht geäußert hätte.

Schließlich ist - entgegen der Auffassung von Dr. X1 - auch der Unfallhergang selbst kein geeignetes Argument für den streitigen Ursachenzusammenhang. Selbst wenn dieser geeignet gewesen sein sollte, die geltend gemachten Schädigungen zu verursachen, heißt das nicht im Umkehrschluss, dass er sie auch verursacht hat. Soweit der Kläger unter Bezugnahme auf die Ausführungen von Dr. X1 zutreffend darauf hingewiesen hat, dass eine knöcherne Verletzung keine Voraussetzung für die Annahme einer Knorpelschädigung sei, ändert das nichts daran, dass isolierte Knorpelschädigungen ohne knöcherne Begleitverletzungen sehr selten (vgl. I u.a., a.a.O.) und deshalb eher unwahrscheinlich als wahrscheinlich sind. Das Gutachten von Dr. X1 ist, was den von ihm angenommenen Unfallhergang angeht, auch deshalb nicht überzeugend, weil er bei seiner Begutachtung unzutreffend von einer sogenannten Dashboard-Verletzung (vgl. dazu oben) ausgegangen und schon deshalb zu falschen Ergebnissen gelangt ist. Auf das Fehlen typischer Verletzungsfolgen der von ihm postulierten Dashboard-Verletzung ist Dr. X1 in seinen Gutachten überhaupt nicht eingegangen.

85

Das vom Kläger als Beleg für die Richtigkeit seiner Rechtsauffassung angeführte Urteil des OLG Hamm vom 22.12.2008 rechtfertigt keine andere Beurteilung, da hinsichtlich des Kausalitätsbegriffs im Zivilrecht andere Maßstäbe gelten als im Unfallversicherungsrecht. Auch gilt dort nicht der Amtsermittlungsgrundsatz, so dass das OLG seiner Entscheidung die im dortigen Verfahren ausweislich der Urteilsgründe "unstreitige" Dashboard-Verletzung ("erheblicher Knieanprall links", vgl. S. 10 und 11 des Urteils), von deren Vorliegen der Senat gerade nicht überzeugt ist, als gegeben zu unterstellen hatte. Abgesehen davon beruht dieses Urteil auf einem Gutachten von Dr. X1, das nahezu inhaltsgleich mit dessen Gutachten im vorliegenden Verfahren ist. Warum der Senat diesem Gutachten nicht folgt, wurde bereits erläutert.

86

Die allein streitgegenständlichen Gesundheitsschäden in der linken Hüfte des Klägers kommen auch nicht als Folgen anderer versicherter Einwirkungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 08.09.1994, etwa des als Folgeunfall anerkannten Sturzereignisses vom 15.05.1997 oder ärztlicher Behandlungen, in Betracht. Hierfür ergeben sich aus den eingeholten ärztlichen Berichten und Gutachten keine Anhaltspunkte.

87

Der Senat sieht deshalb von Amts wegen keinen weiteren Ermittlungsbedarf und deshalb von einer mündlichen Anhörung eines oder mehrerer der schriftlich befragten Sachverständigen ab. Die vom Kläger mit seinen verschiedenen Hilfsanträgen beantragte Befragung von Dr. X1 im Termin gibt dem Senat keine Veranlassung zu einer anderen Entscheidung. Zum einen

88

besteht ein Anspruch auf Anhörung von Dr. X1 im Hinblick auf dessen Auslandswohnsitz nicht mehr (BSG, Urteil vom 20.04.2010, B 1/3 KR 22/08 R, Rn. 22 zitiert nach juris), was im Hinblick auf die von der vorstehend zitierten Rechtsprechung in den Vordergrund gestellten Unterwerfung des Sachverständigen unter Zwangsmittel der deutschen Gerichtsbarkeit für alle technischen Formen der Anhörung gelten muss und damit auch für die vom Kläger gestellten weiteren Hilfsanträge gilt. Zum anderen hat Dr. X1 die vom Kläger mit Schriftsatz vom 20.01.2014 aufgeworfenen Fragen zu seinem Gutachten mit den Stellungnahmen vom 17.09.2014 und 23.09.2014 beantwortet und auch der mit dem Berufungshilfsantrag in Bezug genommene Schriftsatz des Klägers vom 30.10.2014 gibt keine Veranlassung, Dr. X1 im Termin zu befragen.

Es entspricht zwar ständiger Rechtsprechung des BSG, dass unabhängig von der nach § 411 Abs. 3 ZPO im pflichtgemäßen Ermessen des Gerichts liegenden Möglichkeit, das Erscheinen des Sachverständigen zum Termin von Amts wegen anzuordnen, jedem Beteiligten gemäß § 116 Satz 2, § 118 Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 397, 402, 411 Abs. 4 ZPO das Recht zusteht, dem Sachverständigen diejenigen Fragen vorlegen zu lassen, die er zur Aufklärung der Sache für dienlich erachtet (st. Rspr., vgl. BSG, Beschlüsse vom 17.04.2012, B 13 R 355/11 B; vom 10.12.2013, B 13 R 198/13 B; BVerfG, Beschluss vom 3.2.1998, 1 BvR 909/94). Sachdienlichkeit i.S. von § 116 Satz 2 SGG ist insbesondere dann zu bejahen, wenn sich die Fragen im Rahmen des Beweisthemas halten und nicht abwegig oder bereits eindeutig beantwortet sind. Abgelehnt werden kann ein solcher Antrag prozessordnungsgemäß auch dann, wenn er rechtsmissbräuchlich gestellt ist, insbesondere wenn die Notwendigkeit einer Erörterung überhaupt nicht begründet wird, wenn die an den Sachverständigen zu richtenden Fragen nicht hinreichend genau benannt oder nur beweisunerhebliche Fragen angekündigt werden (vgl. BVerfG, Beschluss vom 29.08.1995, 2 BvR 175/95, Rn. 29 zitiert nach juris). Das auf den o.g. Rechtsgrundlagen beruhende Fragerecht begründet hingegen keinen Anspruch auf stets neue Befragungen, wenn der Beteiligte und der Sachverständige in ihrer Beurteilung nicht übereinstimmen. Das Recht, Fragen an einen Sachverständigen zu stellen, bezieht sich zudem nur auf die aus dessen Gutachten folgenden Unklarheiten und Zweifelsfragen; von ihm wird das Begehren nicht umfasst, einen früher bereits gehörten Sachverständigen nach Einholung eines weiteren Gutachtens zu seiner Meinung zu diesem neuen Gutachten zu hören (hierzu z.B. BSG, Beschluss vom 17.08.2000, B 8 KN 2/00 U B).

Unter Berücksichtigung dieser rechtlichen Voraussetzungen sind die zuletzt mit Schreiben vom 30.10.2014 vom Kläger aufgeworfenen Fragen nicht sachdienlich. Denn sie sind entweder beweisunerheblich, eindeutig beantwortet oder nicht darauf gerichtet, eine Erläuterung des Gutachtens von Dr. X1 zu erhalten. Schon einleitend zu seinem Fragenkatalog weist der Kläger darauf hin, dass die Ladung von Dr. X1 beantragt werde, weil das Gutachten von Prof. C3 Fragen aufwerfe, also gerade nicht, weil das Gutachten von Dr. X1 erläuterungsbedürftig sei. Einer weiteren Anhörung des Sachverständigen bedurfte es daher nicht. Hinsichtlich der einzelnen angekündigten Fragen gilt darüber hinaus Folgendes:

Die Beantwortung der Fragen zu 1. ist nicht entscheidungserheblich, da sie nicht zu Erkenntnissen zu den konkret beim Kläger vorliegenden Gesundheitsschäden an der linken Hüfte noch zur Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs dieser Schäden mit dem Unfall von 1994 führen würde.

Zu den Fragen zu 2. gilt dasselbe. Selbst wenn es tatsächlich häufiger vorkommen sollte, dass der bei einer Arthroskopie erhobene Befund nicht der vorangegangenen Diagnose anhand radiologischer Befunde entsprechen würde, ließe dies keine verifizierbare Aussage

zu der konkreten Beurteilung im Fall des Klägers zu.

Die Fragen zu 3. hat Dr. X1 in seiner Stellungnahme vom 17.09.2014 bereits eindeutig beantwortet. Genau wie Prof. Dr. C3 hat er ausgeführt, dass für die Verhärtung und Verdickung einer Gelenkkapsel verschiedene Erklärungen in Betracht kommen (traumatische oder "etwa Entzündungen die dann jeweils mit einer Narbe verheilen und so quasi Schicht für Schicht zu einer Verdickung" führen). Ob und ggf. in welcher Häufigkeit solche Vernarbungen/Verdickungen der Kapsel als Folgen einer Arthrose vorkommen und ob insofern zwischen einer primären und einer sekundären Arthrose zu differenzieren ist, ist deshalb unerheblich. 93

Die Fragen zu 4. und 5. beziehen sich nicht auf Unklarheiten und Zweifelsfragen, die sich aus dem Gutachten bzw. den Stellungnahmen von Dr. X1 ergeben, sondern zielen allein darauf ab, die Beurteilung von Prof. Dr. C3 in Frage zu stellen. Das Fragerecht beinhaltet aber nicht das Begehren, einen früher bereits gehörten Sachverständigen - hier Dr. X1 - nach Einholung eines weiteren Gutachtens bzw. einer gutachtlichen Stellungnahme - hier von Prof. Dr. C3 - zu seiner Meinung zu diesem neuen Gutachten bzw. der neuen gutachtlichen Stellungnahme zu hören. Die Frage nach der anatomischen Lage des Musculus gluteus medius hat Dr. X1 im Übrigen bereits beantwortet. Dass er sie anders Prof. Dr. C3 beantwortet hat, führt nicht dazu, dass eine erneute Befragung sachdienlich ist. 94

Von den Fragen zu 6. ist die Frage nach der Ursache der zur Arthrose führenden Knorpelverletzung bereits durch Dr. X1 in seinem Gutachten beantwortet. Die Frage nach dem klinischen Verlauf in den ersten Monaten hat Dr. X1 bereits eindeutig wie folgt beantwortet: "Die beschriebenen Befunde und Untersuchungsergebnisse weisen in diesem Zeitrahmen nicht auf eine symptomatische Arthrose hin". Bei der Begutachtung haben ihm die kompletten Akten, aus denen sich der klinische Verlauf der Erkrankung ergibt, vorgelegen. Es gibt keinen Grund zu der Unterstellung, er habe diese bei der Beantwortung seiner Frage nicht berücksichtigt. Der Befund von Prof. Dr. L5 war Dr. X1 bekannt, denn er war als Oberarzt an der Begutachtung durch Prof. Dr. L5 beteiligt. 95

Auch die Fragen zu 7. zielen nicht auf eine Erläuterung des Gutachtens und der ergänzenden Stellungnahmen von Dr. X1 ab, sondern werfen Fragen zu dem Gutachten von Prof. Dr. C3 auf. Auch hier gilt, dass sich das Recht, Fragen an einen Sachverständigen zu stellen, nur auf die aus dem Gutachten Dr. X1 folgenden Unklarheiten und Zweifelsfragen bezieht. 96

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs.1 Satz 1 SGG. 97

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich. 98