

L 8 U 1061/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Ulm (BWB)

Aktenzeichen

S 10 U 3665/13

Datum

06.02.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 U 1061/15

Datum

30.09.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 06.02.2015 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger unter Abänderung des Bescheids vom 11.01.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.10.2013 in der Fassung des Bescheids vom 10.03.2014 ab dem

21.02.2012 eine Verletztenrente nach einer MdE von 30 v.H. und ab dem

25.05.2016 eine Verletztenrente nach einer MdE von 70 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte hat dem Kläger dessen außergerichtliche Kosten in beiden Instanzen zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger gegen die Beklagte ein Anspruch auf höhere Verletztenrente (mindestens MdE 30 statt 20) zusteht.

Der 1957 geborene Kläger, der in seiner Kindheit an Rachitis erkrankt war, war als selbständiger Spediteur Mitglied der Beklagten. Er erlitt in Ausübung seiner versicherten Tätigkeit am 14.06.2011 einen Arbeitsunfall, bei dem er stolperte und stürzte; in Folge des Unfalles wurde das Unternehmen am 24.06.2011 eingestellt (Blatt 43, 54 der Beklagtenakte). In der Unfallanzeige vom 18.07.2011 (Blatt 1 der Beklagtenakte) gab der Kläger zunächst als verletzten Körperteil das linke Knie (Bänderriss) an; während der Ladungssicherung habe er ein Kantholz benötigt, auf dem Weg sei er über eine Rasenkante gestolpert (Blatt 56 der Beklagtenakte). Im von der Beklagten angeforderten Fragebogen gab der Kläger am 06.08.2011 an, Schmerzen im Knie als Unfallfolge festgestellt zu haben (Blatt 22/24 der Beklagtenakte). Der Durchgangsarztbericht von Dr. K. vom 24.06.2011 (Blatt 2 der Beklagtenakte) gab eine Kniegelenksdistorsion links an. Das am 01.07.2011 durchgeführte MRT habe einen ansatznahen Ausriss des vorderen Kreuzbandes ergeben, eine Arthroskopie sei veranlasst worden. Der Riss des vorderen Kreuzbandes und des Außenmeniskus wurde am 20.07.2011 operativ versorgt (zum Op-Bericht vgl. Blatt 15/16 der Beklagtenakte). Die Beklagte zahlte Verletzengeld.

Nachdem der Kläger auch im Oktober 2011 noch wegen des Knies in Behandlung war, teilte er der Beklagten in einem von dieser im Rahmen der Heilverlaufskontrolle angestregten Telefonat vom 04.10.2011 (Blatt 36 der Beklagtenakte) mit, es sei angedacht, das Knie mit einer Kreuzbandersatzplastik zu versorgen. Er führe derzeit Physiotherapie zum Muskelaufbau durch. Daraufhin ordnete die Beklagte die Untersuchung des Klägers in der Berufsgenossenschaftlichen Klinik U. (BG-Klinik U.) an (Blatt 42 der Beklagtenakte).

Dr. S. gab in seiner Verordnung zur Durchführung eines KSR vom 15.11.2011 (Blatt 58/59 der Beklagtenakte) Gangbildstörungen und Muskelminderungen sowie eine Instabilität des linken Kniegelenks an und regte eine Konsiliaruntersuchung auf dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie an. In seinem mit Prof. Dr. S. verfassten Bericht über die Untersuchung des Klägers in der BG-Klinik Ulm vom 15.11.2011 (Blatt 67/70 der Beklagtenakte) berichtete Dr. S. dann auch über eine deutliche Schwäche der Fußhebung rechts. Die gesamte Muskulatur sei vor allem in den unteren Extremitäten hyperton, starr und verkrampft.

In der ab 29.11.2011 durchgeführten Rehabilitation (zum Aufnahmebefund vgl. Blatt 78/81 der Beklagtenakte) gab der Kläger an, auf das Kniegelenk und die rechte Kopfseite gestürzt zu sein. Er habe seit dem Unfall erhebliche Gehprobleme, sei auf den Stock angewiesen. Die Koordination beim Treppensteigen sei gestört, er habe Probleme mit dem Gleichgewicht. Der Entlassbericht vom 20.12.2011 (Blatt 86/92 der Beklagtenakte) führt als unfallabhängige Diagnosen nunmehr eine Gangstörung bei Tetraspastik bei vorbestehender Spinalkanalstenose im HWS bei Deformierung der gesamten Wirbelsäule, den Verdacht auf hintere Schubladenstellung linkes Kniegelenk bei hinterer Kreuzband-Elongation und den Zustand nach Resektion vorderer Kreuzbandreste bei vorderer Kreuzbandruptur.

Der Besuchsdienst der Beklagten notierte zu seinem Besuch beim Kläger am 01.02.2012 (Blatt 104/1095 der Beklagtenakte), dass sich der Zustand des Klägers seit dem Sturz immer verschlechtert habe. Es sei eine Verschiebung des HWK 4 festgestellt und eine inkomplette Querschnittslähmung. Der Kläger sei auf das Knie und das Gesicht gefallen.

Prof. Dr. S. hat dann in der von Dr. S. angeregten neurologischen Untersuchung den Verdacht auf eine durch Einengung des Spinalkanals bedingte Rückenmarkschädigung (cervicale Myelopathie) geäußert (Bericht vom 02.12.2011, Blatt 71/78 der Beklagtenakte).

Dr. B. (BG-Klinik U.) teilte in seinem Zwischenbericht vom 25.01.2012 (Blatt 106/107 der Beklagtenakte) u.a. eine Myelopathie der HWS sowie eine Listhese zwischen C III und C IV mit zunehmenden neurologischen Ausfällen insbesondere in der rechten Hand und Beugespastiken am rechten Arm mit. Es sei eine Laminektomie des Cervikamarks mit anschließender dorsaler Stabilisierung geplant (zum Bericht zu dieser Operation vgl. Blatt 147/148 der Beklagtenakte).

Von der Beklagten befragt, teilte Prof. Dr. G. mit, dass ein Sturz auf das Knie oder auf den Kopf vom Kläger nicht angegeben worden sei. Entsprechende Beschwerden seien auch nicht dokumentiert. Ebenso könne nach Aktenlage nicht beantwortet werden, ob Gefühlsstörungen vorgelegen hätten, solche seien für die vorliegende Verletzung jedoch untypisch.

Vom 06.03.2012 bis 28.04.2012 führte die Beklagte eine stationäre Rehabilitation in der Fachklinik E. durch, die den Kläger für arbeitsunfähig erachtete, da die Gebrauchsfähigkeit der Hände erheblich eingeschränkt und sicheres Gehen nicht sicher durchführbar sei.

Der Kläger teilte mit Schreiben vom 01.06.2012 (Blatt 266 der Beklagtenakte) mit, er sei auf den Boden gestürzt und auch mit der rechten Kopfhälfte aufgeschlagen. Als Beschwerden habe er heftige Schmerzen im linken Knie gespürt. Es seien auch Schmerzen im Halswirbelbereich aufgetreten, die er jedoch als Unterkühlung oder als Folge falschen Liegens empfunden habe. Da die Schmerzen im Knie sehr stark gewesen seien, habe seine Sorge vorrangig dieser Verletzung gegolten.

Prof. Dr. S. ging in seinem für die Beklagte gefertigten neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 26.06.2012 (Blatt 292/296 der Beklagtenakte) davon aus, dass auf neurologischem Fachgebiet eine Polyneuropathie mit körperfern betonten Muskelminderungen und Gefühlsstörungen sowie eine cervikale Spinalstenose mit inkompletter Tetraparese unterhalb von C5 vorliege. Es finde sich keine unfallbedingte Schädigung von Beinnerven. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Neuropathie und die Spinalstenose schon vor dem Unfall bestanden hätten, wobei er eine Rücksprache mit dem D-Arzt empfahl.

Prof. Dr. S./Dr. B. kommen in ihrem unfallchirurgisch-orthopädischen Gutachten vom 17.07.2012 (Blatt 298/309 der Beklagtenakte) zu dem Schluss, dass das Ereignis vom 14.06.2011 zu einer Krafteinleitung auf die vorgeschädigte Wirbelsäule geführt habe. Hierdurch sei es zu einer Destabilisierung des Bewegungssegmentes HWK III/IV gekommen. Im Rahmen des langsam auftretenden Ventrolisthese sei die Myelopathie eingetreten, welche schlussendlich zur Tetraparese geführt habe. Es wurde angeregt, die Anknüpfungstatsachen noch einmal zu prüfen.

Nachdem der Beratungsarzt Dr. W. (Blatt 391 der Beklagtenakte) ausgeführt hatte, die Gutachter der renomierten Klinik hätten dargestellt, es sei denkbar, dass es zu einer latenten Gefügelockerung gekommen sei, und ein Unfallzusammenhang damit nicht positiv belegt sei, und Prof. Dr. S. die MdE für den Gesundheitsschaden im Kniegelenk mit 20 v.H. bewertet hatte (Blatt 324/325 der Beklagtenakte) gewährte die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 11.01.2013 eine Rente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE von 20 v.H., erkannte eine vordere Instabilität und Bewegungseinschränkung im linken Kniegelenke als Unfallfolge an und lehnte die Anerkennung weiterer Unfallfolgen ab (Blatt 364/371 der Beklagtenakte).

Den hiergegen eingelegten Widerspruch vom 29.01.2013 (Blatt 385 der Beklagtenakte, zur Begründung vgl. Blatt 390/391 der Beklagtenakte) wies die Beklagte nach Einholung eines Zwischenberichts von Dr. Schneider vom 27.03.2013 (Blatt 392 der Beklagtenakte): "Weiter Instabilitätsgefühl, er kann sich wegen HWS-Problematik nur noch im Rollstuhl fortbewegen. Th: Der Patient kann wegen Instabilität nicht selbstständig laufen") und Einholung einer ergänzenden beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 17.07.2013 (Blatt 395 der Beklagtenakte) mit Widerspruchsbescheid vom 15.10.2013 (Blatt 406/411 der Beklagtenakte) zurück. Der ursächliche Zusammenhang müsse hinreichend wahrscheinlich sein, die bloße Möglichkeit reiche nicht aus. Es seien keine äußeren Verletzungszeichen dokumentiert, die auf eine wesentliche Einwirkung hinwiesen. Prof. Dr. S. halte es selbst für den Fall, dass eine entsprechende Krafteinleitung vorgelegen habe, es nur für möglich, dass es zu einer Lockerung der Bänder gekommen sein könnte. Eine traumatisch bedingte Instabilität habe eine erhebliche Symptomatik und eine entsprechende Dokumentation erwarten lassen.

Am 15.11.2013 hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) Ulm Klage erhoben und verfolgt sein Begehren nach einer höheren Verletztenrente unter Berücksichtigung der Tetraparese weiter. Die Beklagte hat (Schreiben vom 20.02.2014, Blatt 29/30 der SG-Akte) dagegen die Neuropathie und die Spinalstenose mit Rückenmarksschädigung als vorbestehend angesehen und auch eine Verschlimmerung des vorbestehenden Leidens durch den Unfall abgelehnt. Sie hat den Bescheid vom 10.03.2014 (Blatt 37/39 der SG-Akte) über die Gewährung der Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 20 v.H. sowie das Zweite Rentengutachten von Prof. Dr. S. vom 06.02.2014 (Blatt 40/43 der SG-Akte), der als Unfallfolgen eine vordere Kreuzbandruptur am linken Kniegelenk mit anhaltender ausgeprägter Instabilität und Sturzneigung sowie einen Zustand nach Versteifung der Halswirbelsäule von HWK 3-6 (wohl 2-5) dargestellt und die MdE mit 20 v.H. bewertet hat.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines unfallchirurgisch-orthopädischen Gutachtens bei Prof. Dr. F., der in seinem Gutachten vom 20.10.2014 (Blatt 47/70 der SG-Akte) ausgeführt hat, den Schilderungen des Klägers zum Unfallhergang Glauben schenken zu können, der Anprall am Kopf habe aber nicht zu einer Gefügelockerung geführt habe. Denn es sei nicht klar, ob zum Unfallzeitpunkt die Gefügelockerung nicht schon vielleicht auch schon Jahre vorgelegen habe, ohne symptomatisch und damit eine Schadensanlage zu sein.

Das SG hat mit Urteil vom 06.02.2015 die Klage abgewiesen. Die unfallbedingten Gesundheitsschäden am linken Kniegelenk seien mit einer MdE von 20 v.H. zu bewerten und entsprechend von der Beklagten eine Unfallrente bewilligt worden. Nicht nachgewiesen und daher weder bei den Unfallfolgen noch bei der MdE-Einschätzung zu berücksichtigen sei der Gesundheitsschaden im Bereich der Halswirbelsäule. Der Beratungsarzt der Beklagten Dr. W. habe nachvollziehbar beschrieben, dass es bei degenerativen Veränderungen in einem Ausmaß, wie sie

beim Kläger vorliegen, einer gewissen Symptomatik bedürfe, um auf eine traumatisch bedingte Myelopathie schließen zu können, sodass das Zeitintervall zwischen dem angeschuldigten Ereignis und dem Auftreten der Beschwerden gegen euren Unfallzusammenhang spreche. Die bestehenden degenerativen Veränderungen seien durch das aufgrund des Arbeitsunfalls 1990 im Jahr 1997 erstellte Gutachten gesichert, sodass auch nicht von einem fehlenden Befund vor dem angeschuldigten Ereignis ausgegangen werden könne. Beide Gutachter gingen auch davon aus, dass sich bei Vorschäden dieser Art eine spontane, also eine solche ohne äußere Einwirkungen auftretende Gefügelockerung einstellen könne. Eine Beschwerdefreiheit vor dem Ereignis allein vermöge einen Unfallzusammenhang daher nicht zu begründen, abgesehen davon, dass Beschwerden in der Halswirbelsäule auch schon in Bezug auf den Arbeitsunfall von 1990 gehend gemacht worden seien.

Gegen das seiner Bevollmächtigten am 23.02.2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 20.03.2015 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Die Gesundheitsschäden im Bereich der HWS seien bei der Bemessung der MdE einzubeziehen. Er habe diese Verletzung schon im Universitätsklinikum Ulm angegeben und auch, dass er mit Kopf aufgeschlagen sei. Die vom Unfall unabhängigen krankhaften Veränderungen seien vollständig festgehalten, sodass die Verschlimmerung von Leiden aufgrund des Unfalls auch ermittelt werden könne. Den von Dr. W. geäußerten Bedenken gegen den Unfallzusammenhang werde widersprochen. Es möge auch bereits vor dem Unfall degenerative Veränderung gegeben haben, allerdings seien erst nach dem Unfall die Gesundheitsschäden an der HWS zu Tage getreten und ursächlich auf den Unfall zurückzuführen, zumindest in dem Ausmaß, wie sie jetzt aufträten. Im Gutachten von Prof. S. vom 06.02.2014 werde die Versteifung der HWS von Halswirbelkörper 3 auf 6, richtig: von 2 auf 5, als wesentliche Unfallfolge mit funktionalen Einschränkungen aufgeführt. Vor dem Unfall habe er keine Beschwerden der Wirbelsäule gehabt. Er sei Ski gefahren und Klettern gewesen (Schreiben vom 12.06.2015, Blatt 42/45 der Senatsakte). Nach der Knieoperation habe sich seine körperliche Situation verschlimmert. Es seien Pelzigkeitserscheinungen in Händen und Füßen aufgetreten.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 06.02.2015 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung des Bescheids vom 11.01.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.10.2013 in der Fassung des Bescheids vom 10.03.2014 zu verurteilen, ihm ab dem 21.02.2012 eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 30 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme von Dr. M. unter Vorlage bildgebenden Diagnostik einzuholen und ein Gutachten auf neurochirurgischem Fachgebiet einzuholen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Die Gesundheitsschäden der Wirbelsäule seien nicht auf den Unfall zurückzuführen.

Die Sach- und Rechtslage wurde mit den Beteiligten in einem nichtöffentlichen Termin am 26.10.2015 erörtert. Wegen des Inhalts und Ergebnisses des Termins wird auf die Niederschrift (Blatt 50/53 der Senatsakte Bezug genommen).

Der Senat hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses wird auf Blatt 59, 61 und 62/70 der Senatsakte Bezug genommen. Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. R. hat in seiner Aussage vom 01.12.2015 angegeben, der Kläger sei vor Juni 2011 nicht wegen der Wirbelsäule in seiner Behandlung gewesen. Behandlungen woanders seien nicht bekannt. Dr. B. hat dem Senat am 09.12.2015 geschrieben, das Ereignis vom 14.06.2011 habe zu einer Krafteinleitung auf die vorgeschädigte Wirbelsäule geführt. Hierdurch sei es zu einer Destabilisierung des Bewegungssegmentes HWK 3/4 gekommen. Im Rahmen der langsam auftretenden Ventrolisthese (Wirbelgleiten nach vorne) sei die Myelopathie eingetreten, welches schlussendlich zur Tetraparese geworden sei. Der Einschätzung liege zugrunde, dass der Kläger berichtet habe, er sei beim Sturz auf seine rechte Gesichtshälfte gefallen, was zu einer ruckartigen Krafteinleitung auf die Wirbelsäule geführt habe. Dadurch könne es zu einer Lockerung der Bänder, insbesondere in dem überlasteten Anteil der oberen Halswirbelsäule, kommen. Diese sei dann in den nächsten Wochen manifest geworden, ohne dass der diagnostische Schwerpunkt hierauf gelegt und die entsprechenden Symptome erkannt worden seien. Erst anlässlich des stationären Heilverfahrens in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen fast ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis sei die neurologische Symptomatik erstmals korrekt gewürdigt worden, wobei jedoch das Ausmaß der Symptomatik, welche sich damals gezeigt habe, mit Sicherheit davon ausgehen lasse, dass die Symptomatik bereits im Laufe der 6 bis 8 Wochen vor der Untersuchung in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik evident gewesen sei.

Die Beklagte hat mit Schreiben vom 12.01.2016 (Blatt 71/72 der Senatsakte) ausgeführt, Dr. B. habe angegeben, dass es durch einen Sturz auf die rechte Gesichtshälfte des Klägers zu einer ruckartigen Krafteinleitung auf die Wirbelsäule und einer Lockerung der Bänder gekommen sein könne. Abgesehen davon, dass für die Entschädigungspflicht die bloße Möglichkeit eines Ursachenzusammenhangs nicht ausreiche, sei auch darauf hingewiesen dass bei kernspintomographisch fehlendem Nachweis frischer Traumafolgen anhand der Befunde nicht auf ein genaues Datum der Nervenschädigung in der Vergangenheit geschlossen werden könne. Der Kläger habe zunächst auch keine Verletzung an der HWS angegeben (Schreiben vom 03.02.2016, Blatt 76 der Senatsakte). Dem ist der Kläger entgegengetreten (Schreiben vom 29.01.2016, Blatt 73/75 der Senatsakte).

Der Senat hat des weiteren Beweis erhoben durch Einholung eines unfallchirurgisch-orthopädischen Gutachtens bei Dr. M., Leiter der Sektion Wirbelsäulenchirurgie der BG-Klinik Ludwigshafen. Dieser hat in seinem Gutachten vom 14.06.2016 (Blatt 84/113 der Senatsakte) ausgeführt, seit dem Ereignis vom 14.06.2011 sei neben der Erkrankung des linken Kniegelenkes von Seiten der Wirbelsäule ein Zustand nach dorsaler Spondylodese C2 bis C5 mit offener Reposition von C3 und C4 sowie eine Hemilaminektomie von C4 rechts, aufgetreten. Auf neurologischem Fachgebiet sei eine inkomplette Tetraparese vorliegend. Bis zum Zeitpunkt des Unfallereignisses vom 14.06.2011 seien keinerlei Zeichen einer neurologischen Schädigung im Sinne einer Myelomalazie bei dem Kläger vorliegend. Auffällig sei die Tatsache, dass sich seit dem Ereignis vom 14.06.2011 eine zunehmende Verschlechterung des Gesundheitszustandes bemerkbar gemacht habe. Es sei eher wahrscheinlich, dass sich die neurologische Schädigung der eingetretenen Myelomalazie schon zu einem früheren Zeitpunkt hätte klinisch feststellen lassen, wenn diesbezüglich eine exakte Untersuchung stattgefunden hätte. Sehr unwahrscheinlich sei, dass die Tetraspastik erst am 29.11.2011, als sie erstmals dokumentiert wurde, eingetreten sei. Vielmehr wahrscheinlich sei die Tatsache, dass sich eine beginnende schleichende Lähmung schon zu einem viel früheren Zeitpunkt nach dem Ereignis vom 14.06.2011 eingestellt habe. Die Progredienz der eingetretenen Lähmung habe letztendlich auch durch die durchgeführte Dekompressions- und Stabilisationsoperation nicht verbessert werden können und finde sich heute als Endresultat im klinischen Befund, der mit einem fast vollständigen Verlust der motorischen Funktion der oberen und unteren Extremitäten einhergehe. Er komme zu der Feststellung, dass mit großer Wahrscheinlichkeit

der Ventralversatz HWK 3 gegenüber HWK 4 mit der hieraus resultierenden hochgradigen Spinalkanalstenose bereits zum Zeitpunkt des Unfallereignisses vom 14.06.2011 vorgelegen habe, die neurologische Schädigung mit der jetzt vorliegenden inkompletten Tetraparese als Folge der Myelomalazie sich jedoch am ehesten durch eine erlittene Kontusion im Rahmen des Sturzereignisses erklären lasse. Es sei prinzipiell denkbar, dass die sich entwickelnde Myelomalazie cervical auch zu etwa gleichem Zeitpunkt ohne äußere Krafteinwirkung oder das Ereignis vom 14.06.2011 eingetreten wäre. Jedoch sei die Wahrscheinlichkeit höher, dass die neurologische Schädigung aufgrund einer Kontusion des hochgradig eingengten Rückenmarks eingetreten sei, z.B. im Rahmen des Sturzereignisses vom 14.06.2011. Dieses Ereignis mit ungebretem Aufschlag der Gesichtshälfte auf einer Rasenkante, sei ausreichend genug, um bei hochgradiger Spinalkanalstenose zu einer Myelomalazie zu führen. Zumindest habe bis zum Ereignis vom 14.06.2011 diesbezüglich keinerlei klinische Symptomatik bestanden. Die MdE hat Dr. M. vom 14.06.2011 bis zum Zeitpunkt der erstmaligen Vorstellung in der BG Klinik T. am 11.11.2011 isoliert aufgrund der vorliegenden Schädigung im Bereich des linken Kniegelenks mit 20 v. H. eingeschätzt. Vom 11.11.2011 an sei mit der jetzt dokumentierten neurologischen Schädigung die MdE bis zum 28.11.2011 mit 40 v.H., vom 29.11.2011 bis 26.02.2012 mit 50 v.H., vom 27.02.2012 bis 24.05.2016 mit 60 v.H. und ab dem 25.05.2016 bis auf weiteres mit 70 v.H. zu bewerten.

Die Beklagte hat sich mit Schreiben vom 15.07.2016 (Blatt 114/116 der Senatsakte) gegen das Gutachten gewandt. Das Gutachten entkräftete die Ausführungen von Dr. B. und wies darauf hin, dass bereits zum Unfallzeitpunkt ein Ventralversatz des 3. HWK gegenüber dem 4. HWK vorgelegen habe, mit einer hieraus resultierenden hochgradigen Spinalkanalstenose. Zugleich wies Dr. M. darauf hin, dass hieraus resultierend auch ohne den angeschuldigten Ereignishergang vom 14.06.2011 zu etwa dem gleichen Zeitpunkt die später diagnostizierte Myelomalazie mit einhergehender inkompletter Tetraparese eintreten habe können. Damit sei festzuhalten, dass die beim Kläger zum Ereigniszeitpunkt bestehende krankhafte Anlage so stark oder so leicht ansprechbar gewesen sei, dass es zur Auslösung der Myelomalazie und akuter Krankheitserscheinungen keiner besonderen, in ihrer Art unersetzlichen, äußeren Einwirkung bedurft habe. Wenn man am 14.06.2011 jedoch eine entscheidende/relevante äußere Einwirkung auf den vorbelasteten HWS-Bereich unterstelle, stelle sich gleichfalls die Frage, warum nicht auch zeitnah adäquate Symptome aufgetreten seien. Die Assoziationen des Klägers, der Nacken habe sich angefühlt wie wenn er sich einen "Zug beim Autofahren" geholt habe, legten nahe, dass die Art der geltend gemachten Gesundheitsbeeinträchtigungen früheren Beschwerdeerfahrungen entspreche und somit bereits vor dem Unfall vom 14.06.2011 aufgetreten sein müssten.

Der Kläger hat ausgeführt (Schreiben vom 26.08.2016, Blatt 128/132 der Senatsakte), dass aufgrund des Gutachtens das Unfallereignis vom 14.06.2011 zu den Verletzungen an der Wirbelsäule und letztlich zu der inkompletten Tetraparese geführt habe.

Zuletzt hat die Beklagte (Schreiben vom 13.09.2016, Blatt 140/144 der Senatsakte) ausgeführt, selbst wenn man den vom Kläger geltend gemachten Ereignishergang und eine Einwirkung auf den Kopf-/Halswirbelsäulenbereich unterstelle, sei ein rechtlich wesentlicher Ursachenzusammenhang zwischen dieser Einwirkung und der eingetretenen Myelomalazie und inkompletten Tetraparese nicht hinreichend wahrscheinlich. Hierzu hat sie die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. G., Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie, spezielle Unfallchirurgie/Handchirurgie, vom 08.09.2016 vorgelegt, der die Einholung des freien wissenschaftlich differenziert begründeten Gutachtens durch einen ausgesprochen erfahrenen Neurochirurgen, am besten an einer Universität lehrend, der hier ausgewiesene Kenntnisse besitzt, angeregt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig und begründet.

Das SG hat die statthafte kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§§ 54 Abs. 1, Abs. 4 SGG](#)) zu Unrecht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 11.01.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.10.2013, dessen Regelung durch den die vorläufige Rente durch eine Dauerrente ersetzenden Bescheid vom 10.03.2014 geändert wurde, weshalb letzterer nach [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Klageverfahrens geworden war, ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten. Der Kläger hat einen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 30 v.H. seit 21.12.2012 und von 70 v.H. seit dem 25.05.2016.

Nach [§ 26 Abs. 1 SGB VII](#) haben Versicherte wegen nachgewiesener Gesundheitsschäden, deren wesentliche Ursache mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Versicherungsfall i.S.d. [§ 7 SGB VII](#) ist, Anspruch auf Entschädigungsleistungen u.a. in Form von Heilbehandlung ([§ 27 SGB VII](#)) oder Geldleistungen (Verletztengeld ([§ 45 SGB VII](#)) und Verletztenrente ([§ 56 SGB VII](#))). Gesetzlich Unfallversicherte - wie der Kläger -, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, haben gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Anspruch auf eine Rente. Während der ersten drei Jahre nach dem Versicherungsfall soll der Unfallversicherungsträger die Rente als vorläufige Entschädigung festsetzen, wenn der Umfang der MdE noch nicht abschließend festgestellt werden kann ([§ 62 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Spätestens mit Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall wird die vorläufige Entschädigung als Rente auf unbestimmte Zeit geleistet. Bei der erstmaligen Feststellung der Rente nach der vorläufigen Entschädigung kann der Vomhundertsatz der MdE abweichend von der vorläufigen Entschädigung festgestellt werden, auch wenn sich die Verhältnisse nicht geändert haben ([§ 62 Abs. 2 SGB VII](#)).

Damit ist Voraussetzung der Gewährung einer Verletztenrente nach [§ 56 SGB VII](#), dass ein Gesundheitsschaden nachgewiesen ist, dessen wesentliche Ursache mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Versicherungsfall i.S.d. [§ 7 SGB VII](#) ist. Vorliegend konnte der Senat feststellen, dass nicht nur der Knie Schaden hinreichend wahrscheinlich wesentliche Folge des bereits von der Beklagten als Arbeitsunfall anerkannten Ereignisses vom 14.06.2011 ist (dazu unter 1.). Des Weiteren muss die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge des Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert sein. Insoweit konnte der Senat feststellen, dass die Erwerbsfähigkeit des Klägers um mehr als 20 v.H. gemindert ist (dazu unter 2.).

1. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)); die Beklagte hat das Sturz-Ereignis vom 14.06.2011 bereits als Arbeitsunfall anerkannt, jedoch lediglich eine vordere Instabilität und Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks als Folge des Arbeitsunfalles anerkannt. Der Senat konnte jedoch feststellen, dass darüber hinaus die neurologische Schädigung der HWS im Sinne

einer Myelomalazie ebenfalls hinreichend wahrscheinlich wesentliche Folge dieses Arbeitsunfalles ist.

Das Vorliegen der Myelomalazie als neurologischer Schädigung des Rückenmarks der HWS ist nach den Gutachten von Dr. M., das dieser für den Senat erstellt hat, von Prof. Dr. F., das dieser f, im Sinne eines Gesundheitsschadens nachgewiesen.

Der Senat konnte auch feststellen, dass dieser Gesundheitsschaden nicht vor dem Arbeitsunfall vom 14.06.2011 aufgetreten war. Zwar mag mit Dr. M. schon vor dem Unfall ein Ventralversatz HWK 3 gegenüber HWK 4, also eine gegenüber der Normalposition nach vorn verschobener HWK 3, mit hieraus resultierender hochgradiger Spinalkanalstenose (Verengung des Wirbelkanals) vorgelegen haben. Doch konnte eine neurologische Schädigung als Myelomalazie, also einer Rückenmarksschädigung, mit incompletter Tetraparese erst nach dem Ereignis vom 14.06.2011 festgestellt werden. Da der Kläger dem Senat zur Überzeugung führend darlegen konnte, dass er noch bis vor dem Arbeitsunfall keinerlei neurologische Schädigungen des Rückenmarks hatte, was nicht nur durch seine vollschichtige und inhaltlich uneingeschränkte berufliche Tätigkeit und seine noch bis vor dem Unfall ausgeübten sportlichen Hobbys (Skifahren, Klettern), sondern auch durch die vorliegenden ärztlichen Befunde und Einschätzungen gestützt wird, konnte der Senat vor dem 14.06.2011 keine Rückenmarksschädigung feststellen. Zwar bestand eine hochgradige Spinalkanalstenose, doch hatte diese Wirbelkanaleinengung noch keine Schädigung des Rückenmarks zur Folge gehabt. Diese Myelomalazie ist erst durch den Arbeitsunfall vom 14.06.2011 verursacht und daher Gesundheitserstschaden. Dr. M. hat hier eine traumatische Kontusion des Rückenmarks beschrieben. Insoweit konnte der Senat auch feststellen, dass der Kläger auf die rechte Gesichtshälfte gefallen war und es hierdurch zu einer ausreichenden und geeigneten Einwirkung auf das Mark der HWS gekommen war. Im Anschluss an das Gutachten von Dr. M. konnte der Senat feststellen, dass beim Unfallereignis am 14.06.2011 eine Einwirkung i.S. einer Krafteinwirkung auf das Rückenmark der Halswirbelsäule stattgefunden hatte, die geeignet war, das Mark zu verletzen. Der Senat konnte auch feststellen, dass am 14.06.2011 tatsächlich eine Verletzung des HWS-Marks i.S. einer Myelomalazie aufgetreten ist. Damit konnte der Senat eine geeignete Unfalleinwirkung auf das Halsmark feststellen, ebenso einen am 14.06.2011 eingetretenen Gesundheitserstschaden am Mark der HWS.

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr. vgl. stellvertretend BSG 12.04.2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - [BSGE 94, 269](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#) = juris RdNr. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden ([BSGE 1, 72](#), 76).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v § 249 RdNr. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden [BSGE 63, 277](#), 280 = [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen ("conditio sine qua non"). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (ständige Rechtsprechung; vgl. stellvertretend zum Vorstehenden insgesamt BSG 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4 2700 § 8 Nr. 17](#) = juris; BSG 09.05.2006 - [B 2 U 40/05 R](#) - UV Recht Aktuell 2006, 419 = juris; BSG 09.05.2006 - [B 2 U 26/04 R](#) - UV Recht Aktuell 2006, 497 = juris).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = [SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO](#); [BSGE 32, 203](#), 209 = [SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO](#); [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = [SozR 2200 § 555a Nr. 1](#)). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG 09.05.2006 [a.a.O.](#) m.w.H.). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG [SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.](#)).

Vorliegend konnte sich der Senat nach Durchführung der Beweisaufnahme sowie unter Berücksichtigung der Beweisaufnahme vor dem SG und im Verwaltungsverfahren davon überzeugen, dass die Myelomalazie mit folgender incompletter Tetraparese hinreichend wahrscheinlich wesentlich durch das als Arbeitsunfall anerkannte Ereignis vom 14.06.2011 verursacht ist.

Ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Auftreten des Gesundheitserstschadens ist zwar ein Indiz, jedoch keine notwendige Voraussetzung eines wesentlichen Ursachenzusammenhangs. Vorliegend steht dem Ursachenzusammenhang nicht entgegen, dass der Hergang für eine neurologische Schädigung in der BG-Klinik U. am 29.11.2011 erstmals dokumentiert wurde. Denn Dr. M. und Dr. B. konnten für den Senat überzeugend darlegen, dass diese bereits früher hätte festgestellt werden können, wenn der Kläger daraufhin untersucht worden wäre. Medizinische Anzeichen für eine neurologische Schädigung hatten sich nämlich schon früher gezeigt. So hat Dr. S. bereits bei der Untersuchung am 11.11.2011 eine deutliche Fußheberschwäche rechts, mithin eine neurologische Ausfallerscheinung an einem vom Unfall nicht betroffenen Bein, dargestellt. Auch hatte der Kläger bereits zuvor Gangschwierigkeiten, die sich nicht durch die

Kreuzbandoperation und den damit verbundenen Muskelabbau bzw. Vorerkrankungen erklären lassen. So war der Kläger auf einen Stock bzw. Unterarmgehilfen angewiesen. Beim Treppensteigen war die Koordination gestört (vgl. Aussage Dr. B., Blatt 64/65 der Senatsakte). Hinweise auf eine Koordinationsstörung beim Treppenbegehen lassen sich insoweit bereits dem Befund zur Untersuchung am 04.10.2011 durch Prof. Dr. G. entnehmen (Zwischenbericht vom 04.10.2011). Die Gangprüfungen konnten bei der Untersuchung durch Dr. B. nicht mehr ohne Gehstützen durchgeführt werden, der Einbeinstand konnte nur unter Festhalten am Tisch und Verlagerung des Gewichts auf diesen ausgeführt werden (Blatt 65 der Senatsakte). Auch fielen Faszikulationen, also unwillkürliche kleine Muskelbewegungen, am rechten Oberschenkel auf (Blatt 65 der Senatsakte). Auch hatte das Gangbild bereits damals dem einer Tetraspastik entsprochen (Blatt 66 der Senatsakte). Dass aber diese Störungen sich erst am Untersuchungstag ausgeprägt hätten, sich der Kläger also z.B. ohne Grund mit Gehstock bzw. Unterarmgehstützen bewegt hätte, konnte der Senat im Anschluss an die Ausführungen von Dr. M. und Dr. B./Prof. Dr. S. nicht feststellen. Vielmehr ist er zu der Überzeugung gelangt, dass diese Störungen sich langsam entwickelt hatten und lediglich wegen der zunächst in den Vordergrund gestellten Knieschädigung nicht erkannt wurden – darauf deutet auch hin, dass der Anstoß zu einer über das linke Knie hinausgehenden Untersuchung weder von den Ärzten noch dem Kläger kam, sondern von den bei der Beklagten zuständigen Sachbearbeiter. Vor diesem Hintergrund konnte der Senat auch nicht den Überlegungen des Beratungsarztes Dr. G. folgen, der zuletzt vorgebracht hatte, dass seiner Kenntnis nach bei ausgeprägter Spinalkanalstenose und einer angenommenen akzidentellen Kontusion des Halsmarkes die Symptomatik der Myelomalazie innerhalb der ersten Tage (sofort) aufträte und progressiv zunähme und keine zeitliche Brücke bestehe, in der sich auch für den Patienten keine erkennbare Symptomatik entwickle. Denn der Senat konnte feststellen, dass die Erkrankung zwar erst im November 2011 erkannt worden war, jedoch schon vorher, seit dem Unfall am 14.06.2011 wenn auch langsam aber dennoch fortschreitende, bloß nicht beachtete Symptomaten gezeigt hatte. Soweit die Beklagte in der mündliche Verhandlung eine sofortige, erkennbare Beeinträchtigung verlangt hatte und dazu auf Gutachten aus nicht näher benannten Verfahren vor dem SG Stuttgart verwiesen hatte, so ergeben sich aus den vorliegenden Gutachten der erfahrenen Wirbelsäulenspezialisten Dr. B./Prof. Dr. S. und Dr. M. keine Anhaltspunkte dafür, dass solche sofort bemerkbaren wesentliche Funktionsausfälle zwingende Voraussetzung einer traumatischen HWS-Markverletzung sind. Vielmehr haben beide sinngemäß ausgeführt, dass auch bei einer traumatischen Markschädigung ein geringer Erstschaden sich weiterentwickeln kann.

Dem wesentlichen Ursachenzusammenhang steht auch nicht entgegen, dass der Kläger ein Aufschlagen mit der rechten Gesichtshälfte bzw. Gesundheitsstörungen an der HWS nicht bereits zum Zeitpunkt der Unfallmeldung bzw. beim D-Arzt angegeben hatte. Zwar haben unfallnahe und nicht durch die im Laufe des Verfahrens erlangte Kenntnis über den rechtlich bedeutsamen Sachverhalts beeinflusste Angaben zum Unfallgeschehen und den Gesundheitsstörungen grundsätzlich einen hohen Beweiswert. Doch schließt dies nicht aus, dass Unfalldetails nicht angegeben werden bzw. Unfallfolgen aufgetreten sind, denen zunächst keine Beachtung geschenkt wurde und die daher nicht angegeben wurden. Insoweit ist ein unfallversicherungsrechtlich relevanter Kausalzusammenhang nicht von vornherein ausgeschlossen, die späteren Angaben sind jedoch einer kritischen Prüfung zu unterziehen.

Vorliegend hat der Kläger zunächst lediglich einen Sturz auf das linke Knie und einen Bänderriss angegeben (vgl. Unfallmeldung vom 18.07.2011). Erst später, am 29.11.2011, hat er im Rahmen der Reha-Aufnahmeuntersuchung einen Sturz auf das linke Knie und die rechte Gesichtshälfte angegeben. Dazu hat er dann ausgeführt, zwar am 14.06.2011 bei dem Unfall auch Schmerzen im Nacken/an der HWS gehabt zu haben, diesen jedoch keine größere Beachtung geschenkt zu haben. Vielmehr habe er diese einem "Zug", einer Verkühlung oder schlechtem Liegen zugeordnet. Im Verhältnis zu dem am Knie aufgetretenen Schmerz hat der Kläger diesen Schmerzen insoweit untergeordnete Bedeutung beigemessen. Infolgedessen war er insoweit auch nicht weiter untersucht worden; dass aber das Auftreten der Myelomalazie besonders einprägsame oder heftige Schmerzen voraussetzen würde, hat keiner der Gutachter dargestellt und auch die Beklagte nicht behauptet. Dieses Verhalten des Klägers, nämlich Beschwerden bzw. Schmerzen unterzubewerten spiegelt sich auch in seinem Verhalten hinsichtlich der Knieverletzung wider. Insoweit hat er nach dem Unfall – trotz Kreuzbandriss – weitergearbeitet und war erst am 24.06.2011 erstmalig in Behandlung, nachdem ihn seine Tochter dazu gedrängt hatte. Der Kläger neigt insgesamt zum Dissimulieren (Dr. M. spricht insoweit von Aggravation, meint aber Dissimulation), was vorliegend auch ärztlicherseits angenommen wurde.

Insoweit ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass das Unfallgeschehen am 14.06.2011 nicht nur zu einem Aufprall mit dem linken Knie auf den Boden (Rasen) geführt hat. Der Senat konnte feststellen, dass der Kläger auch mit der rechten Gesichtshälfte dann im Übrigen ungebremst auf dem Boden (Rasen) aufgeschlagen ist. Das entnimmt der Senat den Angaben des Klägers, die glaubhaft sind; diese Angaben des Klägers zum Unfallhergang wurden bei der Aufnahmeuntersuchung am 29.11.2011 in der BG-Klinik dokumentiert, noch bevor der Verdacht auf eine neurologisch zu klärende Erkrankung bei der Untersuchung durch Prof. Dr. S. am 01.12.2011 bestätigt worden ist. Die Inkonsistenz der Klägerangaben konnte der Senat insoweit durch den Charakter des Klägers (Dissimulation) und das im Verhältnis zunächst stärkere Beachten der zunächst schmerzhafteren und wesentlich einschränkenderen Knieverletzung ausräumen. Damit kommt es nicht darauf an und war auch nicht durch Zeugenvernehmung der den Kläger zum Durchgangsarzt begleitenden Tochter des Klägers zu klären, ob dieser bei der Untersuchung am 24.06.2011 dem Durchgangsarzt auch einen Aufprall mit der rechten Gesichtshälfte angegeben hatte. Dass der Durchgangsarzt nach einem Sturz auf einen Rasen 10 Tage nach dem Unfall keine oberflächlichen, sichtbaren Verletzungen im Gesicht mehr feststellt, ist für den Senat nachvollziehbar, begründet aber keine Zweifel an der Richtigkeit des vom Kläger geschilderten und vom Senat festgestellten Unfallhergangs.

Soweit die Beklagte meint, die klägerischen Schmerz-Assoziationen mit einem "Zug", einer "Verkühlung" bzw. einem schlechten Liegen zeigten, dass der am 14.06.2011 beim Unfall aufgetretene Schmerz an der HWS dem Kläger bekannt und daher nichts neues sei, weshalb der neurologische Schaden nicht erst im Zusammenhang mit dem Unfall am 14.06.2011 aufgetreten sein könne, folgt ihr der Senat nicht. Denn die Beschreibung eines Schmerzes anhand anderer bekannter Schmerzzustände bedeutet nicht, dass auch dieselbe Ursache vorliegen muss. Vielmehr handelt es sich insoweit um eine in den Auswirkungen und der Intensität vergleichende laienhafte Beschreibung, nicht um eine medizinische Ursachendokumentation. Angesichts der oben beschriebenen Umstände einer vor dem Unfall nicht bestehenden Rückenmarksschädigung konnte der Senat gerade nicht feststellen, dass die vom Kläger wohl vor dem Unfall bereits erfahrenen und mit einem "Zug", einer "Verkühlung" bzw. einem schlechten Liegen beschriebenen Schmerzen auf die vorliegend streitgegenständliche Myelomalazie zurückzuführen sind – vielmehr liegt nahe, dass der Kläger früher schon tatsächlich einen "Zug" bzw. eine "Verkühlung" erlitten hatte bzw. schlecht gelegen war.

Vor diesem Hintergrund musste der Senat feststellen, dass zwar vor dem Unfall am 14.06.2011 ein Ventralversatz HWK 3 gegenüber HWK 4 mit hieraus resultierender hochgradiger Spinalkanalstenose im Sinne einer Vorschädigung der HWS vorgelegen hatte. Diese war durch den Aufprall des Klägers mit der rechten Gesichtshälfte auf den Rasen am 14.06.2011 verschoben worden, weshalb das Rückenmark im Sinne

einer Myelomalazie mit folgender inkompletter Tetraparese geschädigt wurde. Eine Gefügelockerung, wie sie Prof. Dr. S./Dr. B. angenommen und Prof. Dr. F. diskutiert, letzterer aber als schon vor dem Unfall bestehend, dargestellt haben, ist damit beim Unfall am 14.06.2011 nicht aufgetreten. Vielmehr ist diese mit Prof. Dr. F. und Dr. M. eher als vorbestehend anzusehen. Jedoch hat auf dem Boden der vorbestehenden Erkrankung die durch den Aufschlag mit der rechten Gesichtshälfte auf den Rasen auftretende Kraft dazu geführt, dass das Rückenmark der HWS verletzt wurde. Diese Überzeugung hat der Senat durch das schlüssige Gutachten von Dr. M. erlangt. Dieser hat ausgeführt, dass sich die eingetretene neurologische Schädigung mit inkompletter Tetraparese als Folge der Myelomalazie nach Würdigung aller Umstände am ehesten durch eine erlittene Kontusion im Rahmen des Sturzereignisses erklären lässt und daher mit großer Wahrscheinlichkeit Ursache der Schädigung des Rückenmarks ist.

Soweit Prof. Dr. S. (Blatt 78, 296 der Beklagtenakte) zwar eine cervikale Myelopathie im Sinne einer durch Einengung des Spinalkanals bedingte Rückenmarksschädigung wie auch eine Polyneuropathie als unfallfremde, vorbestehende Leiden angenommen hat, berücksichtigt dieser nicht ausreichend, dass der Kläger auch auf das Gesicht gefallen war. Auch verhält er sich zu der Annahme einer vorbestehenden Rückenmarksschädigung nicht weiter. Vielmehr behauptet er dies, ohne dies weiter zu begründen.

Dagegen haben Prof. Dr. S. und Dr. B. in ihrem Gutachten für die Beklagte dargelegt, dass sich die "Kausalkette wie folgt" ergebe: "Das Ereignis vom 14.06.2011 führte zu einer Krafteinleitung auf die vorgeschädigte Wirbelsäule des Unfallverletzten. Hierdurch kam es zu einer Destabilisierung des Bewegungssegments HWK-III/IV. Im Rahmen der langsam auftretenden Ventrolisthese trat die Myelopathie ein, welche schlussendlich zur Tetraparese wurde".

Soweit diese erfahrenen Verwaltungsgutachter, die der Senat als sachverständige Zeugen vernommen hat, angegeben haben, durch das Unfallgeschehen "kann" es zu einer Lockerung der Bänder, insbesondere in dem überlasteten Anteil der oberen Halswirbelsäule kommen bzw. eine Gefügelockerung für denkbar gehalten hatten (Blatt 308 der Beklagtenakte = Seite 11 des Gutachtens), so bedeutet dies nicht bloß eine theoretische Möglichkeit. Denn Dr. M. konnte in seinem für den Senat erstellten Gutachten darlegen, dass zwar keine Gefügelockerung durch den Unfall vom 14.06.2011 verursacht wurde, aber der vorbestehende Ventralversatz HWK 3 gegenüber HWK 4 mit hieraus resultierender hochgradiger Spinalkanalstenose erst durch den Unfall vom 14.06.2011 die Verletzung des Rückenmarks verursacht hat. Er hat hier eine hohe Wahrscheinlichkeit für diesen Ursachenzusammenhang angenommen. Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit der wesentlichen Verursachung genügt aber um eine unfallversicherungsrechtlich relevante haftungsbegründende Kausalität annehmen zu können; ein Vollbeweis für die Kausalität, wie er sinngemäß von der Beklagten als erforderlich angenommen wird, ist nicht erforderlich. Dagegen geht der Senat mit Sicherheit davon aus, dass eine Krafteinwirkung auf das Halsmark stattgefunden hat. Dies folgert der Senat aus dem festgestellten Unfallhergang mit Sturz auf die Gesichtshälfte, dem Befund über den Ventralversatz HWK 3 gegenüber HWK 4 und dem hierzu passenden Beschwerdeverlauf.

Der Senat konnte auch eine spontane Ausbildung der Myelomalazie, wie sie Prof. Dr. S./Dr. B. stillschweigend angedeutet und Dr. M. diskutiert hatten, nicht annehmen. Zwar hat Dr. M. es für denkbar gehalten, dass sich bei hochgradiger Spinalkanalstenose cervical auch ohne äußere Krafteinwirkung eine Myelomalazie entwickeln kann und der zuletzt von der Beklagten eingeschaltete handchirurgische Beratungsarzt Dr. G. hat nicht angeben können, ob bei einer solchen Form der hohen Spinalkanalstenose Myelomalazien spontan auftreten bzw. wie häufig und ob der in Frage stehende Unfallhergang mit den initial bestehenden Beschwerden den typischen Zeitverlauf der traumatischen Myelonkontusion bei vorbestehender Enge aufzeigt. Doch konnte der Senat mit dem Gutachter Dr. M. eine so stark vorgeschädigte Wirbelsäule, dass jede Alltagsbelastung bereits - fiktiv - zum Eintritt des Gesundheitsschadens geführt hätte, gerade nicht feststellen. Insoweit ist bei der Beurteilung einer Gelegenheitsursache darauf abzustellen, ob auch bei einem Austausch des tatsächlichen Ereignisses durch ein alltägliches Ereignis (zur Austauschbarkeit vgl. BSG 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [BSGE 96, 196-209](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) = juris RdNr. 15) der Gesundheitsschaden eingetreten wäre.

Zwar ist es mit Dr. M. einleuchtend, dass aufgrund der vorliegenden hochgradigen Spinalkanalstenose der Boden für die Schädigung im Bereich des Rückenmarks gelegt wurde. Insoweit hat Dr. M. auch ausgeführt, dass die spontane anlasslose Verursachung zwar denkbar ist, jedoch genauso zu keiner spontanen Myelomalazie führt. Dass aber die hochgradige Spinalkanalstenose bereits so stark ausgeprägt war, dass die Schädigung im Bereich des Rückenmarks spontan bzw. zufällig und ohne von außen kommende Krafteinwirkung auftreten konnte, konnte der Senat nicht feststellen. Zwar konnte der Senat erhebliche Gesundheitsstörungen im betroffenen Bereich der HWS feststellen. Diese aufgrund der frühkindlich aufgetretenen Rachitis erworbenen Störungen ergeben sich nicht nur aus den Gutachten von Prof. Dr. S./Dr. B., Prof. Dr. F. und Dr. M., sondern auch aus den Gutachten von Dr. H./Dr. G. vom 15.08.1997 (Blatt 201/214 der Beklagtenakte) und Dr. K./Dr. B.e vom 23.09.1997 (Blatt 215/225 der Beklagtenakte). Jedoch konnte der Senat diesen ärztlichen Dokumenten keine Verletzung des Rückenmarks entnehmen. Ebenso wenig konnte der Senat aus diesen Unterlagen und auch nicht aus den später angefertigten und vorliegenden ärztlichen Unterlagen eine so starke Schädigung der Wirbelsäule durch Ventralversatz HWK 3 gegenüber HWK 4 mit hieraus resultierender hochgradiger Spinalkanalstenose, dass jede Alltagsbelastung ebenso eine Rückenmarksverletzung auslösen könnte. Die insoweit von Dr. M. und Dr. B./Prof. Dr. S. dargestellte Möglichkeit verbleibt daher lediglich im theoretischen, bloß denkbaren Bereich. Das genügt aber zur Feststellung eines zur Annahme einer Gelegenheitsursache ausreichend starken Vorschädigung noch nicht. Damit kommt im Verhältnis dieser lediglich denkbaren Möglichkeit zu der konkret am 14.06.2011 aufgetretenen Krafteinwirkung letzterer, mithin dem Unfallereignis, wesentliche Bedeutung zu.

Konnte der Senat aber eine so stark vorgeschädigte HWS, dass der Eintritt einer Myelomalazie lediglich vom Zufall abhängt, mithin eine Gelegenheitsursache nicht feststellen, geht der Nachteil aus der Nichtbeweisbarkeit des Umfangs des vorbestehenden Gesundheitsschadens als Grundlage der Annahme einer Gelegenheitsursache, der im Vollbeweis festzustellen ist, zu Lasten der Beklagten (vgl. Senatsurteil vom 01.07.2011 - [L 8 U 197/11](#) -, juris, www.sozialgerichtsbarkeit.de)

Der Senat hat daher festgestellt, dass der Kläger am 14.06.2011 im Rahmen der versicherten Tätigkeit auch auf die rechte Gesichtshälfte gefallen ist. Dies hat zu einer geeigneten Unfalleinwirkung i.S. einer Krafteinwirkung auf das Halsmark geführt. Diese Einwirkung auf das Mark der HWS hat beim Kläger als Gesundheitserstschaden eine Myelomalazie mit nachfolgender inkompletter Tetraparese hervorgerufen. Darüber hinaus konnte der Senat feststellen, dass dieser Arbeitsunfall hinreichend wahrscheinlich wesentliche Ursache der Myelomalazie mit nachfolgender inkompletter Tetraparese ist. Diese ist daher Folge des Arbeitsunfalles.

Der Senat war auch nicht im Hinblick auf die zuletzt von der Beklagten vorgelegte Anregung des Beratungsarztes Dr. G. zu einer weiteren

Beweisaufnahme verpflichtet. Dr. G. hat als Handchirurg darauf verwiesen, dass ihm die Kenntnis, ob bei der vorliegenden Form der hohen Spinalkanalstenose Myelomalazien spontan und ggf. wie häufig auftreten und ob der in Frage stehende Unfallhergang mit den initial bestehenden Beschwerden hier den typischen Zeitverlauf der traumatischen Myelonkontusion bei vorbestehender Enge aufzeigt, fehlt. Insoweit hat er die Einholung eines freien wissenschaftlich differenziert begründeten Gutachtens durch einen ausgesprochen erfahrenen Neurochirurgen, am besten an einer Universität lehrend/der hier ausgewiesene Kenntnisse besitzt, empfohlen. Dass der Beratungsarzt, der von der Beklagten eingeschaltet wurde, ein Fachgebiet abdeckt, das die vorliegend zu beurteilenden Gesundheitsstörungen nicht umfasst und der auch nicht zumindest Sozialmediziner ist (vgl. Blatt 144 der Senatsakte), führt nicht dazu, dass der Senat die vom Beratungsarzt eingeräumte fehlende Sachkunde zum Anlass nehmen müsste, von Amts wegen ein Gutachten einzuholen. Mit Prof. Dr. S. und Dr. B., letzterer als Privatdozent und auf das Gebiet der Querschnittslähmung spezialisiert, hat die Beklagte bereits bei spezialisierten Universitätslehrern Gutachten eingeholt. Auch Dr. M., der als Leiter des Zentrums für Wirbelsäulenchirurgie der BG-Klinik L. tätig ist, verfügt über die praktische und theoretische Erfahrung zur Beurteilung der vorliegenden Gesundheitsstörungen und deren Ursachen auch unter unfallversicherungsrechtlichen Aspekten. Vor diesem Hintergrund erscheint die Anregung von Dr. G. eher auf wissenschaftliche Aufarbeitung einer bloß theoretisch denkbaren Möglichkeit der spontanen Myelopathie gerichtet, als auf vertiefte Sachverhaltsaufklärung im konkreten Fall. Diesem Begehren musste der Senat aber nicht nachkommen.

Der Senat erachtete die in Frage stehenden Umstände soweit entscheidungserheblich, durch die vorliegenden Gutachten als bereits umfassend geklärt.

Soweit in der mündlichen Verhandlung hilfsweise die Einholung einer ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme von Dr. M. unter Vorlage der bildgebenden Diagnostik der Gutachten aus den Jahren 1997/1999 begehrt wurde, musste der Senat auch dem nicht nachkommen. Dr. M. hatte bereits versucht, diese Bilder zu erhalten, wie sich aus Seite 18 seines Gutachtens ergibt (Blatt 101 der Senatsakte). Das damals untersuchende Krankenhaus hat mitgeteilt, dass Bilder nicht archiviert seien. Auch hatte die damalige Begutachtung einholende BG (Blatt 201 der Beklagtenakte) bereits mitgeteilt, die wesentlichen Unterlagen übersandt zu haben. Nachdem die Beklagte auch in der mündlichen Verhandlung nicht dargelegt hat, wo diese bisher unauffindbaren Bilder zu beschaffen seien, musste der Senat Dr. M. nicht erneut zur Auswertung solcher Bilder befragen. Auch waren im Gutachten von Dr. M. keine Fragen offen geblieben. Solche hat auch die Beklagte im Hinblick auf das Gutachten von Dr. M. nicht vorgetragen.

Soweit die Beklagte auch beantragt hatte, hilfsweise ein neurochirurgisches Gutachten einzuholen, musste der Senat auch diesem Antrag nicht nachkommen. Der Senat hatte von Amts wegen Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachten bei einem auf Wirbelsäulenerkrankungen und Querschnittslähmungen spezialisierten Arzt, der Leiter der Sektion Wirbelsäulenchirurgie einer BG-Klinik ist. Welche höhere Fachkompetenz zur Beurteilung der vorliegend relevanten Gesundheitsstörungen dem gegenüber ein Neurochirurg hat, konnte die Beklagte nicht darlegen, zumal sie selbst im Verwaltungsverfahren u.a. Gutachten von Prof. Dr. S./Dr. R., die selbst in der BG-Klinik U. in der Abteilung für Querschnittsgelähmte/Bereich Wirbelsäulenchirurgie tätig sind, eingeholt hat und gerade nicht von Neurochirurgen ein solches hat erstellen lassen hat. Auch der Senat konnte im Hinblick auf die entscheidungserheblichen Fragen zur traumatisch bedingten Verletzung des HWS-Marks nicht feststellen, dass ein Neurochirurg bessere Kenntnisse über den Eintritt eines Gesundheitsschadens, die Einwirkung, die Kausalität sowie die Schadensfolgen bezüglich der vorliegenden Erkrankung hätte. Damit hat der Senat bereits alle Beweismöglichkeiten ausreichend ausgeschöpft und konnte auf Grundlage der vorliegenden schlüssigen Gutachten entscheiden.

2. Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 SGB VII](#)), d.h. es ist eine abstrakte Bewertung der verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Arbeitsmarkt vorzunehmen und nicht allein auf die Einschränkungen am konkreten Arbeitsplatz abzustellen. Die Bemessung der MdE ist vom Gericht als Tatsachenfeststellung gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung zu treffen. Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 2](#); BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#), S 36 m.w.N.). Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder 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 geschätzt werden (BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#)). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind deshalb 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 (BSG aaO; zuletzt BSG Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R - SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)).

Neben diesen auf tatsächlichem Gebiet liegenden Umständen für die Bemessung der MdE sind aus der gesetzlichen Definition der MdE sowie den Grundsätzen der gesetzlichen Unfallversicherung fließende rechtliche Vorgaben zu beachten (BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 2](#)). Bestanden bei dem Versicherten vor dem Versicherungsfall bereits gesundheitliche, auch altersbedingte Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit (sog. Vorschäden), werden diese nach der ständigen Rechtsprechung des BSG und der einhelligen Auffassung in der Literatur für die Bemessung der MdE berücksichtigt, wenn die Folgen des Versicherungsfalles durch die Vorschäden beeinflusst werden. Denn Versicherte unterliegen mit ihrem individuellen Gesundheitszustand vor Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung (BSG a.a.O. m.H.a.: [BSGE 63, 207](#), 211, 212 = [SozR 2200 § 581 Nr. 28](#); Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, Stand: 2006, § 56 RdNr 10.5; Kranig in Hauck/Noftz, SGB VII, Stand: 2006, K § 56 RdNr 42 m.w.N.). Dies verlangt [§ 56 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#), wonach die "infolge" des Versicherungsfalles eingetretene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens und die dadurch verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens maßgeblich sind.

Grundsätzlich ist der Grad der MdE aus den festgestellten Funktionsbehinderungen abzuleiten, wobei als Maßstab Einschränkungen der Bewegungsmaße und durch neurologische Ausfälle bedingte funktionelle Beeinträchtigungen in Betracht kommen. Vorliegend konnten Prof. Dr. S. und Dr. B. für die Funktionsstörungen am Kniegelenk links eine MdE von 20 v.H. angeben. Diese war von den Beteiligten akzeptiert worden; der Senat konnte nach eigener Prüfung keine höhere Einzel-MdE insoweit feststellen.

Hinsichtlich der MdE-Bewertung der Myelopathie mit einhergehender inkompletter Tetraparese ergibt sich aus der unfallversicherungsmedizinischen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Seite 475) folgende Anhaltspunkte: - Vollständige Halsmarkschädigung mit vollständiger Lähmung von Körperstamm und Beinen sowie Blasen- und Mastdarmmentleerungsstörungen: 100 - Unvollständige Halsmarkschädigung mit ausgeprägten motorischen und sensiblen Defiziten sowie Blasen- und Mastdarmmentleerungsstörungen: 80-100 - Unvollständige Halsmarkschädigung mit mäßigen motorischen und sensiblen Defiziten sowie Blasen- und Mastdarmmentleerungsstörungen: 60-80

Die MdE-Einschätzung erfolgt insoweit in Abhängigkeit vom Lähmungsniveau, -ausmaß und der hieraus resultierenden Funktionsstörungen. Weil der Umfang einer Blasen- und Mastdarmmentleerungsstörung besonderen Einfluss auf die MdE-Bewertung hat (Schönberger et al., a.a.O. Seite 474), beim Kläger aber solche Blasen- und Mastdarmmentleerungsstörungen nicht bestehen sind diese Ansätze vorliegend zu reduzieren.

Beim Kläger bestehen durch die Beschädigung des Rückenmarks im Rahmen der Myelopathie mit nachfolgender inkompletter Tetraparese Bewegungseinschränkungen sowie Gefühlsminderungen im Bereich der oberen und unteren Extremitäten. Dies konnte der Senat auf Grundlage des Gutachtens von Dr. M. feststellen. Im Bereich der Schulter ist eine aktive Hebung unter Seitwärtsführung nur noch andeutungsweise möglich (rechts bis 20o, links bis 40o). Eine Rückwärtsführung der Arme ist aktiv nicht möglich, die Vorwärtsführung gelingt beidseits bis 30o. Im Übrigen sind auch in der Ellenbogen und Handbeweglichkeit erhebliche Bewegungseinschränkungen vorhanden (dazu vgl. Gutachten Dr. M., Seite 13 = Blatt 96 der Senatsakte). Arme und Beine haben keine Kraft mehr. An- und Auskleiden gelingt nicht mehr selbständig (vgl. Gutachten Dr. M.). Zur Fortbewegung benötigt er einen elektrischen Rollstuhl, der mit der linken Hand gesteuert wird (Gutachten Dr. M.). Dieser Zustand konnte der Senat ab dem Tag der Untersuchung bei Dr. M. am 25.05.2016 feststellen. Vor dem Hintergrund fehlender Blasen- und Mastdarmmentleerungsstörungen konnte der Senat unter Einschluss der für die Funktionsbeeinträchtigung des linken Kniegelenks angenommenen Einzel-MdE-Wertes mit Dr. M. eine Gesamt-MdE von 70 v.H. annehmen. Insoweit entspricht der Gesamtwert der Funktionsbeeinträchtigungen einer unvollständigen Halsmarkschädigung mit ausgeprägten motorischen und sensiblen Defiziten (Bewertungsstufe MdE 80-100), die lediglich mangels Blasen- und Mastdarmmentleerungsstörungen niedriger, mithin im mittleren Bereich für unvollständige Halsmarkschädigung mit ausgeprägten motorischen und sensiblen Defiziten und Blasen- und Mastdarmmentleerungsstörungen, zu bewerten waren. Für die Zeit zuvor, nämlich ab Beginn der Rente, den die Beklagte zutreffend am 21.12.2012, dem Tag bis zu dessen Vortag Verletztengeld gezahlt worden war, angenommen hatte, bis zum 24.05.2016 war die Gesamt-MdE mit 30 v.H. zu beurteilen. Insoweit liegen die von Prof. Dr. S., Dr. B./Prof. Dr. S. im Sommer 2012 und vom Prof. Dr. F. im Jahr 2014 erstellten Gutachten vor. Darüber hinaus liegen die Zwischenberichte von Dr. S. vom 25.10.2012 (Blatt 329 der Beklagtenakte: Treppensteigen erschwert) und Dr. B. vom 19.12.2012 (Blatt 374/375 der Beklagtenakte), ein Gutachten von Prof. Dr. K. vom 11.01.2013 (Blatt 376/378 der Beklagtenakte: Gehfähigkeit mit zwei Unterarmgehstützen, Standvaria nicht möglich. Beweglichkeit der oberen Extremitäten) zur Beurteilung der Eignungsprüfung nach der FEV (Führerscheinklasse B), der Zwischenbericht von Dr. S. vom 27.03.2013 (Blatt 392 der Beklagtenakte: weiter Instabilitätsgefühl, kann sich wegen HWS-Problematik nur noch im Rollstuhl fortbewegen), der Besuchsbericht der Berufshilfe vom 02.01.2013 (Blatt 359/360 der Beklagtenakte: Gangbildstörung bei Tetraspastik. Im häuslichen Bereich an zwei Unterarmgehstützen mobil für Strecken außer Haus benötigt er einen Rollstuhl), das 2. Rentengutachten von Prof. Dr. S./Dr. B. vom 06.02.2014 (Blatt 40/43 der SG-Akte: kann stockend über den Stand vom Rollstuhl zur Untersuchungsliege wechseln; aktives Bewegen der Beine gelingt) sowie die Auskünfte im Berufungsverfahren von Dr. R. und Dr. B. vor. Im Gutachten von Prof. Dr. S. ist beschrieben, dass der Kläger noch mit Unterarmgehstützen beweglich ist, wobei er den rechten Fuß über den Boden schleift und das Erklimmen der 4 cm hohen Bodenwaage nicht gelang (Blatt 293 RS der Beklagtenakte). Bei der Begutachtung durch Prof. Dr. S. und Dr. B. im Jahr 2012 konnte der Kläger dann vom Rollstuhl selbständig über den Stand auf die Untersuchungsliege wechseln. Arme und Beine waren dabei in weitergehendem Umfang beweglich als im Jahr 2016 bei Dr. M. ... Vor diesem Hintergrund konnte der Senat in der Zeit vom 21.12.2012 bis zum 24.05.2016 keine ebenso hohe MdE wie danach annehmen, denn ebenso gravierende Beeinträchtigungen wie von Dr. M. am 25.05.2016 festgestellt konnten in dieser Zeit nicht objektiviert werden. Für diese Zeit hatte Dr. M. eine Gesamt-MdE unter Einschluss der Funktionsbehinderungen des linken Kniegelenks von 60 v.H., Prof. Dr. S./Dr. B. eine Gesamt-MdE von 30 v.H. vorgeschlagen (Gutachten vom 17.07.2012, Blatt 298/309 der Beklagtenakte). Im Hinblick auf die zumindest teilweise erhaltene Fähigkeit zum Gehen mit 2 Unterarmgehstützen und der im Verhältnis zu den bei der Untersuchung durch Dr. M. erhobenen Befunden deutlich besseren Beweglichkeit des Klägers und fehlenden Gefühlsminderungen, beides sowohl was die oberen als auch die unteren Extremitäten betrifft, konnte sich der Senat für die Zeit bis 24.05.2016 lediglich von einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit um 30 v.H. überzeugen.

Auch hinsichtlich der Bewertung der MdE konnte sich der Senat auf die vorliegenden Gutachten stützen und musste keine weitergehende Beweisaufnahme durchführen (dazu vgl. bereits oben).

3.

Vor diesem Hintergrund hat die Berufung des Klägers vollen Erfolg, da der Kläger die Verurteilung zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 30 v.H. beantragt hatte. Der Senat hat daher dem Antrag entsprechend über den Mindestsatz zur Gewährung einer Rente nach 30 bzw. 70 v.H. hinaus verurteilt.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-11-07