

TE Vwgh Erkenntnis 2004/3/24 99/12/0162

JUSLINE Entscheidung

⌚ Veröffentlicht am 24.03.2004

Index

L24009 Gemeindebedienstete Wien;
001 Verwaltungsrecht allgemein;
10/07 Verwaltungsgerichtshof;
40/01 Verwaltungsverfahren;
66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz;
67 Versorgungsrecht;

Norm

ASVG §175 impl;
AVG §37;
AVG §39 Abs2;
HVG §4 Abs1;
UFG Wr 1967 §1;
UFG Wr 1967 §2 Z10;
VwGG §41 Abs1;
VwRallg;

Beachte

Miterledigung (miterledigt bzw zur gemeinsamen Entscheidung verbunden): 99/12/0163

Betreff

Der Verwaltungsgerichtshof hat durch den Vorsitzenden Senatspräsident Dr. Höß und die Hofräte Dr. Zens, Dr. Schick, Dr. Hinterwirth und Dr. Pfiel als Richter, im Beisein des Schriftführers Mag. Lamprecht, über die Beschwerden des Dr. S in W, vertreten durch Dr. Michael Brunner, Rechtsanwalt in Wien 1., Wollzeile 6-8, gegen die Bescheide der Rentenkommission der Stadt Wien vom 19. April 1999, 1.) Zl. MA 2/47/94 (hg. Zl. 99/12/0162), und 2.) Zl. MA 2/48/94 (hg. Zl. 99/12/0163), betreffend Versehrtenrente (bzw. Versehrtengeld) nach dem Wiener Unfallfürsorgegesetz 1967 (im Folgenden: UFG 1967), zu Recht erkannt:

Spruch

Die Beschwerden werden als unbegründet abgewiesen.

Der Beschwerdeführer hat der Bundesstadt Wien Aufwendungen in der Höhe von jeweils EUR 381,90 (zusammen daher EUR 763,80) binnen zwei Wochen bei sonstiger Exekution zu ersetzen.

Begründung

Der 1950 geborene Beschwerdeführer stand zunächst als Vertragsbediensteter in einem privaten, vom 1. Dezember 1988 bis zu seiner Ruhestandsversetzung mit 1. Juli 1992 in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis zur Stadt Wien. Er war im Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst tätig. Daneben führte er eine Facharztordination als Chirurg.

1953 machte er eine Poliomyelitis (Kinderlähmung) durch, wovon Spätfolgen (leichte Deformierung und Verkürzung des linken Beines) zurückblieben. Am 19. September 1987 wurde sein linker Unterschenkel anlässlich eines beruflichen Einsatzes im Rettungswagen eingeklemmt und dabei seine Kniescheibe verrenkt. Das Vorliegen eines Arbeitsunfalles ist unstrittig. Nach eigenen Angaben hat der Beschwerdeführer die Verrenkung selbst reponiert und sich in die Ambulanz eines Wiener Krankenhauses begeben, wo eine elastische Binde angelegt wurde. Im Ambulanzprotokoll findet sich die Diagnose: "Zustand nach Kniescheibenverrenkung links".

Der Befund lautete: "Patient kommt hinkend in die Ambulanz. Beugung schmerzbedingt stark eingeschränkt, keine weitere Knieuntersuchung." Ein Röntgenbefund des linken Kniegelenks und der linken Kniescheibe ergab keinen Anhaltspunkt für eine frische knöcherne Verletzung, stellte jedoch im tangentialen Kniescheibenröntgen links im Bereich des medialen Randes eine Verschattung fest. Unter der Rubrik "Behandlung" wird ausgeführt:

"Selbstreposition, Rosidalbinde, weitere Therapie wird vom Pat. selbst durchgeführt."

Diese umfasste das Anlegen eines Genutrains (elastische Knieschienung), eine Punktions- und Infusionsbehandlung. Der Beschwerdeführer übte seinen Beruf zunächst weiter aus. Wegen zunehmender Beschwerden wurde er am 4. Jänner 1988 operiert, wobei arthroskopisch ein Knorpelfragment von der Hinterseite der Kniescheibe entfernt wurde. Der postoperative Verlauf war normal. Er war ab diesem Tag im Krankenstand, ging entlastend und nahm am 16. Februar 1988 seinen Dienst wieder auf.

Am 3. Mai 1989 verletzte sich der Beschwerdeführer bei einem beruflichen Einsatz im Rettungswagen infolge Sturzes bei einer Notbremsung erneut am linken Knie. Er wurde ambulant behandelt, wobei im Ambulanzprotokoll die Diagnosen Schädelprallung, schwere Prellung der linken Schulter und Prellung des linken Kniegelenks festgestellt wurden. Ein Röntgen von Schädel, Schulter und linkem Knie zeigte keinerlei Hinweis auf eine knöcherne Verletzung. Empfohlen wurden eine lokale analgetische Therapie, Schonung und Kontrolle bei Beschwerden.

Am 26. Juli 1989 stürzte der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben (die Meldung eines Dienstunfalles ist unterblieben) in der Rettungszentrale über die Stiegen, weil sein linkes Knie durch die beiden Vorfälle instabil geworden sei. Dies habe eine schmerzhafte Schwellung sowie Abschürfungen zur Folge gehabt. Der Beschwerdeführer wurde in der Folge umfänglich - auch operativ - behandelt. Aktenkundig ist weiters eine Verletzung des linken Kniegelenks bei einem Raufhandel am 9. August 1989.

Der Unfall vom 19. September 1987 wurde mit Bescheid der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt vom 7. Dezember 1988 als Arbeitsunfall anerkannt, für den dem Beschwerdeführer bis 31. Mai 1988 eine Versehrtenrente zuerkannt wurde. Ein vom Beschwerdeführer bei den ordentlichen Gerichten durchgeführtes Leistungsstreitverfahren blieb erfolglos (Urteil des Arbeits- und Sozialgerichtes Wien vom 5. März 1993, 25 Cgs 1003/89; Urteil des Oberlandesgerichtes Wien vom 29. Oktober 1993, 34 Rs 64/93). Das vom Sachverständigen Dr. H am 8. Mai 1991 über Auftrag des Arbeits- und Sozialgerichtes Wien im Verfahren des Beschwerdeführers gegen die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt - betreffend den Arbeitsunfall vom 19. September 1987 - vorgelegte Gutachten hat - auszugsweise - folgenden Inhalt:

JETZIGE BESCHWERDEN

Der Kl. gibt über Befragen an, er habe Schmerzen im linken Knie, auch Ruheschmerz, das Steigensteigen sei schmerhaft, er könne links nicht knien, nicht hocken, längeres Sitzen und längeres Gehen sei schmerhaft.

KLINISCHER STATUS

40 jähriger, groß gewachsener Mann in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Gang entsprechend der durchgemachten Polio in der Kindheit mit angedeuteter Fußheberschwäche links. Aus- und Ankleiden selbstständig und flüssig.

Linke UE mit Vergleich

Keine Rötung, Schwellung, Erguss oder sonstige akut entzündliche Zeichen im Bereich der Gelenke, die Konturen der

Kniegelenke erhalten, links lateral der Kniescheibe eine leicht bogig verlaufende blonde und indolente Narbe nach dem operativen Eingriff vom 16.9.1989 (s.o.), blonde und indolente Narben nach Arthroscopien. Die Muskulatur links kaum merklich verschmächtigt, St. p. Polio, die Hüftbeweglichkeit bds. in allen Funktionen frei, Kniebeweglichkeit 0-0-125, rechts 0-0-135, beidseits feines patellofemurales Reiben, links mehr als rechts, die Patella bds. gut verschieblich, mäßig positiver Anpressschmerz links, keine Meniscuszeichen, die Seitenbandapparate bds. fest, keine Schublade, die Beweglichkeit der Sprunggelenke frei, so auch die Fuß- und Zehengelenke, Ödeme fehlen, die Pulse bis in die Peripherie tastbar.

BEWERTUNG

Nach Verrenkung der linken Kniescheibe, dabei erfolgter Absprengung eines flachen Knorpelstückes von der Hinterseite der Kniescheibe, späterer arthroskopischer Entfernung desselben, weiteren erlittenen Traumen im linken Kniebereich mit nachfolgenden operativen bzw. arthroskopischen Eingriffen bestehen beim Kläger subjektive Beschwerden, jedoch auch jetzt keine wesentliche funktionelle Einschränkung. Die MdE beträgt 10 %."

In der mündlichen Verhandlung vor dem Arbeits- und Sozialgericht Wien (am 3. November 1992) gab der Sachverständige Dr. H - nach den Unfällen vom 3. Mai und 26. Juli 1989 befragt - an, dass diesbezüglich keine Einschränkungen, die in einer MdE zu fassen wären, verblieben seien. Es sei auch nichts Ungewöhnliches, dass Knorpelschäden in einem poliogeschädigten Knie auftreten. Solche wie hier würde er in allen poliogeschädigten Beinen sehen.

In seinem in diesem Verfahren vom Beschwerdeführer vorgelegten Gutachten vom 6. Februar 1992 (dem die Gerichte letztlich nicht folgten) kam Prim. DDr. J. zu dem Ergebnis, dass die im Bereich des linken Kniegelenkes des Beschwerdeführers festgestellten Schäden einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 % entsprechen. Das Gutachten lautet (auszugsweise):

"Status localis:

Der Patient geht mit einem starken Schonhinken links, er belastet das linke Knie im durchgestreckten Zustand. Die Muskulatur des Oberschenkels links ist verschmächtigt. Der Umfang beträgt (10 cm oberhalb des oberen Randes der Patella) links 50 cm, rechts 53 cm. Unterschenkelumfang links 42,5 cm, rechts 43,5 cm. Lateral der Patella befindet sich eine 9 cm lange, bogenförmige, reizlose Narbe, medial der Patella Einstichstellen nach Arthroskopie bzw. Drainage. Die passive Beugung des Kniegelenkes ist schmerhaft, es lässt sich aber eine Beugung bis 135 Grad erzielen. Der Patellarand ist sehr druckschmerhaft, vorwiegend lateral im Bereich des Release. Es findet sich ein Lateralshift der Patella bei Anspannen der Muskulatur. Die Seitenbänder sind stabil, die Kreuzbänder fest.

Weiters findet sich eine Beschwielung über der Strecksehne der Großzehe durch die Exposition der sehr kräftigen Extensor hallicus longus - Sehne im Schuh bei fehlender Tibialis anterior - Funktion auf dieser Seite. Die Patella selbst ist sehr gut nach medial und lateral verschieblich, Vastus medialis und lateralis sind gut ausgebildet, wenngleich schwächer als die Gegenseite.

Der Patient gibt ein gelegentliches Steckenbleiben des Kniegelenks an, das zu starken Schmerzen führt, die bis zu 1/2 Stunde anhalten. Bei Belastung treten Ergussbildungen auf. Es bestehen am Bein keine Dystrophiezeichen.

Bei der passiven Bewegung des Kniegelenkes in die Streck- und Beugestellung ist mit aufgelegter Hand ein Knirschen und intensives Knarren zu verspüren, entsprechend einer Arthrose II-III. Auf Grund der Anamnese, der erlittenen Verletzungen und therapeutischen Sanierungsmaßnahmen, sowie der am 16.1.1992 durchgeföhrten Untersuchung muss festgestellt werden:

Es handelt sich um ein durch eine abgelaufene Poliomyelitis und deren Folgezustände geschädigtes Kniegelenk, das in seiner Funktion beträchtlich beeinträchtigt ist, da das erkrankte Bein um 6 cm kürzer ist als die gesunde andere Extremität und daher einer unphysiologischen Belastung ausgesetzt ist. Sicher hätte sich dadurch auch an diesem vorgeschädigten Gelenk im Laufe der Zeit eine Arthrose ausgebildet. Der derzeitige Grad der vorliegenden Arthrose ist aber neben dem zuletzt beschriebenen Umstand darauf zurückzuföhren, dass dieses Kniegelenk dreimal erheblichen Verletzungen ausgesetzt war. Es liegt eine Gonarthrose II-III (mittelschwer) vor. Auf Grund dieser Gonarthrose und wegen der von der Poliomyelitis herrührenden Folgezustände ist der Beschwerdeführer nicht mehr im Stande, seinen Dienst bei der Wiener Rettung mit 24-stündiger Dauer zu leisten. Mit einem derartig geschädigten Bein kann er wohl

befristete berufliche Verrichtungen durchführen, wobei jedoch in der Zwischenzeit immer wieder Erholungsphasen eingeschlossen werden müssen. Eine Dauerbelastung würde den Zustand des bereits erheblich geschädigten Kniegelenkes wesentlich verschlechtern.

Die derzeit auf Grund der Untersuchung festgestellten Schäden im Bereich des linken Kniegelenks entsprechen nach der Gliedertaxe einer Invalidität von 20 %."

Das zu den angefochtenen Bescheiden führende Verwaltungsverfahren, das die Unfälle vom 3. Mai und 26. Juli 1989 betrifft, nahm folgenden Verlauf:

Mit - soweit aktenkundig amtswegig ergangenem - Bescheid vom 11. Februar 1994 stellte der Magistrat der Stadt Wien gemäß § 7 Abs. 6 UFG fest, dass der Beschwerdeführer I.) am 3. Mai 1989 um 19 Uhr 15 dadurch einen Dienstunfall erlitten habe, dass er bei einer Reanimation im Rettungswagen das Gleichgewicht verloren und durch den Wagen gestürzt sei, und dass ihm II.) als Folge nach diesem Dienstunfall eine Versehrtenrente gemäß § 36 bzw. § 7 UFG nicht gebühre. Ein Versehrtengeld gemäß § 16 UFG werde nicht zuerkannt.

In der Begründung führte die Behörde aus, dass auf Grund der durch die Dienststelle des Beschwerdeführers erstatteten Unfallanzeige und der Erhebungen feststehe, dass der Beschwerdeführer den oben beschriebenen Unfall erlitten habe und dass derselbe einen Dienstunfall im Sinne des § 2 Z 10 UFG darstelle. Durch die Folgen dieses Unfalles allein sei seine Erwerbsfähigkeit nicht über drei Monate nach dem Zeitpunkt des Eintrittes der Versehrtheit hinaus um mindestens 20 v.H. vermindert gewesen. Auch hätte sich aus dem Zusammenwirken des Dienstunfalles vom 3. Mai 1989 und des "ASVG-Arbeitsunfalles" vom 19. September 1987 seit 3. Mai 1989 insgesamt keine gemeinsame Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 v.H. ergeben. Dies gehe aus dem Verfahren 25 Cgs 1003/89 des Arbeits- und Sozialgerichtes Wien hervor, das sich auf den Unfall vom 19. September 1987, der seitens der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, Landesstelle Wien, als Arbeitsunfall nach dem ASVG anerkannt worden sei, beziehe (insbesondere Sachverständigengutachten von Dr. H.). Diese Auffassung sei vom Beschwerdeführer im Zuge des Gerichtsverfahrens offenbar geteilt worden, weil er im Verhandlungsprotokoll vom 24. Oktober 1989 den Unfall vom 3. Mai 1989 selbst als geringfügig bezeichnet habe. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit, die drei Monate über den Unfall hinaus mindestens 20 v.H. betrage, sei aber Voraussetzung für den Anspruch auf Versehrtenrente bzw. für die Zuerkennung von Versehrtengeld.

Mit Bescheid vom 14. Februar 1994, zugestellt am 24. Februar 1994, stellte der Magistrat der Stadt Wien fest, dass der Beschwerdeführer am 26. Juli 1989 keinen Dienstunfall gemäß § 2 Z 10 des UFG 1967 erlitten habe. In der Begründung führte er dazu im Wesentlichen aus, dass der Beschwerdeführer am 2. März 1990 bekannt gegeben habe, am 26. Juli 1989 einen Unfall im Zuge seines Dienstes erlitten zu haben. Dieser Unfall habe sich in der Rettungszentrale ereignet, die der Beschwerdeführer aufgesucht habe, weil er von Dr. Se (seinem Vorgesetzten) dorthin beordert worden sei. Im Zuge des von der Behörde hiezu eingeleiteten Ermittlungsverfahrens habe sich allerdings herausgestellt, dass Dr. Se am 26. Juli 1989 keinen Dienst gehabt habe. Dieser sei selbst zu dem Vorfall befragt worden und habe in Abrede gestellt, den Beschwerdeführer am 26. Juli 1989 zu sich beordert zu haben. Der genannte Arzt könne sich an ein derartiges Ereignis nicht erinnern, sodass davon auszugehen sei, dass auch keine Datumsverwechslung vorliege. Ferner sei dem genannten Gerichtsakt betreffend den Arbeitsunfall vom 19. September 1987 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 27. Juli 1989 einen (vermutlich den gegenständlichen) Dienstunfall erlitten haben soll. Auch damit könne der vom Beschwerdeführer mittels Niederschrift vom 2. März 1990 gemeldete Unfall offenbar nicht gemeint sein, weil zufolge des entsprechenden Dienstplanes der Rettung, bei der der Beschwerdeführer damals Dienst versehen habe, weder er noch Dr. Se am 27. Juli 1989 Dienst gehabt hätten. Für das Nichtvorliegen eines Dienstunfalles nach dem UFG 1967 im Juli 1989 spreche ferner der Umstand, dass diesbezüglich seitens der Dienststelle des Beschwerdeführers keine Unfallanzeige erstattet worden sei, wiewohl dort die Verpflichtung zur Meldung von Dienstunfällen naturgemäß bekannt sei. Möglicherweise liege aber eine Verwechslung mit einem anderen Ereignis vor. Wie das Ermittlungsverfahren nämlich zu Tage gebracht habe, habe der Beschwerdeführer kurz nach dem 26. Juli 1989, und zwar am 9. August 1989, einen Unfall "mit Kniebeteiligung links" erlitten. Nach diesem Unfall habe er sich in ein Krankenhaus begeben, nach dessen Aufzeichnungen dieser Unfall im Zusammenhang mit einer privaten Auseinandersetzung stehe. Es sei daher davon auszugehen, dass zwischen dem Unfall, den der Beschwerdeführer mittels Niederschrift vom 2. März 1990 gemeldet habe, und der sich demnach im Sommer 1989 ereignet habe, und seinem Dienstverhältnis zur Stadt Wien kein zeitlicher, örtlicher und ursächlicher Zusammenhang bestanden habe, weshalb diesbezüglich auch von keinem

Dienstunfall im Sinne des UFG 1967 gesprochen werden könne.

Gegen Spruchpunkt II des Bescheides vom 11. Februar 1994 erhab der Beschwerdeführer am 8. März 1994 Berufung, in welcher er vorbrachte, dass eine Minderung der Erwerbsfähigkeit, die drei Monate über den Unfall hinaus mindestens 20 v.H. betrage (sei es nach einem Dienstunfall nach dem UFG 1967 allein oder im Zusammenwirken zwischen einem Dienstunfall nach dem UFG 1967 und beispielsweise einem Arbeitsunfall nach dem ASVG), Voraussetzung für den Anspruch auf Versehrtenrente bzw. die Zuerkennung von Versehrtengeld sei. Der "ASVG Arbeitsunfall" vom 19. September 1987 und der "UFG Dienstunfall" vom 3. Mai 1989 seien rechtskräftig festgestellt worden. Er habe am 26. Juli 1989 einen weiteren Dienstunfall erlitten und gegen den diesbezüglich abweisenden Bescheid vom 14. Februar 1994 Berufung eingebbracht. Um Wiederholungen zu vermeiden, erhebe er seine dortigen Ausführungen und Begründungen zur Begründung dieser Berufung und führe aus, dass er durch den Unfall vom 26. Juli 1989 - wie sich insbesondere aus dem Aktenvermerk vom 26. Juli 1989, aus seiner Aussage und aus der Aussage der Zeugin M ergebe - einen Dienstunfall erlitten habe. Aus dem Zusammenwirken der Arbeits- bzw. Dienstunfälle vom 19. September 1987, vom 3. Mai und vom 26. Juli 1989 ergebe sich somit insgesamt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 v.H., welche über drei Monate nach dem Zeitpunkt des Eintrittes der Versehrtheit hinaus gewirkt habe und noch immer wirke. Diese Minderung der Erwerbsfähigkeit ergebe sich aus dem in erster Instanz durchgeföhrten Ermittlungsverfahren. Univ.-Prof. Dr. K habe in seinem (anlässlich der Ruhestandsversetzung des Beschwerdeführers erstelltem) Gutachten die Kausalität dieser drei Unfälle anerkannt und unter anderem ausgesprochen, dass der Beschwerdeführer seinen Dienst als Rettungsarzt nicht mehr versehen könne. Nach dem Dienstunfall vom 26. Juli 1989 habe sich der Beschwerdeführer - wofür allein schon die beiden früheren Unfälle ausgereicht hätten - in den Krankenstand begeben müssen und sei in weiterer Folge auf Grund seiner Krankheit pensioniert worden. Ihm stehe daher eine Versehrtenrente, in eventu Versichertengeld zu. Außerdem schloss der Beschwerdeführer das im Leistungsstreitverfahren von ihm vorgelegte Gutachten von DDr. J vom 6. Februar 1992 an.

Gegen den Bescheid vom 14. Februar 1994 erhab der Beschwerdeführer am 8. März 1994 Berufung und brachte im Wesentlichen vor, dass die Behörde unrichtigerweise davon ausgehe, dass weder Dr. Se, noch er am 26. Juli 1989 Dienst gehabt hätten und der Unfall von diesem Tag daher nicht als Dienstunfall zu werten sei. Die von der Behörde vorgenommene Beweiswürdigung sei unrichtig, der Sachverhalt sei nur mangelhaft erhoben und einer unrichtigen rechtlichen Beurteilung unterzogen worden.

In dem vom Amtssachverständigen Dr. M im Berufungsverfahren am 2. April 1996 erstellten Gutachten wird zusammenfassend festgehalten, dass nach einer Reihe von Unfalleinwirkungen auf das linke Kniegelenk des Beschwerdeführers bei Vorschäden nach einer Kinderlähmung eine Beugeeinschränkung und verminderte Belastbarkeit durch Gonarthrose (Knorpelabnützungsschaden) des linken Kniegelenkes bestünden. Nach Meinung des Sachverständigen sei es zur Wertung des Gesamtschadens an der linken unteren Extremität erforderlich, alle in den zur Verfügung stehenden Unterlagen dokumentierten Ereignisse aufzulisten und sie in ihrem Stellenwert bei der Entstehung des Schadensbildes zu beleuchten. Grundlage dieser Zusammenschau seien die zur Verfügung gestellten Krankengeschichten und Unterlagen, aber auch die Unfallschadensanzeige des Beschwerdeführers, die eingesehen und bewertet würden. Zunächst müsse auf die vom Beschwerdeführer in der Kindheit, etwa im Alter von drei Jahren, durchgemachte Kinderlähmungserkrankung verwiesen werden. Die bei der Einstellungsuntersuchung am 21. November 1978 beschriebene Beinverkürzung lasse sich aber bei der durch den Amtssachverständigen durchgeföhrten Untersuchung nicht nachmessen. Jedenfalls werde eine Ataxie, also eine Unsicherheit des Gangbildes und eine Deformierung im Fußbereich links beschrieben. Unabhängig von dieser seit der Kindheit vorliegenden Schädigung des linken Beines sei aber diese Veränderung nicht Anlass, die Dienstleistung als Rettungsarzt auszuschließen. Allerdings bestünden nach dieser Nervenerkrankung Muskelathropien (Rückbildung bzw. Schwunderscheinungen der Beinmuskulatur). Insbesondere sei dadurch der vordere Schienbeinmuskel betroffen und es würden eine Fußheberschwäche und eine Spitzfußtendenz durch die Unfähigkeit, den Vorfuß zur Rechtwinkelstellung zu heben, bestehen. Die Folge dieser Veränderungen sei ein verstärkter Hohlfuß und das "Steppergangbild". Anlagebedingt oder auch Überlastungsbedingt bestehe weiters bei dem sehr groß gewachsenen, aber etwas übergewichtigen Beschwerdeführer eine Genusvalgusstellung der Knieachsen (leichte X-Abweichungen). Alle diese Veränderungen könnten für sich isoliert auch ohne ein Unfallereignis in der Anamnese zu einem vorzeitigen Verschleiß, insbesondere bei Übergewichtigkeit, der Knorpelüberzugsflächen des Kniegelenkes führen. Auch wenn sich gegenüber den Vorbefunden sich die Beweglichkeit und Belastungsfähigkeit der linken unteren Extremität erkennbar

verschlechtert hätten, sei doch mit Entschiedenheit darauf hinzuweisen, dass an der linken unteren Extremität einerseits zwar Unfallereignisse stattgefunden, andererseits aber die Auswirkungen dieser Unfallereignisse auf die Entstehung der Gonarthrose nur sehr bedingten Einfluss gehabt, bestenfalls das schicksalhaft vorgezeichnete Krankheitsbild vorübergehend beschleunigt haben würden, aber jedenfalls nicht Ursache dieses Zustandsbildes sein könnten. Schon der vom Arbeits- und Sozialgericht bestellte Sachverständige habe darauf hingewiesen, dass sich eine Gonarthrose durchaus auch ohne jedes Unfallereignis bei einem Kinderlähmungsbein herausbilden könne. Die beiden Unfälle vom 3. Mai und vom 26. Juli 1989, aber auch der Unfall vom 9. August 1989, seien Bagatellunfälle gewesen. Es seien dabei vorwiegend Prellungen aufgetreten, die ohne die bereits bestehende Veränderung am linken Kniegelenk folgenlos geblieben wären. Keinesfalls könnten diese in der schicksalhaften Weiterbildung der Knieabnutzungsveränderung eine ursächliche Komponente darstellen. Praktisch jeder Mensch mit aktiver Lebensführung könne im Laufe seines Lebens stürzen, sich das Kniegelenk anschlagen, gelegentlich auch Hautabschürfungen am Kniegelenk erleiden. Solche Verletzungen könnten während der Sportausübung, bei Wanderungen oder Glatteis auf der Straße, also bei verschiedenen Anlässen stattfinden, ohne dass diese Prellungen des Kniegelenkes deshalb Arthrose bzw. bleibende Veränderungen am Gelenk hervorriefen. Keiner der oben genannten Unfälle habe eine Schädigung hinterlassen, die einer Minderung der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entsprechen würde. Eine getrennte Wertung bzw. Zuordnung der Minderung der Erwerbsfähigkeit zu dem jeweiligen Dienstunfall nach dem UFG 1967 sei daher nicht möglich. Die Unfälle würden auf die schicksalhaft fortschreitende Erkrankung keinen Einfluss haben.

In seiner Stellungnahme vom 29. April 1996 führte der Beschwerdeführer zu diesem Gutachten aus, dass Bagatelltraumen keinen Bluterguss im Gelenk zu Folge hätten, außer es lägen zusätzlich auch Blutgerinnungsstörungen vor, an welchen er aber nicht leide. Bei Blutergüssen im Gelenksinnenraum, die nach dem Trauma vom 26. Juli am 27. Juli 1989 und an den darauf folgenden Tagen abpunktieren worden seien, müsse es sich um eine größere Verletzung gehandelt haben, die in das Gelenk einblutende Blutgefäße eröffnet habe. Ein so genannter Haemarthros entspreche einer großen Kniegelenksverletzung. Als Ursache würden dafür Knorpelbrüche, Kreuzbandrisse und Meniskusrisse in Frage kommen. Zum Zweiten würden Fermente, die im Blut vorhanden seien, die Oberflächenstrukturen des Gelenkknorpels zerstören, sodass bei der Häufigkeit der Ergüsse auch hier anzunehmen sei, dass dies zur Ursachenbildung der Veränderungen des Gelenkknorpels beigetragen habe. Weiters würden schwere Erschütterungsverletzungen der Knie scheibe und des Oberschenkelwiderlagers die Gefügestruktur des knorpeligen Anteils dieses Gelenkes beschädigen, sodass nach einer gewissen Zeit (ein bis drei Monate) eine Degeneration des Knorpelgewebes eintrete. Dieses Krankheitsbild werde als posttraumatische Chondropathie bezeichnet. Die Kinderlähmung mit Muskelathropie, Spitzfußstellung, Zehenheberschwäche und Störung der Muskelbalance mit einer leichten Lockerung in der Scheitelebene betreffe nicht das Knie scheibenobergelenk, das bei ihm verletzt worden sei, sondern das Oberschenkel-Unterschenkelgelenk, welches bei ihm unauffällig gewesen sei, sodass nicht von einer Vorschädigung durch die Kinderlähmung auszugehen sei. Bezuglich des Übergewichtes sei festzuhalten, dass er zum Zeitpunkt der Unfälle sehr wohl ein Ideal- bzw. Normalgewicht gehabt habe (85 kg) und es erst zu einer Gewichtszunahme nach Jahren der eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten gekommen sei. Zudem sei der Krankheitswert einer Erkrankung nur durch das Auftreten von Beschwerden zu qualifizieren. Nach dem Unfall im Jahre 1987 und der Operation im Jahre 1988 habe bis zu den beschwerdegegenständlichen Unfällen Beschwerdefreiheit bestanden, sodass eine "Beamung" 1988 trotz eingehender medizinischer und orthopädischer Untersuchungen problemlos durchgeführt worden sei. Schmerzen seien jedoch erst nach den schweren Dienstunfällen im Mai und Juli 1989 aufgetreten, sodass schon vom zeitlichen Ablauf her nur diese Dienstunfälle dafür verantwortlich gemacht werden könnten und nicht die schicksalhafte Entwicklung einer Summe von Vorschäden. Es seien daher die für die positive Erledigung seiner Berufung negativen Schlussfolgerungen des Sachverständigen unrichtig. Die beschwerdegegenständlichen Unfälle hätten entgegen der Ansicht des Sachverständigen eine Schädigung hinterlassen, die einer Minderung der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entspreche. Die Voraussetzungen nach dem UFG 1967 für die Zuerkennung einer Versehrtenrente und des Versehrtengeldes seien gegeben. Es möge daher der Sachverständige Dr. M mit seiner Stellungnahme konfrontiert werden, wobei ihm der Auftrag erteilt werden möge, ein schriftliches Ergänzungsgutachten zu erstatten. In eventu möge ein weiterer (anderer) medizinischer Sachverständiger mit der Befundaufnahme und Gutachtenserstellung beauftragt werden.

In seinem unfallchirurgischen Ergänzungsgutachten vom 7. Dezember 1996 führt der Sachverständige Dr. M aus, er habe die unfallskausalen Schäden von bereits bestehenden Erkrankungsfolgen, Abnutzungsveränderungen oder

anderen körperlichen Gebrechen abzugrenzen. Ziemlich einhellig finde sich in der gesamten wissenschaftlichen, sowohl orthopädischen wie auch unfallchirurgischen Literatur, dass zur Verrenkung einer Kniescheibe entweder ganz wesentliche Gewalteinwirkungen, die zweifellos zu einer erheblichen körperlichen Beeinträchtigung geführt hätten, notwendig seien oder aber eine besondere anatomische Voraussetzung vorliegen müsse, die üblicherweise mit habitueller Kniescheibenverletzung als Krankheitsbild umschrieben werde. Dadurch könne eine bereits geringere seitlich gegen die Kniescheibe einwirkende Gewalt das Herausgleiten dieses Sehnengleitknochens aus seinem Bett hervorrufen. Die erforderliche Abgrenzung der Unfallfolgen von dem bereits bestehenden Erkrankungsbild habe der Verfasser des vom Beschwerdeführer vorgelegten Gutachters DDr. J unterlassen. Das Gutachten bewerte den Schaden am Bein, aber nicht den unfallkausalen Schaden. Es müsse auch ausdrücklich auf folgende Situation hingewiesen werden:

Es bestehe ein erheblicher Unterschied zwischen haemorrhagisch, das seien kleine Blutmengen, Blutkoagula, gelegentlich wie Schlieren in dem sonst bernsteinfarbenen Gelenkserguss erkennbare Verfärbungen. Im Gegensatz dazu sei die vom Beschwerdeführer geltend gemachte unfallbedingte Blutung in ein Gelenk, der so genannte Haemarthros, eine massive deutlich als Blut erkennbare Ansammlung im Gelenk. Jeder praktizierende Arzt, der Gelenkergüsse abpunktiert habe, wisse, dass oft nur ein kleines Abweichen der Punktionsnadel und damit Ritzen von Schleimhaut oder auch von Knorpeloberfläche genüge, um haemorrhagische, also leichte Blutmengen, zu einem Gelenkerguss abzupunktionieren, ohne dass deshalb eine Verletzung von wesentlichen Strukturen im Knieinnenraum Ursache der Blutbeimengung sein müsse.

Am 21. August 1989 sei in Lokalanästhesie eine Arthroskopie des Kniegelenkes durchgeführt worden. Dabei sei an der Kniescheiben hinterseite der Knorpel verändert worden. Es werde eine "frische Blutung entsprechend einer frischen Verletzung" angegeben. Nun sei aber hervorzuheben, dass der Dienstunfall mittlerweile über einen Monat zurückgelegen sei und dass in der Zwischenzeit am 9. August 1989 ein Privatunfall stattgefunden habe, wobei erneut im Spital eine Prellung des linken Kniegelenkes diagnostiziert worden sei. Eine frische Blutung, die drei Wochen später festgestellt werde, sei eher auf den zweiten, also den Privatunfall, als auf den ersten bereits über einen Monat zurückliegenden Unfall zurückzuführen. Andererseits sei auch der Begriff der frischen Blutung kritisch zu beleuchten. Im Handbuch der Orthopädie werde die Chondropathie der Kniescheibe als degeneratives Leiden des Kniegelenkes und als Präarthrose bezeichnet. Sie werde von manchen auch als das häufigste Knieleiden bezeichnet und als eine typische Form der Verschleißkrankheit wegen funktionell mechanischer Überbeanspruchung, aber auch wegen Achsenabweichungen der Gelenkhebel und durch Kongruenzstörungen der Rollkörper gesehen. Weiters werde eine konstitutionelle Gewebebereitschaft angenommen, da nicht nur eine ungünstige Beanspruchung des Gelenkes als alleinige Ursache gesehen werden könne. Der Knorpelschaden werde auf Grund des andauernden Gebrauches des Gelenkes als ein Gemisch aus regressiven und reaktiven Vorgängen beschrieben. In der Literatur werde die Arthrose als eine Abnutzungserkrankung bezeichnet, die normalerweise im zunehmenden Alter auftrete. Bei der Begutachtung seien folgende Leitsätze zu berücksichtigen:

1.) Die Arthritis und in weiterer Folge die Arthrose stelle ein äußerst verbreitetes Leiden dar und komme auch bei jüngeren Individuen ohne jedes Trauma vor. 2.) Eine traumatische Arthritis sei relativ selten, meist bedinge der Unfall nur eine Verschlimmerung eines bereits bestehenden pathologischen Befundes und löse eine vorübergehende Schmerzattacke aus. 3.) Die Tatsache, dass ein Patient vor dem Unfall vollkommen arbeitsfähig gewesen sei, dürfe nicht als Beweis dafür gelten, dass seine Gelenke vollständig intakt gewesen seien. 4.) Nur ein nennenswertes Trauma, das eine erhebliche Knorpelschädigung zur Folge gehabt habe, könne ursächlich in Frage kommen. Gelenkkontusionen, Erschütterungen an einem vollkommen gesunden Gelenk würden nach medizinischen Beobachtungen niemals eine Arthritis deformans zur Folge haben. 5.) Chronisch wirkende Traumen, die einzeln betrachtet nicht den Charakter eines Unfalls im Sinne der Versicherungsgesetze haben, könnten gewöhnlich allerdings erst in Verbindung mit konstitutionellen Faktoren zu einer Arthritis Anlass geben. 6.) Das Trauma könne bei einer Verschlimmerung einer bereits bestehenden Arthritis nicht für alle späteren vielleicht zunehmenden Beschwerden verantwortlich gemacht werden.

Aus diesen Grundsätzen lasse sich unschwer ablesen, dass die beschwerdegegenständlichen Unfallereignisse nicht kausal für die vorliegende Schädigung sein könnten. Zur Stellungnahme des Beschwerdeführers führte der Sachverständige weiters aus, dass beim Beschwerdeführer kein Bluterguss im Gelenk vorgelegen sei, sondern lediglich eine haemorrhagische Beimengung zu einem Reizerguss. Reizergüsse würden sich im Rahmen von

Schleimhautschwellungen sowie Knorpelerkrankungen ausbilden und stellten eine Überforderungsreaktion dar. Wenn ein kleiner Blutrest im Gelenk abpunktiert worden sei, sei das keineswegs als Beweis für eine gröbere Verletzung zu werten. Auch Prellungen mit einer Quetschung von oberflächlichen Gefäßen im Bereich der Gelenkschleimhaut, Zerrungen und dadurch bewirkte kleine Blutungen könnten solche Veränderungen zur Folge haben. Hervorzuheben sei aber auch, dass eine Knorpelerkrankung, die mit einer Zerschleißung des Knorpels bis auf den Knochen und mit ausgedehnten Defekten einhergehe, durchaus Blutungen aus den subchondralen Gewebsschichten zeigen könnte, die auch haemorrhagische Gelenkergüsse zur Folge hätten. Ein Hämarthros, wie vom Beschwerdeführer behauptet, habe aber keinesfalls vorgelegen.

Zu Punkt 2 der Stellungnahme des Beschwerdeführers sei auszuführen, dass die Zerstörung der Oberflächenstruktur des Gelenksknorpels durch Fermente im Blut außer Frage stehe. Es sei jedoch hier keinesfalls von posttraumatischer Chondropathie auszugehen. Wie bereits betont, bilde sich die Chondropathie in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht auf Grund eines Traumas, sondern auf Grund von Abnützungsveränderungen aus. Lediglich eine einmalige und vorübergehende Verschlimmerung des Gelenzkzustandes könne als unfallkausal aufgefasst werden. Hier ergebe sich auch eine ganze Reihe von Widersprüchen in den Behauptungen des Beschwerdeführers.

Es stehe außer Frage, dass im Beschwerdefall ein pathologisch anatomisch durch Kinderlähmungsfolgen in der statischen Belastbarkeit vorgeschiedigtes Bein vorliege. Die Inkongruenz zwischen Muskelbalance und Zugrichtung des Bandapparates und der Muskulatur habe die Kniescheibenverrenkung, die als Arbeitsunfall anerkannt worden sei, im Jahre 1987 begünstigt. Damals sei auch bei dieser eindeutig traumatischen Einwirkung gegen das Gelenk ein Abbruch eines Knorpelstückes, allerdings außerhalb der Gleitfläche der Kniescheibe, welches mühelos entfernt werden habe können, entstanden.

Vom Beschwerdeführer sei im Verfahren vor dem Arbeits- und Sozialgericht Wien ausdrücklich darauf verwiesen worden, dass der Unfall aus dem Jahre 1987 die Hauptursache am Schaden seines Gelenkes sei und die beschwerdegegenständlichen Unfälle als geringfügig, geradezu als Bagatellunfälle zu bezeichnen wären. Im Gegensatz dazu behauptete der Beschwerdeführer nunmehr, dass nach dem Arbeitsunfall im Jahre 1987 Beschwerdefreiheit bestanden habe und erst die Dienstunfälle im Mai und Juli 1989 für die Entstehung des Beschwerdebildes verantwortlich seien. Völlig außer Acht gelassen werde dabei aber, dass Zerstörungen der Oberflächenstrukturen des Gelenksknorpels bei dem überwiegenden Teil der Bevölkerung als Degeneration auch ohne jedes Unfallereignis auftreten. Im Beschwerdefall sei die Entstehung der Knieschäden durch die Lockerung des Führungsapparates der Kniescheibe begünstigt worden.

Beim Beschwerdeführer bestehe eine Valgusachsenabweichung des Kniegelenkes, also eine leichte X-Kniestellung, und die erwähnten Kinderlähmungserscheinungen. Durch die Störung des Muskelgleichgewichtes und der Führung der Kniescheibe bei dieser speziellen statischen Situation komme es immer wieder zu Gleit- und Scheuerbewegungen, wobei die Kniescheibe nach außen zu über die Oberschenkelrollen verschoben werde. Diese ständigen Gleit- und Schiebebewegungen führten zur Auffaserung des Knorpels, zu den erwähnten Gleitspuren und unter Umständen auch zu Knochengewebsnekrosen, die dann als freie Körper im Gelenk durch die Überforderung abgestoßen würden. Deutlich erkennbar sei dies bei der Vorgangsweise des Operateurs, der sich über diese biomechanischen Zusammenhänge durchaus im Klaren gewesen sei. Im Operationsbefund werde am 16. September 1989 folgendes Vorgehen beschrieben:

"Ohne Eröffnung wird das äußere Kniescheibenfesselband gespalten, es wird also die Zugrichtung, die die Kniescheibe immer wieder nach außen verlagert und daher schuld an der Überforderung und an der Aufschilferung und Verschleißveränderung des Gelenkknorpels ist, entlastet."

Zu Punkt 3 sei anzumerken, dass diese Scheuerbewegungen nicht das Oberschenkel- und Unterschenkelgelenk beträfen. Die diesbezüglichen Darstellungen des Beschwerdeführers seien entweder bewusst falsch oder aus dem Unverständnis der biomechanischen Gegebenheiten der Kinematik des Kniegelenkes heraus formuliert. Auch der Arthroskopiebefund von Dr. S sei, wenn frische Blutungen beschrieben würden, nicht korrekt datiert. Der Beschwerdeführer habe bekanntlich einen Privatunfall mit Prellungen des linken Kniegelenkes nach dem Dienstunfall und unmittelbar vor der Arthroskopie erlitten. Dass die Zuordnung zum Dienstunfall aus dem Befund zwangsläufig abgeleitet werden könne, sei also nicht richtig.

Zu Punkt 4 der Stellungnahme werde bei der Einstellungsuntersuchung zur Anstellung als Sekundararzt am

21. November 1978 folgender Befund erhoben: Der Beschwerdeführer sei 180 cm groß, 93 kg schwer, in gutem Ernährungszustand. Bezüglich Punkt 5 sei bereits auf die Widersprüchlichkeit der Behauptungen des Beschwerdeführers hingewiesen worden.

Zusammenfassend stellte der Sachverständige sodann fest, dass bei dem durch Kinderlähmung entstandenen Vorschaden biomechanische Besonderheiten in der Statik und Kinematik des Kniegelenkes am linken Bein bestanden haben. Es stehe weiters außer Frage, dass der Beschwerdeführer eine ganze Reihe von Unfällen, die alle das linke Kniegelenk betroffen hätten, erlitten habe. Bereits am 9. Jänner 1989 - bei der Untersuchung im Auftrag des Arbeits- und Sozialgerichtes -, insbesondere aber bei der Gutachtenserörterung am 19. November 1990, sei die Summe der Veränderungen am linken Kniegelenk festgestanden und entsprechend gewürdigt worden. Die nachträglich vom Beschwerdeführer erhobene Behauptung, dass lediglich die "schweren" Dienstunfälle vom Mai und Juli 1989 für die schicksalhafte Entwicklung einer Arthrose des linken Kniegelenkes kausal gewesen seien, würde nicht der wissenschaftlichen Lehrmeinung entsprechen. Der Stellenwert dieser Traumen, die gegen das linke Kniegelenk gerichtet gewesen seien, sei im Vorgutachten entsprechend gewürdigt worden.

In seiner Stellungnahme vom 22. Jänner 1997 gab der Beschwerdeführer dazu an, dass der Sachverständige Dr. M in seinem Ergänzungsgutachten davon ausgehe, dass die Ursache seiner Beschwerden die in der Kindheit durchgemachte Poliomyelitis wäre. Der Sachverständige habe dazu ausgeführt, dass durch die Kinderlähmungsfolgen ein in der statischen Belastbarkeit vorgeschiedenes Bein bestehe, erwähne jedoch nicht, dass die einzigen beim Beschwerdeführer betroffenen Muskeln bei weitem unterhalb des Kniegelenkes entspringen. Diese Muskeln könnten also die Statik oder Dynamik des Kniegelenkes nicht beeinflussen. Es sei daher nicht richtig, von einer durch die Kinderlähmung veränderten Statik und Dynamik zu sprechen, da diese im Bereich des Kniegelenkes nicht bestehe. Entgegen der Auffassung des Gutachters sei eine neuerliche klinische Untersuchung erforderlich, damit sich der Gutachter davon überzeugen könne, dass seine im Ergänzungsgutachten verwendeten Annahmen und die darauf beruhenden gutachterlichen Feststellungen falsch seien. Bezüglich der vom Sachverständigen angeführten leichten X-Kniestellung sei auszuführen, dass es ohne Lateralisationstendenz der Patella nicht zu Scherungen im Bereich der Zugrichtung des lateralen Retinaculums an der Patellarückfläche gekommen wäre. Im Operationsbefund von Dr. S. werde auch eindeutig von einem Impressionsherd am äußeren "Oberschenkelknorren" gesprochen, der als Korrelat eines relativ frischen Traumas stehe, also keine Abscherung im Sinne einer Aufschilferung und Verschleißveränderung zu erkennen sei. Es stehe daher eindeutig fest, dass im Beschwerdefall Verletzungen stattgefunden haben müssten. Wenn der Sachverständige immer wieder von Bagatelltraumen spreche, sei auszuführen, wie bereits in der Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 29. April 1996 dargestellt, auf welche er ausdrücklich verweise, dass Bagatelltraumen keine Blutergüsse im Gelenk zur Folge haben könnten.

Wenn der Sachverständige in seinem Gutachten ausführe, der Beschwerdeführer sei 1,80 m groß, so müsse dies auf einem Irrtum beruhen, da es korrekterweise lauten müsse, dass er 1,87 m groß und 93 kg schwer gewesen sei, er sich in gutem Ernährungszustand und guter muskulärer Zeichnung befunden habe, da er sich sportlich betätigt habe. Ein weiterer Punkt, welcher gegen eine degenerative Erkrankung des Knorpels spreche, sei, dass subchondrale Veränderungen vorher niemals im Röntgenbild bei ihm gesehen worden seien. Im Übrigen verweise er auf seine Stellungnahme vom 29. April 1996, welche er zur Vermeidung von Wiederholungen auch zum Inhalt dieser Stellungnahme erhebe. Er beantrage daher, den Sachverständigen Dr. M mit seiner neuerlichen Stellungnahme zu konfrontieren, wobei ihm der Auftrag erteilt werden möge, den Beschwerdeführer zu untersuchen und ein schriftliches Ergänzungsgutachten zu erstellen. In eventu möge ein anderer medizinischer Sachverständige bestellt werden.

In dem zweiten unfallchirurgischen Ergänzungsgutachten des Sachverständigen Dr. M vom 18. Juli 1997 stellt dieser ausführlich die Gründe dar, weshalb eine weitere klinische Untersuchung des Beschwerdeführers für die Beurteilung der Unfallkausalität nicht dienlich sei. Was den Einwand des Beschwerdeführers hinsichtlich des Blutergusses betreffe, sei festzuhalten, dass auch Dr. K und der Sachverständige Dr. H in ihren Stellungnahmen immer wieder hervorgehoben hätten, dass es sich nicht um einen Bluterguss, sondern nur um eine haemorrhagische, also eine geringfügige Blutbeimengung im abpunktierten Gelenkserguss gehandelt habe. Jeder, der in der persönlichen Praxis einen Haemarthros abpunktiert habe, wisse, dass es dabei zu einer massiven Ansammlung im Gelenk komme und nicht nur zu einer blutigen Beimengung. Eine solche blutige Beimengung könne zum Beispiel bereits iatrogen, also vom punktierenden Arzt ausgelöst werden, weil jede Punktion eines Gelenkes auch die Möglichkeit beinhalte, an der

Schleimhaut feinste Verästelungen der Blutgefäße zu verletzen. Weiters sei festzuhalten, dass ein blutiger Gelenkerguss in keiner Weise im Zusammenhang mit den Verletzungen stehe. In der Literatur werde hiezu ausgeführt, dass eine Blutung gewöhnlich aus der zarten gefäßreichen Gelenkkinnenhaut erfolge. Gelegentlich genüge schon eine geringe Prellung, um Blut in den Gelenken austreten zu lassen. Dies gelte vor allem, wenn die Gelenkschleimhaut und Innenhaut schon entzündlich geschwollen sei, wie etwa bei einer Arthrosis deformans. Ein blutig gefärbter Gelenkerguss spreche nicht unbedingt für einen unfallbedingten Gewaltriss, ein wässriger Gelenkerguss nicht gegen einen Unfallriss, das Fehlen eines Ergusses weder gegen einen Unfallriss noch gegen eine unfallfremde Erkrankung. Aus dem Gelenkpunktat sei nicht immer die Ursache erkennbar. In der Vorgesichte seien bestimmte Grundkrankheiten zu berücksichtigen, da Reizergüsse auch auf Grund körpereigener Ursachen auftreten würden, sehr häufig bei der Arthrose im Verlaufe eines entzündlichen Schubes. Sowohl auf Grund des Operationsbefundes, als auch auf Grund der histologischen Untersuchung stehe außer Frage, dass der Beschwerdeführer eine Chondropathie der Patella, also eine an der Rückseite der Kniescheibe gelegene Arthrose aufweise. Als Ursachen hiefür würden in der Literatur Knorpellaesionen genannt, die durch chronische Belastungen, durch Übergewicht, Berufsanstrengungen mit entsprechender Belastung und sportliche Überlastung ihr Auftreten begünstigen. Auch Formvarianten des Kniescheiben-Oberschenkelgelenkes könnten begünstigend für das Auftreten der Chondromalzie wirken - selbstverständlich auch Allgemeinerkrankungen wie Rheuma, Gicht und Diabetes, wie vom Beschwerdeführer hervorgehoben werde. Bei Grad I der Einteilung sei der Gelenkknorpel bräunlich gelblich verfärbt, die Elastizität vermindert. Der Knorpel könnte so weich sein, dass sich Falten bilden und der Proteoglycangehalt der Grundsubstanz abnehme. Beim Grad II weise der Knorpel die umschriebenen Risse und Schuppen auf, histologisch sei eine Demaskierung der fibrillären Strukturen zu sehen, ein Verlust der Grundsubstanz, teilweise würden sich degenerierte Chondrozyten nachweisen lassen.

Beim Grad III würden sich Rissbildungen am Knorpel finden, die bis in den Knochen reichen. Im histologischen Präparat seien so genannte Blutnester als Ausdruck eines vergeblichen Knorpelregenerationsversuches zu sehen. In diesem Stadium würden sich auch abgeschilferte Knorpelartikel ablösen und eine hypertrophe aseptische Synovitis bilden. Zur Zuordnung einer post-traumatischen Chondromalazie, vermutlich ein Schreib- oder Hörfehler des beurteilenden Histologen, sei also festzustellen, dass es sich im Beschwerdefall um eine gesicherte Form der Arthrose, also der Gelenksabnutzung, handle. Zu den vom Beschwerdeführer ursprünglich selbst als solche bezeichneten Bagatelltraumen sei festzuhalten, dass im Sprachgebrauch vor allem von Fachärzten für Orthopädie jede Belastung eines Gelenkes, auch die völlig normalen Alltagsbelastungen, als traumatisierend, also als schädigend, bezeichnet würden. Die unscharfe Trennung dieser Begriffe werde unrichtigerweise auch vom Beschwerdeführer benutzt. Jedenfalls sei aber aus den angeführten Kriterien für die Klassifizierung der Chondromalazie ersichtlich, dass die vom Operateur beschriebenen Verschleißerscheinungen des Gelenkknorpels erstens keinesfalls ein Beweis für eine frische Verletzung sein könnten, dass zweitens Rissbildungen, die zum Teil bis auf den Knorpelgrund, also auf die von den Blutgefäßen versorgten Teile des unter dem Knorpel liegenden Knochens reichen würden, selbstverständlich auch geringfügige Blutabsonderungen zur Folge haben könnten. Eine unfallkausale Entstehung solcher sehr ausgedehnten Knorpelerweichungen, die praktisch die gesamte Knorpelfläche umfassen würden, sei aber keinesfalls dadurch zu beweisen. Solche Veränderungen, die als unfallkausal zu bezeichnen seien, würden nur einen eng umschriebenen Bereich (eventuell die Anschlagstelle) der Knorpeloberfläche erfassen, wobei die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Impression nicht unbedingt als Anschlagstelle zu werten sei.

Es ergebe sich daher, dass bereits von dem im Auftrag des Arbeits- und Sozialgerichtes mit dem Gelenkleiden des Beschwerdeführers befassten Sachverständigen dem Zustandsbild Rechnung getragen worden sei und dem Versicherten die unfallkausale Verschlimmerung bis zur Einmündung in den Leidenzustand entsprechend abgegolten worden sei. Hierbei handle es sich um Abnutzungsveränderungen. Die vom Beschwerdeführer selbst als solche bezeichneten geringfügigen Arbeits- und Dienstunfälle seien nicht die wesentliche Ursache für die Entstehung des fortschreitenden und schicksalhaften Gelenkleidens.

Dem entgegnete der Beschwerdeführer in seiner Äußerung vom 3. September 1997, dass es der Sachverständige trotz des neuerlichen Antrages unterlassen habe, die Untersuchung seiner Person zu wiederholen. Weiters gehe er nur rudimentär auf die Stellungnahme vom 22. Jänner 1997 ein. Bezüglich des indirekten Nachweises seiner Gewichtsschwankungen, die vom Sachverständigen angeführt würden, sei anzumerken, dass Striae, streifenförmige Rissstellen des Unterhautbindegewebes, verschiedene Ursachen haben könnten, unter anderem auch eine relativ

rasche Gewichtszunahme. Jedoch sei photographisch dokumentierbar, dass er eine muskulöse normalgewichtige Körperform gehabt habe. Die Kinderlähmung führe zu schlaffen Lähmungen ohne Sensibilitätsstörungen. Die unteren Gliedmassen seien häufiger befallen. Wenn Lähmungen im Kindesalter auftraten, so habe dies trophische und vasomotorische Störungen zur Folge (Wachstumsbeeinträchtigungen). Die Wachstumsstörungen könnten beträchtlich sein und sowohl Umfang, als auch Länge der Gliedmassen betreffen. Es erfolge ein regelloser Befall der einzelnen Muskeln. Die Lähmungen führten zu paralytischen Kontrakturen der Gelenke und verschiedenen Deformationen. Bei einer vollkommenen Lähmung komme es zur Ausbildung von Schlottergelenken. Nach genauer Untersuchung seien beim Beschwerdeführer nur "tib. anterior und ext. halucis longus" betroffen. Eine Verkürzung des linken, von der "Polio betroffenen Beines" sei nicht in Zentimetern nachzuweisen, wobei eine physiologische Beinlängendifferenz immer bestehen könne, und zwar ohne pathologischen Wert. Selbstverständlich trete bei der Polio oft ein "Genus valgus" auf, jedoch werde eine Abweichung des Kniebasiswinkels unter 10 Grad nach medizinischen Untersuchungen als normal betrachtet. Auch hier fehle eine radiologische Messung zum damaligen Zeitpunkt. Von einem "Genu recurvatum", einer verstärkten Überstreckbarkeit des Unterschenkels im Kniegelenk, könne nur gesprochen werden, wenn die normale Überstreckbarkeit (5- 10 Grad) überschritten werde. Bezüglich eines Schlottergelenkes sei zu bemerken, dass ein mehrfach operiertes Kniegelenk "und nach Resektion des lateralen Retinaculums" nicht die Stabilität eines "jungfräulichen" Gelenkes aufweise. Eine Kreuz- und hintere Kapselinstabilität sei jedoch mehrfach operativ nicht verifiziert worden, sodass die vom Ordinarius für Orthopädie festgestellte minimale Knieinstabilität eine Folge der oben genannten Eingriffe sei. Eine Spitzfußstellung (Spitzhohlfuß) werde nicht bestritten, jedoch sei die Schwienbildung im Großzehengebiet eindeutiger Beweis, dass der Schuh mit der großen Zehe gehoben werde und somit im Normalzustand, also beschuht, kein Steppergang vorliege, jedoch unbeschuht die Wahrscheinlichkeit des Stepperganges erhöht sei. Da sich der Beschwerdeführer vor allem beschuht fortbewege, könne nicht nur von einem Steppergang gesprochen werden. Jede direkte und indirekte Kontusion könne ein breites Spektrum an Knorpelverletzungen hinterlassen, sodass freie Gelenkkörper und Impressionen im Knorpel eher für als gegen ein Trauma sprächen. Ebenso sollte eine deutliche Ausprägung der röntgenologischen Veränderung im Sinne einer Arthrose vorhanden sein. Es wäre zu erwägen, nochmals das histologische Präparat zu überprüfen. Selbstverständlich könne der behandelnde Chirurg sich nur auf Angaben des Patienten stützen. Aus einem Gelenkpunktat sei sicher nicht die Ursache eines blutigen Ergusses feststellbar. Jedoch bestehe bei ihm kein Anhaltspunkt für einen entzündlichen Schub einer Arthrose, da weder eine Arthrose, noch eine Entzündung festgestellt werden habe können und sich Derartiges später nie wieder ereignet habe. Retropatellare Knorpelschäden seien z. B. nach Traumen, Dystrophien, Entzündungen, Tumoren, sowie bei Lage- und Formanomalien der Kniescheibe, osteochondrotischen Prozessen oder im Rahmen des "medial Shelf-Syndroms" zu beobachten. Die Konstruktion, dass eine Gelenksmaus zum Sturz geführt habe, könne nicht der Mechanik der vom Beschwerdeführer erlittenen Unfälle entsprechen. Ein Sturz im Rettungswagen bei Vollbremsung während einer Reanimation könne nicht, wie vom Sachverständigen vermutet, durch eine eingeklemmte Gelenksmaus verursacht werden. Dies würde den allgemeinen Gesetzen der Physik widersprechen. Ebenso habe nie eine konstitutionelle Osteochondritis nachgewiesen werden können, da sich weder vor noch nach den beschwerdegegenständlichen Unfällen freie Gelenkkörper - weder radiologisch noch klinisch - nachweisen haben lassen. Ebenso sei ein Sturz auf frisch geölten Fliesen eher "dem Öl als anderen Ursachen" zuzuordnen. Auf Grund der vom Sachverständigen in seiner Stellungnahme vom 18. Juli 1997 gewählten Diktionen liege der Schluss nahe, dass der Sachverständige Antipathien gegen den Beschwerdeführer hege und es diesem daher an Objektivität mangle. Der Sachverständige schreibe beispielsweise auf Seite 4 seines Gutachtens, dass es verständlich wäre, dass der Beschwerdeführer sein medizinisches Fachwissen als Argumentationshilfe zu Rate zöge und Literatur zitierte. Grundsätzlich wären aber diese Zitate auf Grund der subjektiven Sicht des Beschwerdeführers unrichtig. Dass der Beschwerdeführer bei seinen Argumentationen jeweils die für ihn günstigste Version wählte, wäre vor allem in den Unterlagen des Arbeits- und Sozialgerichtes erkennbar. So hätte der Beschwerdeführer gegen den vom Gericht bestellten Sachverständigen Einwände erhoben, um das Verfahren zu verzögern. In weiterer Folge erkenne man aus den vom Sachverständigen gewählten Formulierungen, dass dieser offenbar dem Beschwerdeführer gegenüber negativ eingestellt sei. Er stelle daher den Antrag, einen weiteren medizinischen Sachverständigen mit der Befundaufnahme und der Gutachtenserstellung zu beauftragen bzw. den Sachverständigen Dr. M mit seiner Äußerung zu konfrontieren und diesen zu beauftragen, den Beschwerdeführer zu untersuchen, auf die in seinen bisherigen Stellungnahmen erhobenen Einwände und Ausführungen einzugehen und ein fachlich korrektes, schriftliches Ergänzungsgutachten zu erstellen.

In der Folge wurde der Sachverständige Dr. Sch mit einer weiteren Gutachtenserstellung beauftragt und von diesem am 15. Juli 1998 zusammenfassend festgestellt, dass zur Beurteilung der Kausalität eine neuerliche Untersuchung des Beschwerdeführers von geringer Relevanz sei. Es sei darauf hinzuweisen, dass das klinische Zustandsbild des Beschwerdeführers in allen bisherigen Gutachten außer Frage gestellt worden sei. Eine neuerliche Untersuchung bringe keine neuen Erkenntnisse bezüglich der Kausalität. Auch der Sachverständige Dr. Sch sehe nicht die geringste Notwendigkeit, einen mehrfach festgestellten Leidenszustand am linken Kniegelenk zu überprüfen. Die Ausführungen in den Gutachten des Sachverständigen Dr. M seien in allen Einzelheiten schlüssig und nachvollziehbar. Aus fachlicher Sicht seien keine Erörterungen notwendig, der Sachverständige Dr. Sch schließe sich vollinhaltlich der Meinung seines Kollegen Dr. M an. Dessen Erläuterungen würden nicht nur auf langjähriger Erfahrung als Gutachter und jahrzehntelanger Erfahrung als Facharzt für Unfallchirurgie, sondern auch auf der Objektivierung durch zahlreiche Literaturangaben beruhen. Nach Studium der Gutachten sei deutlich erkennbar, dass der Gutachter Dr. M höchstmögliche Objektivität walten habe lassen und jeder einzelnen Einwendung des Beschwerdeführers in klarer, schlüssiger und nachvollziehbarer Weise auf fachlicher Ebene geantwortet habe. Dr. Sch stellte noch einmal fest, dass auch er nach seiner jahrzehntelangen Erfahrung im Beschwerdefall zu keinem anderen Schluss als Dr. M gelangen könne. Die beschwerdegegenständlichen Unfälle seien nicht kausal für den derzeitigen Zustand des linken Kniegelenkes des Beschwerdeführers, sondern ausschließlich schicksalhaft bedingte Abnützungsveränderungen. Die Begründungen habe Dr. M "in extenso" dargelegt - der Sachverständige Dr. Sch könnte sie nur wiederholen.

In seiner neuerlichen Äußerung vom 13. August 1998 erklärte der Beschwerdeführer, dass der Sachverständige Dr. Sch in seinem Gutachten den bisherigen Sachverhalt und die Vorgeschichte wiederholt habe, wobei die Ansichten des Sachverständigen Dr. M sowie seine Äußerungen zum Teil wörtlich, zum Teil in geraffter Form wiedergegeben würden. Der Sachverhalt und die Vorgeschichte seien grundsätzlich aktenkundig. Der Sachverständige Dr. Sch verabsäume es, seine Beurteilungen zu begründen. Er führe zwar aus, dass er zu keinem anderen Schluss als Dr. M gekommen wäre, unterlasse es jedoch, eine medizinisch überprüfbare Begründung dafür abzugeben. Das Gutachten von Dr. Sch erschöpfe sich in einer Wiederholung einer bereits grundsätzlich aktenkundigen Vorgeschichte und in Behauptungen, die nicht begründet seien. Wenn Dr. Sch beispielsweise ausgehre, dass der derzeitige Zustand seines linken Kniegelenkes ausschließlich auf schicksalhaft bedingte Abnützungsveränderungen zurückzuführen wäre, so sei eine solche Behauptung eine begründungslose Schlussfolgerung. Der Sachverständige Dr. Sch müsse daher jede seiner Ansichten medizinisch unter Hinweis auf die entsprechenden Literaturstellen begründen. Zudem habe der Beschwerdeführer seinen Dienst zwischen der ersten und zweiten Operation problemlos versehen können. Aus dem Zusammenwirken der Arbeits- bzw. Dienstunfälle vom 19. September 1987, vom 3. Mai und vom 26. Juli 1989 ergebe sich insgesamt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit.

Mit dem zweitangefochtenen Bescheid stellte die belangte Behörde gemäß § 7 Abs. 6 UFG 1967 fest, dass der Beschwerdeführer am 3. Mai 1989 um 19 Uhr 15 dadurch einen Dienstunfall erlitten habe, dass er bei einer Reanimation im Rettungswagen das Gleichgewicht verloren habe und durch den Wagen gestürzt sei. Weiters stellte die belangte Behörde gemäß "§ 6 bzw. § 7 UFG 1967" fest, dass ihm nach diesem Unfall eine Versehrtenrente nicht gebühre. Ein Versehrtengeld gemäß § 16 UFG 1967 werde dem Beschwerdeführer nicht zuerkannt.

Nach Darstellung des bisherigen Verwaltungsverfahrens, insbesondere nach zusammenfassender Wiedergabe der medizinischen Sachverständigungsgutachten, und nach Erläuterung der maßgebenden Rechtslage führte die belangte Behörde dazu im Wesentlichen begründend aus, dass es ihr im Rahmen der freien Beweiswürdigung oblegen sei, die Schlüssigkeit der eingeholten Sachverständigungsgutachten zu überprüfen. Das unfallchirurgische Gutachten von Dr. M vom 2. April 1996 weise entsprechend den nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes bestehenden Anforderungen einen Befund und ein Urteil auf. Der Sachverständige habe unter Angabe der Gutachtensgrundlagen und der Art ihrer Beschaffung (diverse vorliegende medizinische Unterlagen, persönliche Untersuchung) umfangreiche Tatsachengrundlagen erhoben und in der Folge seine Beurteilung abgegeben. Das Gutachten sei ausführlich und umfangreich begründet, sodass nachvollziehbar sei, auf welchem Weg der Sachverständige Dr. M zu seinen Schlussfolgerungen gelangt sei. Auch die Ergänzungsgutachten seien vollständig und schlüssig. Der Sachverständige habe sich mit den medizinischen Einwendungen des Beschwerdeführers ausführlich auseinander gesetzt und zitiere zur Untermauerung seiner Ausführungen wiederholt maßgebliche Fachliteratur. Auch dabei begründe er eingehend, weshalb den Argumenten des Beschwerdeführers nicht zu folgen sei. Die Entbehrlichkeit einer weiteren Untersuchung des Beschwerdeführers werde logisch nachvollziehbar dargestellt. Ebenso beschäftige sich der Sachverständige Dr. M

mit dem vom Beschwerdeführer vorgelegten Gutachten von Prim. DDr. J vom 6. Februar 1992, in welchem eine Invalidität von 20 % festgestellt worden sei, und entkräfte dieses Gutachten in schlüssiger Weise, indem er festhalte, dass vom Gutachter der "Gesamtschaden" am Bein, nicht aber der unfallkausale Schaden bewertet worden sei. Tatsächlich ergebe sich aus dem Gutachten von DDr. J. nicht, inwieweit der beim Beschwerdeführer vorliegende Schaden auf Unfälle oder auf Vorschäden zurückzuführen sei. Ein Mangel an Objektivität von Dr. M, der zu unrichtigen Schlussfolgerungen geführt hätte, könne seitens der belangten Behörde nicht erkannt werden. Auch wenn der Gutachter unter anderem anfüre, dass der Beschwerdeführer im Verfahren vor dem Arbeits- und Sozialgericht Einwände gegen einen Sachverständigen vorgebracht hätte, "um das Verfahren zu verzögern", so habe diese Wiedergabe eines subjektiven Eindrückes in der Folge keine Auswirkungen auf die von ihm vorgenommene medizinisch begründete und durch Fachliteratur untermauerte Beurteilung gehabt. Obgleich somit der Vorwurf mangelnder Objektivität des Sachverständigen von der belangten Behörde nicht geteilt werde, sei dennoch - dem Antrag des Beschwerdeführers entsprechend - ein anderer Sachverständige mit der Erstellung eines Gutachtens betraut worden, da auf Grund der neuerlichen medizinischen Einwände des Beschwerdeführers in seiner Stellungnahme vom 3. September 1997 in jedem Falle ein weiteres Gutachten einzuholen gewesen sei. Auch das Gutachten von Dr. Sch vom 15. Juli 1998 erweise sich als taugliches Beweismittel. Der dem Gutachten zu Grunde liegende Befund sei vom Sachverständigen nicht selbst erhoben worden, was jedoch nicht schade, da die Gutachtensgrundlagen und die Art ihrer Beschaffung eingehend dargestellt worden seien. Gerade die - vom Beschwerdeführer gerügte - genaue Darstellung des Sachverhaltes lasse auf eingehendes Aktenstudium durch den Sachverständigen schließen. Wenn der Beschwerdeführer vorbringe, dass das vorliegende Gutachten auf Grund des Fehlens jeglicher Begründung nicht nachvollziehbar wäre, so sei ihm entgegenzuhalten, dass Dr. Sch zur Gänze auf die Begründungen von Dr. M verweise und diese somit auch zum Inhalt seines Gutachtens erhoben habe. Wenn Dr. Sch anfüre, dass Dr. M "höchstmögliche Objektivität walten lasse", so bringe er damit zum Ausdruck, dass die Schlussfolgerungen des Gutachtens von Dr. M richtig seien und den seinen entsprechen. Da das Bestehen oder Nichtbestehen ein

Quelle: Verwaltungsgerichtshof VwGH, <http://www.vwgh.gv.at>

© 2026 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.

www.jusline.at