jusline®
»» Recht. Schnell

Sie können die QR Codes nützen um später wieder auf die neuste Version eines Gesetzestexts zu gelangen.

TE Vwgh Erkenntnis 1996/4/11 93/09/0072

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 11.04.1996

Index

001 Verwaltungsrecht allgemein;
20/01 Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB);
40/01 Verwaltungsverfahren;
67 Versorgungsrecht;

Norm

ABGB §6;
AVG §45 Abs2;
KOVG 1957 §4 Abs1;
KOVG 1957 §90;
VwRallg;

Betreff

Der Verwaltungsgerichtshof hat durch den Vorsitzenden Senatspräsident Dr. Fürnsinn und die Hofräte Dr. Höß und Dr. Fuchs als Richter, im Beisein des Schriftführers Mag. Leitner, über die Beschwerde des OL in L, vertreten durch Dr. H, Rechtsanwalt in R, gegen den Bescheid der Schiedskommission beim Landesinvalidenamt für Oberösterreich vom 14. Jänner 1993, Zl. OB 410-039119-005/Sch, betreffend Anerkennung einer Dienstbeschädigung nach § 4 KOVG 1957, zu Recht erkannt:

Spruch

Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen.

Der Beschwerdeführer hat dem Bund Aufwendungen in der Höhe von S 2.760,-- binnen zwei Wochen bei sonstiger Exekution zu ersetzen.

Begründung

Der 1917 geborene Beschwerdeführer bezieht auf Grund des Bescheides des Landesinvalidenamtes für Oberösterreich (LIA) vom 17. November 1965 wegen der gemäß Art. II Abs. 5 des Bundesgesetzes, BGBl. Nr. 391/1961, anerkannten Dienstbeschädigung (DB) "Granatsplitterverletzung am re. Oberarm mit völliger Unbrauchbarkeit des re. Armes" eine Beschädigtengrundrente nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957 (KOVG 1957) entsprechend einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 80 v.H.

Mit Schreiben vom 19. Jänner 1990 beantragte der Beschwerdeführer die Neubemessung seiner Beschädigtengrundrente

a)

wegen Verschlimmerung im Zustand der anerkannten DB und

b)

wegen Auftretens eines neuen Leidens. Da Gegenstand des vorliegenden Verfahrens vor dem Verwaltungsgerichtshof nur mehr die Anerkennung einer weiteren Gesundheitsschädigung als DB ist, wird in der Folge auf den Verschlimmerungsantrag und seine Behandlung nicht weiter eingegangen.

Im Begleitschreiben vom 24. Jänner 1990 machte der Beschwerdeführer geltend, er führe seine Beschwerden im LINKEN SCHULTERBEREICH auf die Über- und Fehlbelastung durch den vollkommenen Funktionsausfall des rechten Armes sowie der ungleichen Belastung zurück. Er ersuche daher um Anerkennung der Arthrose, der Periarthritis im linken Schultergelenk und des Cervicobrachialsyndroms als Folgeleiden der (bereits) anerkannten DB. Dem Ansuchen war ein Attest des praktischen Arztes Dr. G. vom 23. Jänner 1990 angeschlossen.

Nach Durchführung einer persönlichen Untersuchung und unter Verwertung von Röntgenaufnahmen des Röntgeninstitutes Dr. H vom 5. März 1990 (Halswirbelsäule a/p und seitlich sowie rechte Schulter) sowie einer Röntgenaufnahme vom 7. November 1989 (Schulter links a.p. und axial) kam Dr. C., Facharzt für Unfallchirurgie, zu folgendem Gutachten (soweit dies aus der Sicht des Beschwerdefalles noch von Bedeutung ist):

"Bei der vom Kläger geltend gemachten Behinderung am li. Schultergelenk handelt es sich um eine beginnende Abnützungserscheinung des Schultergelenkes zum einen, wobei zu bemerken ist, daß röntgenolog. und klinisch eine seitengleiche Abnützung und Funktionsbehinderung der Schultergelenke vorliegt, sodaß von einer Überlastung der einen Seite nicht gesprochen werden kann. Andererseits besteht eine hochgradige Abnützungserscheinung an der Hws, wobei mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, daß die ausstrahlenden Schmerzen in die Arme durch diese Abnützungserscheinung bedingt sind. Somit sind die Schmerzen und die Funktionsbehinderung, d.h. also die Periarthritis humero scapularis sowie das Cervicobrachialsyndrom nicht ursächlich auf die anerkannte DB zurückzuführen. Es handelt sich um ein reines Abnützungsleiden, das, wie bereits erwähnt jedoch nicht durch eine Überlastung zustande gekommen ist, da seitengleich vorhanden. Die schwere Abnützungserscheinung der Hws ist in keinem Fall ursächlich auf die anerkannte DB zurückzuführen."

Mit Bescheid vom 4. April 1990 wies das LIA - gestützt auf das ärztliche Sachverständigengutachten Dris. C. - den Antrag des Beschwerdeführers auf Anerkennung einer "Arthrose des li. Schultergelenkes und Periarthritis humero scapularis sowie eines Cervicobrachialsyndroms" als (weitere) DB sowie den Verschlimmerungsantrag des Beschwerdeführers ab.

In seiner Berufung zweifelte der Beschwerdeführer die Schlüssigkeit des ärztlichen Sachverständigen-Gutachtens bezüglich der Nichtanerkennung der DB unter Anschluß des Gutachtens des Facharztes für Unfallchirurgie Dr. M. vom 24. April 1990 an. Darin werde bestätigt, daß seine Schmerzzustände zumindest teilkausal auf die Kriegsbeschädigung zurückzuführen seien, weil auf Grund der Jahrzehnte dauernden Unbrauchbarkeit seines rechten Armes die Überbelastung des linken Schultergelenkes, Schulter-Nackengürtels und vor allem auch der Halswirbelsäule (HWS) gegeben gewesen sei. Der Begründung, es handle sich bei der linken Schulter um eine beginnende Abnützungserscheinung, weil diesbezüglich sowohl röntgenologisch als auch klinisch eine seitengleiche Abnützungs- und Funktionsbehinderung der Schultergelenke vorliege, könne nicht gefolgt werden: Bei diesem Vergleich handle es sich nur um einen Pseudovergleich, da der rechte Arm auf Grund der Kriegsbeschädigung allein eine Funktionsbehinderung von 80 % aufweise und der linke Arm an sich nicht beschädigt worden sei. Der Hinweis einer seitengleichen Abnützung sei daher in sich unlogisch. Seit mehr als 20 Jahren, etwa seit dem Jahr 1967, stünde der Beschwerdeführer wegen der Beschwerden im Schulter-Armbereich in ständiger ärztlicher Behandlung. Dr. M. diagnostizierte in seinem Gutachten wegen dieser Überbelastung eine Omarthrose mit Bewegungseinschränkung der linken Schulter sowie eine hochgradige Veränderung der Wirbelsäule mit einem Kausalanteil von mindestens 50 %.

In seiner Stellungnahme vom 30. August 1990 lehnte der Leitende Arzt eine Teilkausalität bezüglich der HWS ab, weil beide oberen Extremitäten vorhanden seien, demnach eine statische Veränderung im Bereich der HWS nicht festzustellen und auch nicht im Röntgen beurteilt worden sei. Es liege nur eine hochgradig degenerative Veränderung der HWS ohne statische Skoliose bzw. Seitverziehung vor, die nur bei Oberarmverlusten vorkomme. Nach dem

Röntgen sei beidseits eine Omarthrose festzustellen und eine generalisierte Osteoporose vorhanden; daher handle es sich primär um ein anlagebedingtes Leiden. Die Überbelastung des linken Armes durch die Unbrauchbarkeit des rechten Armes sei gegeben, jedoch in den 80 v.H. MdE im üblichen Rahmen enthalten.

Hierauf befaßte die belangte Behörde den Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie Dr. P. mit der Erstellung eines weiteren Sachverständigengutachtens. Nach Durchführung einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers und unter Heranziehung von Hilfsbefunden (Röntgen Dr. D vom 7. November 1989 betreffend linke Schulter sowie die Aufnahmen Dris. H vom 5. März 1990) kam Dr. P. zum Ergebnis, beim Beschwerdeführer liege "Periarthritis humero scapularis links" vor, die nach Position 28 (der Richtsatzverordnung) eine MdE von 20 v.H. bedinge und im Ausmaß von der Hälfte des Leidenszustandes eine DB-Folge sei. Die Gesamt-MdE stufte Dr. P. unter Miteinbeziehung dieser teilkausalen DB mit 90 v.H. ein. Hingegen seien die bestehenden hochgradigen degenerativen HWS-Veränderungen sowie die Omarthrose beidseits als akausale Leiden keine DB.

Diese Beurteilung begründete Dr. P wie folgt:

"Es handelt sich um die typischen Beschwerden der sogenannten Periarthritis humero scapularis. Dabei handelt es sich um eine Störung der Funktionseinheit Schulter mit unterschiedlicher Symptomatik. Bei dem Patienten stehen Ansatzreizungen des M.supraspinam sowie eine Sehnenscheidenreizung der langen Bizepssehnen im Vordergrund. Als auslösende Ursache dieses Syndroms werden immer wieder Häufung von Microtraumen sowie Langzeitüberlastungen der betroffenen Strukturen genannt. Es steht zweifellos außer Diskussion, daß bei praktisch völligem Wegfall des rechten Armes der linke Arm die doppelte Belastung tragen muß, falls nicht wesentliche Funktionen der Arme überhaupt wegfallen. Der Untersuchte hat gezeigt, daß er mit den durchschnittlichen Anforderungen des täglichen Lebens an das Schultergelenk leidlich zurecht kommt, sodaß auch damit zu rechnen ist, daß die linke Schulter in diesem Fall jetzt die Funktion des Gebrauchsarmes hat und daher in wesentlich höherem Maße, als dies bei einer normalen Verwendung des linken Armes wäre, Microtraumen und überdurchschnittliche Hebebelastungen erleiden mußte. Es ist daher für die Entstehung des Schulterreizzustandes eine 50 %ige Kausalität anzusetzen.

Die Entstehung einer Omarthrose hat in der Regel völlig andere Mechanismen als Ursache und ist daher auch nur minimal, jedenfalls geringer als rechts, ausgebildet. Bezüglich der WS-Veränderung ist keine Teilkausalität begründbar. Die Veränderungen sind völlig symmetrisch. Unabhängig davon ist das Auftreten von degenerativen HWS-Veränderungen bei stark einseitig betonter (den Arm betreffend) Belastung durch Beruf oder Sport nicht häufiger als bei weitgehend symmetrischer Belastung, sodaß degenerative HWS-Veränderungen keinesfalls als Folge einer einseitigen Armbelastung gesehen werden können.

Eine Mehrbelastung des linken Armes bei Gebrauchsunfähigkeit des rechten ist zwar in der Position enthalten, nicht jedoch dadurch entstandene bleibende Veränderungen."

Der Leitende Arzt vertrat in seiner Stellungnahme vom 16. Jänner 1991 die Ansicht, die Anhebung der Gesamt-MdE sei nicht gerechtfertigt, da eine (Einzel-)MdE von 10 v.H. keine wesentliche Behinderung bedeute.

In seinem Ergänzungsgutachten vom 13. Februar 1991 führte Dr. P. dazu folgendes aus:

"Bei der Untersuchung hat sich an der linken Schulter eine leichte bis mittelgradige Bewegungseinschränkung ergeben. Laut KOVG besteht nur die Möglichkeit zur Einstufung nach

Position 28: geringgradige Bewegungsbehinderung, am Gebrauchsarm 0-20 % oder

Position 29: höhergradige Bewegungsbehinderung 30-50 %.

Da die festgestellte Bewegungsbehinderung weniger als die Hälfte der Gesamtbeweglichkeit ausmacht, ist daher die Position 28 richtig, auf Grund der sonstigen Funktionseinschränkung mit dem oberen Satz.

Allerdings wird diese Einstufung der tatsächlichen Behinderung keineswegs gerecht, besonders wenn man dies mit anderen, ähnlich wichtigen Funktionsbehinderungen vergleicht. Das Ausmaß der Bewegungseinschränkung stellt bei der Periarthritis humero scapularis durch die besondere Anatomie und Funktion des Schultergelenkes und mit ihm in Einheit verbundenen Schultereckgelenkes nur ein ungenügendes Maß der Funktionsbehinderung dar. Viel störender ist die Belastungs- und Bewegungsschmerzhaftigkeit im mittleren Bewegungsbereich (painfull arc) für die nach dem KOVG keine zusätzliche Position vorgesehen ist. Eine derartige Funktionseinschränkung wirkt sich umso gravierender aus, wenn beim Gegenarm völlige Gebrauchsunfähigkeit besteht.

Die im Abl.71/5 geäußerte Ansicht, daß eine Funktionsbehinderung des zweiten Armes in der Position 38 enthalten sei, kann ich aus der Richtsatzverordnung nicht entnehmen. Es ist meines Erachtens auch nicht logisch und speziell bei diesem Patienten nicht zutreffend, da er ja jahrzehntelang mit diesem einen Arm alle notwendigen Verrichtungen ausführen konnte.

Es ist daher wegen des Fehlens einer geeigneten zusätzlichen Position für die Periarthritis erforderlich, in diesem und in ähnlich gelagerten Fällen, bei denen eine Kompensation durch die zweite Extremität nicht möglich ist, die Grundposition um eine Stufe anzuheben, obwohl dies wegen des relativ niedrigen Prozentsatzes bei der angewendeten Position zu einer Volladdition führt."

In der Zwischenzeit hatte der Beschwerdeführer das Gutachten des Facharztes für Unfallchirurgie Dr. W. vom 6. März 1991 vorgelegt. In seinem Befund hatte Dr. W. unter anderem folgende Feststellung getroffen:

"Linker Arm und Schulter:

Hochgradige Muskelschwäche am ganzen linken Schultergürtel, auch über dem Schulterblatt. Auch relativ auffällig gegenüber zur rechten Seite, obwohl der linke Arm der alleinige Gebrauchsarm ist.

Schlüsselbein:

Das Schlüsselbein links springt etwas mehr vor an seinen Ansätzen, sowohl am Schulterblatt außen, als auch innen am Brustbein.

Wirbelsäule:

Leichte Zwangshaltung der Halswirbelsäule bei Rundrücken und Skoliose an der Brust- und Lendenwirbelsäule mit eingeschränkter Beweglichkeit in den Endlagen. Keine Sensibiliätsausfälle im linken Schulter- und Armbereich."

Dazu wurde eine Reihe von näher kommentierten Fotos des Beschwerdeführers vorgelegt.

Dr. W. kritisierte den klinischen Befund, den Dr. C. in seinem Gutachten vom 19. März 1990 getroffen habe ("Arm li.: äußerlich unauffällig, keine Muskelatrophien ..."): Diese Aussage stimme keineswegs. Die (von ihm festgestellte) ausgeprägte auffällige Muskelatrophie an der linken Schulter müsse bereits bei der Untersuchung durch Dr. C. vorhanden gewesen sein, denn Dr. M. habe bei seiner ein Monat später erfolgten Untersuchung bereits eine deutliche Konturverschiebung an der linken Schulter beschrieben.

Eine weitere Diskrepanz bestehe in der Beschreibung des Röntgenbefundes vom 7. November 1989 betreffend die LINKE Schulter. Bei Dr. C. heiße es dazu: "Ebenfalls keine Weichteilverkalkung, nur beginnende Omarthrosezeichen."

Hingegen habe Dr. P. in seinem Gutachten vom 28. November 1990 diesen Röntgenbefund wie folgt beschrieben: "Röntgen Dr. D

7.11.89 linke Schulter in drei Ebenen: MASSIVE Acromeocalvicularartrose, minimale Heruskopfentrundung, ZARTE Weichteilverkalkung im Sulcus intertubercularis." Klinisch sehr auffällig sei die sicht- und tastbare Verdickung am äußeren Schlüsselbeinende zur Verbindung zum Schulterblatt, aber auch die umschriebene druckempfindliche Verdickung am Ansatz des linken Schlüsselbeines am Brustbein. Man habe den Eindruck, daß das ganze linke Schlüsselbein gegenüber dem rechten etwas vorspringe. Die Befundung durch Dr. C. sei, was die linke Schulter des Beschwerdeführers betreffe, sowohl klinisch als auch röntgenologisch falsch. Bei einer über 40-jährigen Umgewöhnung auf die linke Hand erscheine die von Dr. C. in seinem Gutachten getroffene Annahme einer seitengleichen Abnützung und Funktionsbehinderung bei anerkannter Unbrauchbarkeit des rechten Armes, klinisch unlogisch. Andererseits werde in diesem Gutachten eine hochgradige Abnützungserscheinung an der HWS als Ursache der Beschwerden angesehen. Es werde wohl von einer Periarthritis humero scapularis und einem Cervicalsyndrom gesprochen, aber nicht von den schweren Veränderungen an den besonders belasteten Schlüsselbeingelenken am Schulterblatt und am Brustbein, die ein echtes Überlastungssyndrom seien. Befund und Gutachten Dris. M. und Dris. P. (vom 28. November 1990) deckten sich weitgehend mit seinen Vorstellungen zum linken Arm des Beschwerdeführers. Der Beschwerdeführer habe über sein Anraten überdies Dr. B. aufgesucht: Laut dem vorliegenden Befund der Orthopädischen Ambulanz des Krankenhauses der Stadt Linz vom 27. Februar 1991 beschreibe Dr. B. einen Riß an der Supraspinatussehne links auf Grund degenerativer Überbelastung bei Granatsplitterverletzung rechts.

In der Folge nahm der ärztliche Konsulent des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales Dr. L. zunächst eine "Persönliche Befundung" der im Akt aufliegenden Röntgenbilder des Beschwerdeführers vor. Dabei kam er zu folgendem Ergebnis:

"Schulter a.p. in zwei verschiedenen Drehungen sowie axial links vom 7.11.1989:

Die eine Drehung a.p. ist relativ hart getroffen, sodaß die Beurteilung der Schulterweichteile nicht zuverlässig ist. Die andere Drehung a.p. ist relativ weich getroffen, sodaß der Weichteilschatten recht gut beurteilt werden kann. Auf den vorhandenen zwei Drehungen sieht man keine Weichteilverkalkung im Sinne einer Periarthritis. Nennenswerte degenerative Veränderungen am Schultergelenksspalt finden sich nicht, die gelenksbildenden Körper sind glatt. Zipfelige Ausziehungen der Gelenkteile sind nicht sichtbar. Auch das Axialbild ist sowohl hinsichtlich gelenksbildender Körper als auch hinsichtlich Weichteilen ebenfalls unauffällig.

Schulter a.p. in mehreren Drehungen rechts sowie axiale Schulter rechts vom 5.3.1990:

Eine Aufnahme a.p. eingestellt auf das AC-Gelenk, röntgenologische Schulterveränderungen finden sich nicht, weder Gelenksdegenerationen gröberen Ausmaßes noch Weichteilverkalkungen.

Halswirbelsäule a.p. und seitlich ebenfalls vom 5.3.1990:

Am a.p.-Bild sieht man zwar eine Kopfschiefhaltung nach links, Bezugspunkte sind aber nicht abgebildet. Keinesfalls findet sich eine Skoliose der HWS, die für eine Schulterschiefhaltung beweisend wäre. Am a.p.-Bild sind auch die Wirbeldorne in einer Reihe, sodaß eine Drehfehlstellung auszuschließen ist.

Auf dem Seitenbild findet sich eine normale Halslordose. Es finden sich degenerative Zuspitzungen der Wirbelkörper von C 5 bis zum letzten abgebildeten Wirbel C 7 mit Schwerpunkt zwischen C 5 und C 7. Die obere HWS ist hinsichtlich degenerativer Veränderungen frei."

In seinem Gutachten vom 17. April 1991 stimmte Dr. L. dem Gutachten der ersten Instanz (Dr. C.), nicht jedoch dem von der belangten Behörde eingeholten Gutachten Dris. P. mit folgender Begründung zu:

"Einerseits ist eine Periarthritis humero scapularis auf den vorliegenden Röntgenbildern nicht zu befunden. (Woraus die Gutachtendiagnose am unverwundeten linken Arm entstand, ist aus dem Akt nicht zu ersehen.) Möglicherweise lagen Bilder anderer Drehung vor, die eine solche Weichteilverkalkung links erkennen ließen. Jedenfalls aber wäre eine solche Periarthritis links akausal. Es ist der Argumentation des leitenden Arztes in Abl. 71/5 RS beizupflichten. Überlastungsschäden am DB-unversehrten linken Arm sind weder nach allgemeiner gutachterlicher Erfahrung noch nach der ständigen Judikatur des VwGH anzuerkennen, selbst wenn sie röntgenologisch nachweisbar wären, was jedoch aus den vorliegenden Bildern nicht einmal zu befunden ist.

Selbst wenn solche Veränderungen links vorhanden wären, so würden sie der Halbkausalität nach Argumentation Dris. P., Abl.71/12-13 nur mit 10 % auszuweisen sein. Selbst dann aber würde sich die Gesamt-MdE nicht auf 90 % erhöhen, weil die führende MdE von 80 % von der Unbrauchbarkeit des rechten Armes durch den weiteren Wert von 10 % von Seiten des linken Armes nicht weiter erhöht würde.

Eine Fehlhaltung durch Unbrauchbarkeit des rechten Armes ist nicht zu erwarten, weil der gesamte Arm rechs erhalten ist. Obendrein läßt sich eine Skoliose aus den vorhandenen Bildern nicht ableiten.

Somit ist die Periarthritis humero scapularis links - wenn überhaupt nachweisbar - jedenfalls akausal zu beurteilen, wie auch die degenerativen HWS-Veränderungen und die allenfalls auf anderen Bildern sichtbare Omarthrose beidseits.

Bemerkungen zu den sogenannten "Überlastungsschäden" der nicht verwundeten gegenseitigen Extremität:

Seit Jahrzehnten ist die Einschätzungspraxis so, daß bei Verwundung oder Amputation einer Extremität Schäden an der anderen Extremität nicht als Überlastungsschaden, also auch nicht als mittelbare DB, anerkannt werden.

Erst im Februar 1990 wurde diese Einschätzungspraxis mittels Klinikgutachten der orthopädischen Universitätsklinik in Wien überprüft. In der Regel sind solche Überlastungsschäden nicht einmal beim statisch belasteten Bein anzuerkennen. Von einer mittelbaren DB infolge Überlastungsschaden am nicht verletzten Bein oder nicht verletzten Arm ist in dem Klinikgutachten nicht einmal die Rede.

Wenn nun Schwellungen oder Muskelatrophien am nicht verwundeten linken Arm beschrieben werden, so sind diese - röntgenologisch untermauert oder nicht - jedenfalls akausal einzustufen."

Zu den vom Beschwerdeführer vorgelegten Beweismitteln - zusätzlich zum Befundbericht Dris. M. vom 24. April 1990 war inzwischen auch das oben erwähnte Gutachten von Prof.Dr. W. mit einem beigeschlossenen orthopädischen Befundbericht des AKH Linz nachgereicht worden - stellte Dr. L. abschließend noch fest:

"Stellungnahme zum Attest Dris.M., Abl. 71/3:

Dr. M. ist zwar seit 1987 in der Gutachterliste des Landesinvalidenamtes für OÖ als SV eingetragen, er ist aber im gegenständlichen Fall nicht als Gutachter beauftragt und sein Befundbericht in Abl. 71/3 ist als Attest zu werten. Er stellt eine deutliche Omarthrose links fest, die sich aber in den im Akt befindlichen Röntgenbildern nicht bestätigen läßt. Unbestritten ist eine schwere Spondylarthrose der HWS, ebenfalls unklar eine Periarthritis humero scapularis links.

Keinesfalls sind die Kausalitätsüberlegungen mit der jahrzehntelangen allgemeinen Gutachtenpraxis in Einklang zu bringen. Wenn nun Schulterveränderungen links und HWS-Veränderungn akausal sind, so sind sie nicht in der Lage, die DB von Seiten des verwundeten rechten Armes zu erhöhen.

Stellungnahme zum inzwischen beigebrachten Bericht von Prof.Dr. W. vom 6.3.1991:

Es sind dem Bericht zahlreiche Fotographien beigeschlossen, die zunächst diskutiert werden sollen:

Seitliche Schulterlichtbilder rechts und links:

Die linke Schulter scheint schmächtiger als die rechte. Ein Lichtbild des linken Schlüsselbeines ist nicht aussagekräftig, weil ein Vergleichsbild der anderen Seite fehlt.

Brustkorb von vorne und hinten:

In der Ansicht von vorne Verschmächtigung der Schulterwölbung beidseits, rechts mit Sicherheit im Rahmen der anerkannten DB, links nach obiger und folgender Argumentation aufgrund degenerativer Veränderungen.

Am entscheidendsten ist die Brustkorbaufnahme in der Ansicht von hinten: Hier sieht man zwar einen geringen Schulterhochstand rechts und eine geringe Seitverbiegung der Halswirbelsäule und Brustwirbelsäule. Die ausgeprägte Skoliose findet sich aber links konvex in der oberen LWS, also fernab der eigentlichen DB und somit sicher akausal.

Zum Text des Berichtes von Dr. W.:

Auch Dr. W. kann sich stellungnehmend zu in seinen Händen gewesenen RÖNTGENBILDERN nicht auf eine Weichteilverkalkung der linken Schulter beziehen. Wenn, dann besteht nur eine zarte Weichteilverkalkung entlang der langen Bizepssehne. Hauptveränderungen finden sich im AC-Gelenk links.

Bei Vorliegen von Lichtbildern kann eine Muskelverschmächtigung der linken Schulter nicht geleugnet werden, was aber noch nichts über die kausale Anerkennung aussagt.

Um nochmals auf die Wirbelsäulenverbiegung einzugehen, so sei gesagt, daß die Hauptskoliose in der oberen LWS zu finden ist und somit fernab der DB.

Stellungnahme zu einem orthopädischen Befundbericht aus der Orthopädischen Ambulanz des AKH Linz vom 27.2.1991, welcher dem Bericht Dris. W. beigelegt ist:

Attestiert ist ein Riß der Supraspinatussehne links (zur Schultermuskulatur gehörend) aufgrund degenerativer Überlastung.

Dazu ist zu sagen, daß in diesem Satz ein Widerspruch in sich befindlich ist. Entweder ist ein Riß degenerativer Natur oder aufgrund von Überlastung aufgetreten. Aufgrund gutachterlicher Erfahrung ist aber bekannt, daß solche Sehnenrisse - wenn sie nicht direkt traumatischer Natur sind - aufgrund degenerativer Veränderungen auftreten. Somit sind solche Risse degenerativ.

Der Passus "bei Granatsplitterverletzung der rechten Schulter" ist als Beifügung zu werten und nicht als Kausalitätsbegründung.

Stellungnahme zum ärztlichen Attest Dr. G., Abl. 61:

Die Unbrauchbarkeit des rechten Armes infolge der DB unbestritten. Die Überlastung des unverletzten linken Armes entspricht aber der persönlichen Meinung des Attestierers Dr. G. und ist mit der Einschätzungspraxis und Judikatur nicht in Einklang zu bringen."

In seiner in Wahrung des Parteiengehörs erfolgten ersten Stellungnahme vom 14. August 1991 bezeichnete der Beschwerdeführer das aktenmäßige Gutachten Dris. L. als nicht schlüssig, weil dieser Sachverständige ihn nicht persönlich untersucht habe. Außerdem habe Dr. L. sein Gutachten im wesentlichen mit dem Hinweis, daß Überlastungsschäden am "DB-unversehrten linken Arm" weder nach allgemeiner gutachterlicher Erfahrung noch nach der ständigen Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes anzuerkennen seien, selbst wenn sie röntgenologisch nachweisbar seien, begründet. Eine Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes, wonach praktisch alle Oberarmamputationsfälle wie nach einer Schablone zu prüfen seien, sei dem Beschwerdeführer nicht bekannt: Vielmehr müsse nach der Judikatur jeder einzelne Fall rechtlich und medizinisch schlüssig geprüft werden.

Der Beschwerdeführer schloß seiner Stellungnahme ein weiteres Gutachten Dris. W. vom 6. August 1991 sowie ein Gutachten Dris. B. vom 9. Juli 1991 an.

Dr. W. nahm dabei zum Gutachten Dris. L. vom 17. April 1991 Stellung: Obwohl Dr. L auf Grund der von Dr. W. gemachten Fotos einräume, die linke Schulter des Beschwerdeführers erscheine schmächtiger als die rechte und er in Kenntnis mehrerer Stellungnahmen eines Gutachtens gewesen sei, die dem Erstgutachten Dris. C. widersprochen hätten, habe er dennoch dem medizinisch nicht haltbaren Erstgutachten, das auf Grund einer mangelhaften Untersuchung zur falschen Diagnose und falschen Schlüsse gekommen sei, zugestimmt. Außerdem sei Dr. L. auf Hinweise, daß eine Schädigung der Sehnenscheide der langen Bizepssehne vorliege, nicht eingegangen. Beides sei vom Erstgutachter Dr. C. nicht erkannt worden. Bei dessen Aussage "Periarthritis" habe es sich eher um eine Verlegenheitsdiagnose gehandelt; die darauf bezogenen rein theoretischen Erwägungen seien für die Beurteilung des eigentlichen Leidens des Beschwerdeführers bedeutungslos.

Dr. B. kam in seiner Stellungnahme vom 9. Juli 1991 unter Hinweis auf eine durchgeführte klinische Untersuchung des Beschwerdeführers zum Ergebnis, alle Zeichen sprächen für eine Läsion der Rotatorenmanschette. Auf Grund einer sonographischen Untersuchung habe ein ausgedehnter Riß der Supraspinatussehne und teilweise auch der Infraspinatussehne festgestellt werden können sowie eine Schädigung der Bizepssehne. Dies seien typische Überlastungszeichen, wobei Prof. N, der die gebräuchlichste Stadieneinteilung solcher Schulterschäden zusammengestellt habe, als typisches Beispiel die einseitige Belastung beim Tennisspielen am Schlagarm angeführt habe. Zur Kausalität dieser Schulterschädigung führte Dr. B. aus, wegen der wesentlich stärkeren Beanspruchung des linken Armes wegen Gebrauchsunfähigkeit des rechten Armes sei es zu einer ständigen Überbelastung gekommen. Da ansonsten diese Veränderungen bei gleichmäßiger Belastung beider Arme in dieser Schwere nur selten aufträten und extrem selten bei Rechtshändern im Bereich des linken Armes (der Beschwerdeführer sei ursprünglich Rechtshänder gewesen), sei für ihn die Unfallkausalität ganz eindeutig gegeben und mit mindestens 70 % anzunehmen. Der Auffassung Dris. L., daß beschleunigte degenerative Veränderungen nicht auf eine chronische Überbelastung zurückgeführt werden könnten, könne er nicht folgen. Die HWS zeige degenerative Veränderungen und eine fixierte Fehlhaltung zur Seitneigung des Kopfes. Auch wenn diese Veränderungen beidseits symmetrisch aufgetreten seien, unterliege die Halswirbelsäule und speziell die Nackenmuskulatur auf Grund der veränderten Statik nach der Lähmung des rechten Armes verstärkten Belastungen. Alle Ausgleichs- und Balancebewegungen, die normalerweise mit beiden Armen symmetrisch durchgeführt würden, müßten nun mit dem linken Arm, aber durch Vorbringen der rechten Schulterregion durch Anspannung der Nacken-Schultermuskulatur durchgeführt werden. Damit komme es nicht nur zu Überlastungsschäden an der linken Seite, sondern durch ständige muskuläre Druckerhöhung auch zu vermehrten Überlastungszeichen rechts. Daher sei auch ein beschleunigter Abnützungsprozeß der Halswirbelsäule mit symmetrischem Befall zumindestens zu 50 % auf die ehemalige Kriegsverletzung zurückzuführen.

Hiezu nahm Dr. L. in seinem Gutachten vom 22. Oktober 1991, überarbeitet am 14. Jänner 1992, neuerlich Stellung. Der Lokalbefund am Beschwerdeführer sei mehrfach erhoben worden und unbestritten aktenkundig. Die Problematik liege nicht in der Befunderhebung, sondern in der Kausalitätsbewertung der Veränderungen des linken Armes sowie im Bereich der Wirbelsäule. Veränderungen hinsichtlich der Funktionseinschränkung der linken Schulter seien längst aktenkundig. Es bestehen wechselweise angeführt Schleimbeutelveränderungen an der Schulter links, Veränderungen an der Bizepssehne links, an der Rotatorenmanschette (Subscapularis, Supraspinatus und Infraspinatus) bzw. sekundäre Muskelverschmächtigung und degenerative Wirbelsäulenveränderungen. Weiters seien Veränderungen der

Schlüsselbeingelenke (offenbar Schultereckgelenk) erwähnt. Zum neuerlichen Gutachten Dris. W. bemerkte Dr. L. bezüglich der Verkalkung im Weichteilbereich der linken Schulter, daß diese im untergeordneten Lichte zu sehen sei, weil die Gesamtdiagnose von Dr. B. "Riß der Rotatorenmanschettte links" laute. Außerdem werde klargestellt, daß sich seine Aussage, wonach dem Erstgutachten Dris. C. zugestimmt werde, lediglich auf dessen Beurteilung der Akausalität der Arm- und Wirbelsäulenveränderungen beziehe und nicht dessen detaillierter Diagnose gegolten habe.

Zum Gutachten Dris. B. wies Dr. L. darauf hin, daß dessen Diagnose auf Grund des Vorbefundes und seiner Untersuchungen nicht von der Hand zu weisen sei, wenngleich die letzte Sicherheit erst durch einen Operationsbefund zu liefern wäre. Aber auch die Diagnose "Rotatorenmanschettenriß links" sei daraufhin zu prüfen, ob eine solche Veränderung vollkausal oder zumindestens teilkausal anzuerkennen wäre. Zunächst sei festzuhalten, daß die Diagnose Riß der Rotatorenmanschette links oder auch nur Verkalkung im Weichteilmantel der linken Schulter degenerativer Natur sei. Das Argument laut N von der Abnützungserscheinung des Tennisspielers gehe ins Leere, weil es sich um ein reines Literaturzitat handle, ohne Beziehung auf den tatsächlichen Fall. Im übrigen könne die im Kampf- oder Freizeitsport den Armen eines Tennisspielers abverlangte Beanspruchung auch nicht annähernd mit den von einem Einhänder üblicherweise im täglichen Leben bzw. vom Beschädigten in seinem Beruf verrichteten Tätigkeiten verglichen werden. Außerdem handle es sich bei N um eine Einzelbeobachtung ohne statistischen Beweiswert. Ganz entscheidend sei für die Beurteilung von Überlastungsschäden in der Kriegsopferversorgung jedoch, ob es sich um eine obere oder untere Extremität handle. Alle Argumentationen, daß IM EINZELFALL an der unteren Extremität Überlastungen infolge statischer Belastung der unteren Extremität allenfalls eintreten könnten, träfen für die obere Extremität nicht zu. Die obere Extremität sei statisch nicht belastet, weil "wir ja mit den oberen Extremitäten nicht gehen". Vielmehr träte an der oberen Extremität ausschließlich eine dynamische Belastung ein, weshalb degenerative Veränderungen an ihr am nicht verwundeten Arm entsprechend der ständigen Einschätzungspraxis ausschließlich akausal zu beurteilen seien. Außerdem sei die Toleranzgrenze sowohl an der unteren Extremität als auch BESONDERS an der oberen Extremität groß genug, daß eine Mehrbelastung durch Ausfall einer Extremität nicht Überlastungsveränderungen an der erhaltenen gesunden Gegenextremität bewirken könnte. Im übrigen sei ein Zusammentreffen von besonders gelagerten Umständen, wie sie im Einzelfall bei den unteren Extremitäten mitunter zur Anerkennung von Überlastungsschäden führen könnten, medizinisch bei den oberen Extremitäten auszuschließen. Die unbestrittenen Veränderungen am linken Arm (allenfalls in verschiedener diagnostischer Bezeichnung) seien ihrem Typ nach demnach als SUI GENERIS einzuordnen und nicht als sekundäre Folgen der Armschädigung rechts. Es sei daher auch eine Teilkausalität nicht abzuleiten.

Zusammenfassend stellte Dr. L. unter Hinweis auf seine eigenen Stellungnahmen fest:

"Es wird darauf hingewiesen, daß eine Verkrümmung weniger im Bereich der BWS, sondern vielmehr im Bereiche der LWS zu befunden ist, wobei die Verkrümmung fernab der DB zu finden ist und somit als eine Wirbelsäulenfehlstellung aufscheint, die akausal zu bewerten ist.

Veränderungen am Arm links, insbesondere in der Schulterregion links (u.a. Weichteilverkalkungen, Riß der Rotatorenmanschette links) sind degenerativer Natur und gleichfalls akausal. Eine Erhöhung der MdE von Seiten des rechten Armes durch die Veränderungen am linken Arm ist somit nicht gerechtfertigt."

In seiner zweiten Stellungnahme vom 26. Februar 1992 kritisierte der Beschwerdeführer die nochmalige Befassung Dris. L., weil die Praxis zeige, daß Gutachter ihre Meinungen nie änderten. L. habe nach wie vor keine geeignete Begründung für seine abweisende Haltung gegeben. Dr. B. finde die neuerliche Stellungnahme Dris. L. unverständlich (eine entsprechende Stellungnahme Dris. B. wurde beigelegt) und habe die Einholung eines Gutachtens Dris. R von der Universitätsklinik für Unfallchirurgie in Innsbruck empfohlen, der den Beschwerdeführer operiert habe. An dieser Klinik habe sich der Beschwerdeführer in der Zeit vom 3. bis 7. Februar 1992 in stationärer Behandlung befunden. Er schloß seiner Stellungnahme auch eine entsprechende Empfehlung Dris. B. an.

Die belangte Behörde holte hierauf die Krankengeschichte von der genannten Universitätsklinik in Innsbruck ein. Danach wurde beim Beschwerdeführer am 4. Februar 1992 wegen einer ausgedehnten Rotatorenmanschettenruptur an der linken Schulter eine Acromioplastik durchgeführt.

In seiner dritten Stellungnahme vom 11. Mai 1992, dem als Beilage ein Schreiben von Dr. R vom 19. Februar 1992 angeschlossen war, kritisierte der Beschwerdeführer, daß von der Universitätsklinik Innsbruck lediglich der Operationsbericht, nicht aber auch der Operationsbefund oder eine sonstige kausale Beurteilung angefordert worden

seien, obwohl sogar Dr. L. in seiner Stellungnahme vom 22. Oktober 1991 eingeräumt habe, daß die letzte Sicherheit für eine Beurteilung ein Operationsbefund (nicht Bericht) geben würden. Dr. R habe den Beschwerdeführer wissen lassen, daß er jederzeit bereit sei, seine mündliche Aussage auch schriftlich niederzulegen, sofern er von der belangten Behörde dazu aufgefordert werde. Daß das erstinstanzliche Gutachten Dris. C. nicht schlüssig sei, bestätige auch Dr. L. in seinem Ergänzungsgutachten vom 22. Oktober 1991, in dem er klargestellt habe, daß er sich diesem Gutachten lediglich im Hinblick auf dessen Beurteilung der Akausalität der Arm- und Wirbelsäulenveränderung, nicht aber in bezug auf dessen detaillierte Diagnose, angeschlossen habe.

In der Folge erstattete die Universitätsklinik für Unfallchirurgie der Universität Innsbruck (Gutachter: Dr. X) ein umfangreiches Gutachten zu folgenden Fragen der belangten Behörde:

"1.

Aufgrund welcher Befunde kann mit Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, daß es sich bei den Veränderungen der Wirbelsäule und den Veränderungen am Schulter-Armbereich links um fehl- und überlastungsbedingte Veränderung durch die Kriegsbeschädigung handelt?

Oder sind die Veränderungen akausal?

2.

Inwieweit ist eine Erhöhung der Minderung der Erwerbsfähigkeit DB Folgen vorzunehmen?"

Nach Darstellung der Vorgeschichte sowie einer Zusammenfassung aller bisher erstatteten Stellungnahmen und Gutachten nahm der Gutachter zunächst zur Frage Stellung, inwieweit der (operativ behandelte) Supraspinatussehnenriß der linken Schulter mit der Dienstbeschädigung des Beschwerdeführers am rechten Arm im Zusammenhang stehe.

Der Begriff "Periarthritis humero scapularis" sei bereits seit längerer Zeit nicht mehr in Gebrauch. Heute würden die Verletzungen bzw. Veränderungen der Schulter differenziert, und zwar in Schädigung der Supraspinatussehne, Schädigung der Bizepssehne, Bursitis oder Kalkeinlagerungen im Bereich der Bursa supracromealis oder auch Impingementsyndrom durch Arthrose im Subacromealraum. Die Diagnose sei beim Beschwerdeführer auch durch Sonographie und Operation erhärtet. Die Behauptung, daß seine Supraspinatussehnenruptur durch eine 50-%ige Mehrbelastung des linken Armes durch Schädigung des rechten Armes entstanden sei, sei nicht gerechtfertigt. Denn

"1. Haben wir alle eine Gebrauchshand, die wir mehr gebrauchen und eine Hilfshand, die weniger gebraucht wird.

2. Kommt es auch bei Beidhändern, ohne Schädigung eines Armes, im höheren Alter zur Ruptur der Rotatorenmanschette, wobei nicht unbedingt immer die Gebrauchshand betroffen ist. In vielen Fällen sind es allerdings kleinere "Traumen". Es genügt aber schon oft im höheren Alter eben, ein plötzlicher Riß am Arm, oder plötzliches Anspannen der Muskulatur beim Auffangen eines Sturzes.

3. Ist bei Herrn O.L. die rechte Schulter ja noch beweglich, die Lähmung besteht erst ab Oberarm, sodaß auch der rechte Arm noch als Hilfsarm zum Abstützen gebraucht werden kann und somit auch hier zeitlebens eine gewisse Schulterbeweglichkeit durchgeführt werden konnte. Dies beweist ja auch schon die Beweglichkeit die im Gutachten von Dr. C. angeführt wird, sowie die fehlende Muskelatrophie. Somit sind die Bewegungen in der RECHTEN Schulter keineswegs um 50 % vermindert.

4. Hängt der Gebrauch des Armes und der Bewegungsumfang der Schultern auch von der Tätigkeit der verletzten Person ab. Für Herrn O.L. fallen eine Reihe von Tätigkeiten weg, die nur von Personen mit gesunden Armen ausgeführt werden können und dies gilt auch für die berufliche Tätigkeit. Herr O.L. konnte somit seinen erlernten Beruf als Mechaniker nicht mehr ausführen, konnte also manuell nicht mehr tätig sein und beanspruchte so naturgemäß beide Schultern und somit auch die linke weniger, wie (gemeint wohl: weniger als) ein beidarmiger gesunder Mensch, der manuell tätig ist."

Zu den Veränderungen der Halswirbelsäule und den übrigen Gesundheitsschädigungen führte der Gutachter folgendes aus:

"Auch die degenerativen Veränderungen der HWS können nicht auf die Schädigung des rechten Armes zurückgeführt werden. Zunächst einmal besteht statisch ein Gleichgewicht, da der rechte Arm ja nicht völlig fehlt. Dann aber müßten bei einseitiger Belastung auch die degenerativen Veränderungen einseitig feststellbar sein.

Bei Durchsicht der HWS-Röntgen ist dies jedoch nicht der Fall. Es handelt sich um eine erhebliche Uncarthrose, die beidseits ausgebildet ist. Es besteht auch keine vermehrte Spangenbildung rechts oder links. In der seitlichen Aufnahme besteht eine deutliche Verschmälerung der Bandscheibenräume C5/6 und 7, es sind auch besonders an den Vorderkanten die Spondylosezacken ausgeprägt.

Arthrosezacken sind aber auch an den Hinterkanten und zwar an den Wirbeln C2 bis C7 erkennbar. Auch die kleineren Gelenke zeigen schon erhebliche Arthrose. Diese Arthroseerscheinungen, die naturgemäß stärker am Cervicothoracalen Übergang, also am Übergang vom stabilen Teil der Wirbelsäule zum mobilen Teil bestehen, sind durchaus dem Alter entsprechend.

Sicher ist, daß sie bei einseitiger Belastung auch einseitig vermehrt deutlich ausgebildet wären. Beispielsweise Spondylosezacken links stärker wie rechts. Die von Prof.W. beschriebene Atrophie der Deltoideusmuskulatur entspricht der Schultererkrankung.

Der Röntgenvergleich beider Schultern erbringt, daß wohl rechts die Omarthrose deutlicher ausgebildet ist wie links, beidseits jedoch eine deutliche Acromiaclaviculargelenks-Arthrose besteht.

Auf der Suche nach Literatur konnte ich leider nichts vergleichendes finden. Vermehrte Verbrauchserscheinungen am gesunden Bein nach Amputation des anderen Beines werden auf jeden Fall abgelehnt. So wird nach Arens festgestellt, daß bei Amputierten weniger Arthrosen vorkommen wie bei Nichtamputierten. Dies liegt daran, daß der Amputierte nur etwa 1/3 bzw. die Hälfte der Zeit, eines Gesunden geht und steht. Also Häufigkeit von Arthrosen, Krampfadern, Senk-Spreizfüßen, entpricht derjenigen bei Nichtamputierten.

Veränderungen der Lendenwirbelsäule, bei Armamputation, werden dann anerkannt, wenn eine echte fixierte Skoliose nachweisbar Folge des Beckenschiefstandes in Folge einer kürzeren Prothese ist.

Daraus ergibt sich zusammenfassend folgende Beantwortung der gestellten Fragen:

ad 1) Die Veränderungen an der Wirbelsäule und Veränderungen im Arm-Schulterbereich, sind akausal, es handelt sich um keine fehl- bzw. überlastungsbedingte Veränderung.

ad 2) Damit ergibt sich keine Erhöhung der Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Dienstbeschädigung."

In seiner in Wahrung des Parteiengehörs erfolgten vierten Stellungnahme vom 20. Oktober 1992 brachte der Beschwerdeführer vor, er habe immer wieder auf die mangelhafte Sachverhaltserhebung durch die Behörde hingewiesen und eine gezielte medizinische Überprüfung gefordert. Alle Begutachter, die ihn persönlich untersucht hätten (mit Ausnahme des Erstgutachters Dris. C., der - wie bereits näher dargelegt - eine Fehlbeurteilung vorgenommen habe) hätten die Kriegsbeschädigung zumindestens teilkausal als Ursache für den Funktionsausfall des linken Armes angesehen. Nur jene Sachverständige, die ihn nicht untersucht hätten und ihre Erkenntnisse nur aus der Aktenlage geschöpft hätten, hätten eine für ihn "unschlüssige Haltung" eingenommen. Es sei ihm unerklärlich, daß man seinem Verlangen nach ausreichender persönlicher Untersuchung nicht nachgegeben habe bzw. das Gutachten Dris. P. für die Entscheidung "nicht zugelassen habe". Es sei ihm nicht bekannt, unter welchem Aspekt die neuerliche Beurteilung durch die Universitätsklinik Innsbruck vorgenommen worden sei. Dem Beschwerdeführer sei jedoch seitens des Operateurs Dr. R schriftlich und mündlich bestätigt worden, daß er auf Grund seiner Kriegsbeschädigung sich nicht zu wundern brauchte, weshalb bei ihm dieses Zustandsbild eingetreten sei; im Hinblick darauf finde er die Beurteilung der Universitätsklinik nicht schlüssig. Der Hinweis in diesem Gutachten auf die erfolglos gebliebene Suche nach Literatur führe zur Frage, auf Grund welcher beweisbarer schulmedizinischer Erkenntnisse denn die Aussage dieses Fachgutachters beruhe. Das Abtun der von Dr. W. erhobenen Daten als krankhaft bzw. degenerativ zeige auf, daß weder seine Angaben noch die Anamnese noch die vorgelegten Beweismittel Eingang in die Beurteilung gefunden hätten, sondern nur eine allgemeine Beurteilung vorgenommen worden sei, etwa mit der Fragestellung, ob generell Funktionsausfälle einer verbliebenen Extremität ursächlich mit Amputationen zusammenhängen könnten oder nicht. Eine solche Beurteilung allgemeiner Art könnte jedoch nie den tatsächlichen Sachverhalt im Einzelfall erfassen.

Mit dem nunmehr angefochtenen Bescheid vom 14. Jänner 1993 gab die belangte Behörde der Berufung gemäß § 66 Abs. 4 AVG keine Folge, änderte jedoch den erstinstanzlichen Bescheid insoweit ab, als gemäß §§ 1 und 4 KOVG 1957 die Gesundheitsschädigung "Veränderungen im li. Arm-Schulterbereich sowie im Bereich der Halswirbelsäule" nicht als

Dienstbeschädigung anerkannt wurde. Vorab stellte die belangte Behörde in der Begründung fest, die erstinstanzliche Abweisung des Verschlimmerungsantrages sei unangefochten geblieben und daher in Rechtskraft erwachsen, sodaß sie sich nicht mehr damit zu befassen gehabt habe.

Ungeachtet der verschiedenen medizinischen Diagnosen habe sich ein Teil des Vorbringens des Beschwerdeführers auf die Veränderung im linken Arm-Schulterbereich bezogen, weshalb dies im Spruch unter dieser Bezeichnung zusammengefaßt worden sei.

Die belangte Behörde habe sich nicht mehr veranlaßt gesehen, das medizinische Beweisverfahren fortzuführen. Die ihr im Rahmen der freien Beweiswürdigung vorliegenden übereinstimmenden Beurteilungen Dris. L. sowie das Gutachten der Universitätsklinik Innsbruck seien vollständig und schlüssig gewesen. Maßgebend seien hiefür folgende Überlegungen:

Was die Ausfälle im linken Arm-Schulterbereich beträfe, schließe sich die belangte Behörde den Gutachten Dris. L. vom 17. April 1991 und vom 22. Oktober 1991 (überarbeitet am 14. Jänner 1992) deshalb an, weil er seine Beurteilung ausführlich und nach Ansicht der belangten Behörde schlüssig begründet habe; darüber hinaus stimme seine Beurteilung mit der im Rahmen des KOVG 1957 vertretenen allgemeinen gutachterlichen Meinung hinsichtlich Überlastungsschäden an der Gegenextremität bei Verlust oder Unbrauchbarkeit der anderen Extremität sowie mit der Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes überein. Aus diesem Grund teile die Schiedskommission auch seine Ansicht zum Gutachten Dris. B. Dr. L. habe sich auch mit dem Gutachten Dris. P. sowie mit sämtlichen vom Beschwerdeführer vorgelegten Beweismitteln eingehend auseinandergesetzt und die darin vertretenen Ansichten nach Auffassung der belangten Behörde in vollständiger und schlüssiger Weise widerlegt. Das Universitätsgutachten wiederum stimme hinsichtlich der Beurteilung der vorhandenen Schädigungen im linken Arm-Schulterbereich völlig mit der Beurteilung Dris. L. überein, wobei darin unter Punkt 1. bis 4. ebenfalls schlüssig begründet worden sei, warum es sich hiebei um rein akausale Gesundheitsschädigungen handle.

Was die Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule beträfen, so sprächen sich diesbezüglich nicht nur Dr. L. und das Universitätsklinik-Gutachten, sondern auch Dr. P. einhellig gegen einen Kausalzusammenhang mit der anerkannten DB des Beschwerdeführers aus, wobei hiefür zusammengefaßt folgende Faktoren maßgebend gewesen seien:

-

Eine Krümmung der Wirbelsäule finde sich weniger im Bereich der Brustwirbelsäule, sondern vielmehr im Bereich der Lendenwirbelsäule, demnach fernab von der DB.

-

Bei einseitiger Belastung müßten die Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule aber ebenfalls nur einseitig feststellbar sein, zumindest müßten sie einseitig deutlich vermehrt ausgebildet sein, was beim Beschwerdeführer jedoch nicht der Fall sei. Die Veränderungen seien vielmehr völlig symmetrisch.

-

Eine Fehlhaltung der Halswirbelsäule durch Unbrauchbarkeit des rechten Armes sei auch deshalb auszuschließen, weil sein rechter Arm zur Gänze erhalten sei und demnach statisch ein Gleichgewicht bestehe.

Die belangte Behörde habe sich auch dieser Beurteilung angeschlossen, weil sie ihr ebenfalls vollständig und schlüssig erschienen sei und habe sie daher in freier Beweiswürdigung ihrer Entscheidung zugrunde gelegt.

Entgegen den im Verwaltungsverfahren vorgebrachten Einwendungen des Beschwerdeführers werde ergänzend noch festgestellt, daß eine nochmalige spezielle Untersuchung nicht mehr erforderlich gewesen sei, weil zum einen auf Grund des eingeholten Operationsberichtes der Universitätsklinik Innsbruck ohnehin ein aktueller objektiver Befund hinsichtlich der linken Schulter mit entsprechender Diagnose vorgelegen sei, und zum anderen, weil - wie bereits Dr. L. zutreffend bemerkt habe - im Beschwerdefall die Problematik nicht so sehr in der Befunderhebung selbst gelegen sei (daß krankhafte Veränderungen im Bereich der linken Schulter einschließlich des Armes sowie im Bereich der HWS vorlägen, sei nie in Zweifel gezogen worden), sondern vordergründig in der Kausalitätsbeurteilung an sich.

Eine schriftliche Aussage von Dr. R darüber, ob und inwieweit er die Beschwerden im linken Arm tatsächlich im Zusammenhang mit der anerkannten Dienstbeschädigung des Beschwerdeführers bringe, läge nicht vor. Hingegen

liege ein Gutachten jener Universitätsklinik vor, an der der Beschwerdeführer im Februar 1992 von Dr. R operiert worden sei und das der Vorstand dieser Klinik als Verantwortlicher gezeichnet habe.

Gegen diesen Bescheid richtet sich die vorliegende Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof, in der im Ergebnis Rechtswidrigkeit infolge Verletzung von Verfahrensvorschriften geltend gemacht wird.

Die belangte Behörde legte die Akten des Verwaltungsverfahrens vor und erstattete eine Gegenschrift in der sie die Abweisung der Beschwerde als unbegründet beantragte.

Der Verwaltungsgerichtshof hat in einem gemäß § 12 Abs. 1 Z. 2 VwGG gebildeten Senat erwogen:

Gemäß § 4 Abs. 1 KOVG 1957 ist eine Gesundheitsschädigung im Sinne des § 1 Abs. 1 KOVG 1957 anzuerkennen, wenn und insoweit die festgestellte Gesundheitsschädigung zumindest mit Wahrscheinlichkeit auf das schädigende Ereignis oder die der Dienstleistung eigentümlichen Verhältnisse ursächlich zurückzuführen ist. Für die Auslegung des Begriffes "wahrscheinlich" ist der allgemeine Sprachgebrauch maßgebend. Wahrscheinlichkeit ist gegeben, wenn nach der geltenden ärztlichen-wissenschaftlichen Lehrmeinung erheblich mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht (vgl. dazu z. B. das hg. Erkenntnis vom 26. September 1991, Zl. 89/09/0030, und die dort angeführte Vorjudikatur).

Danach ist für die Begründung eines Versorgungsanspruches nur die Wahrscheinlichkeit, nicht aber die bloße Möglichkeit einer Verursachung der Gewißheit gleichgestellt. Im Verfahren nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957 geht es nicht um eine Objektivierung der Verneinung der Kausalität, sondern um die Feststellung, ob die Wahrscheinlichkeit für die Kausalität spricht.

Als Dienstbeschädigung sind auch solche Gesundheitsschädigungen anzuerkennen, die ihre Ursache in einer bereits anerkannten Gesundheitsschädigung haben (mittelbare Dienstbeschädigung). Als Ursache gilt auch im Falle einer mittelbaren Dienstbeschädigung nur eine wesentliche Bedingung (vgl. dazu z.B. das hg. Erkenntnis vom 25. Juni 1992, Zl. 91/09/0231 mit weitere Nachweisen).

Die rechtliche Beurteilung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen einem schädigenden Ereignis oder der der Dienstleistung eigentümlichen Verhältnisse und einer Gesundheitsschädigung im Sinne des § 4 Abs. 1 erster Satz KOVG 1957 setzt voraus, daß der Kausalzusammenhang im medizinisch-naturwissenschaftlichen Sinn in dem durch § 90 KOVG 1957 geregelten Verfahren geklärt wird und allenfalls strittige Tatsachen im Zusammenhang mit der Wehrdienstleistung bzw. dem schädigenden Ereignis und der Krankheitsvorgeschichte von der Behörde ermittelt und festgestellt werden (vgl. dazu z. B. das hg. Erkenntnis vom 21. April 1994, Zl. 93/09/0295 und die dort angeführte Vorjudikatur).

Im Beschwerdefall hat die belangte Behörde den von ihr eingeholten und als schlüssig erkannten Gutachten Dris. L. und der Universitätsklinik Innsbruck (Dr. R.) folgend die vom Beschwerdeführer beantragte Anerkennung der Gesundheitsschädigungen "Veränderungen im linken Arm-Schulterbereich sowie im Bereich der Halswirbelsäule" als mittelbare Dienstbeschädigung mangels Kausalität abgelehnt.

Die in der zusammengefaßten Bezeichnung der Gesundheitsschädigung im Spruch des angefochtenen Bescheides vorgenommenen Umschreibung der belangten Behörde hat der Beschwerdeführer nicht gerügt. Er hat aber in seiner Beschwerde Mängel in der Sachverhaltsfeststellung geltend gemacht.

Ein Schwerpunkt der Verfahrensrüge des Beschwerdeführers liegt im Vorwurf, die belangte Behörde habe es unterlassen, ihn durch jene Sachverständigen, dessen sie gefolgt sei, (vor Gutachtens-Erstellung) entsprechend untersuchen zu lassen. Alle Ärzte, mit Ausnahme von Dr. C., die ihn persönlich untersucht hätten, hätten zumindest die Teilkausalität der von ihm geltend gemachten mittelbaren Dienstbeschädigung bejaht. Dr. C., auf den sich die Behörde erster Instanz gestützt habe, habe eine Fehldiagnose erstellt. Alle von der belangten Behörde im Berufungsverfahren beigezogenen Sachverständigen, die ein aktenmäßiges Gutachten zu erstellen gehabt hätten, hätten zwangsläufig von der mangelhaften Sachverhaltserhebung der ersten Instanz ausgehend zu einer Fehlbeurteilung kommen müssen.

Dem ist folgendes entgegenzuhalten:

Nach der ständigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes muß der Sachverständige den seinem Gutachten zugrundeliegenden Befund nicht selbst erstellen. Es genügt, wenn sich aus dem Gutachten die Grundlagen und die Art ihrer Beschaffung ergeben (vgl. z.B. das hg. Erkenntnis vom 20. April 1983, Zl. 1828/80; zur Zulässigkeit des

sogenannten "Aktengutachtens" aus jüngster Zeit siehe das hg. Erkenntnis vom 19. März 1992, Zl. 91/09/0187). Die beiden Gutachten, auf die sich die belangte Behörde stützt, haben - wie sich aus ihrer Begründung zweifelsfrei ergibt - auf alle jeweils zum Zeitpunkt ihrer Erstellung zur Verfügung gestandenen Unterlagen einschließlich der vom Beschwerdeführer vorgelegten Befunde, Gutachten und Fotografien zurückgegriffen und diese bei der Erstellung ihre Beurteilung berücksichtigt. Zudem hat sich im Laufe des Verfahrens vor der belangten Behörde das Verfahrensthema verlagert: Wurde nämlich anfänglich im Berufungsverfahren jedenfalls auch die Frage erörtert, welche Gesundheitsschädigungen im Bereich der linken Schulter des Beschwerdeführers vorliegen, verlagerte sich der Schwerpunkt der Auseinandersetzungen spätestens ab dem zweiten Gutachten Dris. L. vollständig auf das Thema, ob bei den (unbestritten festgestellten) Gesundheitsschädigungen (im Bereich der linken Schulter und der Halswirbelsäule) die im Sinn des § 4 Abs. 1 erster Satz KOVG für ihre Anerkennung als mittelbare Dienstbeschädigung erforderliche Kausalität gegeben ist oder nicht. Insoweit geht auch der Vorwurf des Beschwerdeführers ins Leere, soweit er die "Fortschreibung" einer behaupteten Fehlleistung im Gutachten Dris. C. (im Befundbereich) im Verfahren vor der belangten Behörde geltend macht, zumal sich Dr. L. im Berufungsverfahren in seinem zweiten Gutachten ausschließlich der medizinischen Einschätzung der Kausalität im Gutachten Dris. C. anschloß, nicht aber dessen Diagnose. Auch unter diesem Gesichtspunkt (ausschließliche Erörterung der Kausalität) war es nicht rechtswidrig, wenn die belangte Behörde eine (weitere) persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers durch einen von ihr beauftragten ärztlichen Sachverständigen nicht angeordnet hat.

Der Beschwerdeführer rügt ferner, die belangte Behörde habe sich nicht mit dem von ihm vorgelegten Gutachten hinreichend auseinandergesetzt. So habe sich Dr. L. in seinem aktenmäßigen Gutachten vom 17. April 1991 darauf berufen, "Überlastungsschäden am DB-unversehrten linken Arm sind weder nach allgemeiner gutachterlicher Erfahrung noch nach der ständigen Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes anzuerkennen". Auf diesem Grundsatz aufbauend sei dann eine unschlüssige Auseinandersetzung mit den vom Beschwerdeführer erbrachten Beweismitteln erfolgt; auf jene Punkte, die nur durch eine persönliche Begutachtung in Erfahrung gebracht werden könnten, sei gar nicht eingegangen worden. Dies gelte auch für die Beurteilung durch die Universitätsklinik Innsbruck vom 7. Juli 1992. Für den bei ihm vorliegenden Sachverhalt gebe es keine schulmedizinische Entscheidungspraxis und keine verbindlichen E

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

© 2025 JUSLINE
JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.
www.jusline.at