

Gericht

Verwaltungsgerichtshof

Entscheidungsdatum

02.10.2003

Geschäftszahl

2000/09/0128

Beachte**Serie (erledigt im gleichen Sinn):**

2011/09/0175 E 31. Mai 2012

Betreff

Der Verwaltungsgerichtshof hat durch den Vorsitzenden Senatspräsident Dr. Germ und die Hofräte Dr. Händschke und Dr. Blaschek als Richter, im Beisein der Schriftführerin Dr. Hanslik, über die Beschwerde des K in W, vertreten durch Mag. Britta Schönhart, Rechtsanwältin in 1030 Wien, Baumannstrasse 9/11, gegen den Bescheid der Schiedskommission beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen vom 22. Mai 2000, Zl. OB. 114-484938-008, betreffend Beschädigtenrente nach dem Heeresversorgungsgesetz, zu Recht erkannt:

Spruch**Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen.**

Der Beschwerdeführer hat dem Bund Aufwendungen in der Höhe von EUR 381,90 binnen zwei Wochen bei sonstiger Exekution zu ersetzen.

Begründung

Der im Jahr 1946 geborene Beschwerdeführer leistete vom 4. Oktober 1965 bis 31. Oktober 1966 (verlängerten ordentlichen) Präsenzdienst beim österreichischen Bundesheer.

Am 15. April 1966 zog der Beschwerdeführer sich im Rahmen eines Wegunfalles - er kollidierte infolge eines Bremsdefektes an dem von ihm gelenkten Motorfahrrad an einer Kreuzung mit einem von rechts kommenden PKW - eine "Sprengung des acromioclavicularen Bandapparates rechts" zu. Der Beschwerdeführer wurde deshalb vom 15. bis 28. April 1966 und vom

11. bis 27. Mai 1966 im Heeresspital (1. Chirurgische Abteilung) stationär behandelt.

Mit Antrag vom 10. Juni 1997 beehrte der Beschwerdeführer Versorgung nach dem Heeresversorgungsgesetz für die Gesundheitsschädigung "Schädigungen an der Wirbelsäule nach Schulterverletzung rechts".

Mit Bescheid vom 23. März 1998 hat das Bundessozialamt Wien Niederösterreich Burgenland gemäß §§ 1, 2 HVG die Gesundheitsschädigung "Operationsnarbe reizlos, rechte Schulterhöhe (St.p. Bänderrißoperation rechts, Acromioclaviculargelenk), ohne funktionelle Einschränkung" als Dienstbeschädigung anerkannt, den Anspruch auf Zuerkennung einer Beschädigtenrente gemäß §§ 21, 22 und 98a Abs. 1 und 4 HVG abgelehnt und die Gesundheitsschädigung "Schädigung an der Wirbelsäule" nicht als Dienstbeschädigung anerkannt.

Mit dem im Instanzenzug ergangenen, vor dem Verwaltungsgerichtshof angefochtenen Bescheid der belangten Behörde vom 22. Mai 2000 wurde der Berufung des Beschwerdeführers keine Folge gegeben und der genannte erstinstanzliche Bescheid mit der Maßgabe bestätigt, dass die Dienstbeschädigung wie folgt neu bezeichnet wird: "reizlose Operationsnarbe über dem rechten Schultergelenk nach Rekonstruktion des acromioklavikularen Bandapparates ohne Bewegungseinschränkung des Schultergelenkes (Gebrauchsarm)".

Die Begründung des angefochtenen Bescheides hat - in sachverhaltsmäßiger Hinsicht und hinsichtlich der Beweiswürdigung - folgenden Wortlaut:

"Die Schiedskommission beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) hat zur Prüfung der Berufungseinwendungen ärztliche Sachverständigenbeweise durch den Neurologen Dr. H, die Orthopädin Dr. Kl und den ärztlichen Dienst des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen erstellen lassen.

Vom medizinischen Standpunkt ergibt sich folgende Beurteilung:

Neurologisch bestehen ein radikuläres Syndrom im cervicalen und lumbalen Bereich mit Betroffensein der Segmente S1 rechts und L5 links sowie ein diskret sensomotorisches Defizit C6 links. Diese Leiden und Beschwerden sind jedoch nicht kausal auf das Unfallgeschehen vom April 1966 zurückzuführen. Der lange Zeitabstand zwischen Verletzung und erstmals auftretender Beschwerden im cervicalen und lumbosakralen Bereich spricht vielmehr für alters- und schicksalsbedingte Veränderungen in den erwähnten Wirbelsäulensegmenten.

Es wird ein fachärztlicher Befund von Prim. Dr. P vorgelegt. Aus diesem ist ersichtlich, dass der Berufungswerber schon seit 1980 in Behandlung des physikalischen Institutes steht. Es wird von einer Streckstellung der Halswirbelsäule gesprochen, eine Verspannung der paravertebralen Muskulatur beschrieben, allerdings kein neurologisches sensomotorisches Defizit erwähnt. Auch im ärztlichen Attest von Dr. S wird zwar von einem chronischen Cervicalsyndrom gesprochen, allerdings ebenfalls im neurologischen Status kein entsprechender objektivierbarer Befund erwähnt. Von neurologischer Seite kann nur ein entsprechendes neurologisches Defizit sensomotorisch zur Beurteilung des Behinderungsgrades führen. Unmittelbar nach dem Unfall und auch Jahre danach war in den vorliegenden Befunden kein entsprechender Ausfall festzustellen.

Die in der MRT-Untersuchung festgestellten Bandscheibenprotrusionen der Halswirbelsäule haben jedenfalls zu keiner Kompression der Nervenwurzeln geführt. Auch ein weiterer Befund von Dr. S ergibt keinen neuen Aspekt in der neurologischen Einschätzung hinsichtlich Kausalität. Die grenzwertigen pathologischen elektro-physiologischen Befunde stehen nicht im Widerspruch zu der festgestellten Akausalität. An der Diagnose "polyradikuläre Schmerzsymptomatik" besteht kein Zweifel und sie ist durchaus in Einklang zu bringen mit den erhobenen Befunden. Nicht nachvollziehbar ist allerdings der Zusammenhang mit dem Trauma 1966. Es ist wissenschaftlich nicht begründbar, dass eine Schulterverletzung 1966 nach jahrelanger Beschwerdefreiheit (fehlendes neurologisches Defizit) zu entsprechenden Veränderungen bzw. Bandscheibenschäden führen könnte. Einerseits gibt Dr. S an, dass eine Kausalität zu dem stattgehabten Unfallgeschehen nicht hundertprozentig bewiesen ist, in einem Vorbefund vom 8. Oktober 1998 stellte er jedoch fest, es könnte durchaus eine Kausalität zwischen dem Unfall und den derzeitigen Beschwerden bestehen.

Prim. Dr. V hat den Berufungswerber erstmals 1994 gesehen. Er schließt sich dem Befund von Dr. S an, obwohl keine entsprechenden Unterlagen seit 1966 vorliegen, und behauptet in seinem Befundbericht, dass das Leiden tatsächlich seit dem Jahr 1966 besteht. Es entspricht einer reinen Hypothese wenn er behauptet, dass dieses Leiden offenbar durch die Fehlhaltung und der damit in Zusammenhang stehenden Überbeanspruchung der kleinen Gelenke und des Bandapparates der Wirbelsäule zu vorzeitiger und übermäßiger Abnützung geführt und daher dieses Ausmass angenommen hat.

Der Orthopäde Prof. F stellt allerdings fest, 'wie weit das Unfallgeschehen vom April zu den danach aufgetretenen und noch heute bestehenden Beschwerden beigetragen hat, lässt sich nur bedingt einschätzen', da anlagebedingte sowie durch die später im Beruf erfolgten Schäden und Abnützungen am Bewegungsapparat nicht eindeutig quantifizierbar sind. Die eidesstattlichen Versicherungen von Hrn. Z und Fr. Ka sind medizinisch aufgrund fehlender konkreter Angaben nicht bewertbar. Sie sagen über den tatsächlichen damaligen Gesundheitszustand nichts aus und haben nicht die Wertigkeit eines medizinischen Befundes.

Nach dem vorliegenden Befund war der postoperative Verlauf komplikationslos, der Patient wurde am 28. April 1966 beschwerdefrei aus der stationären Behandlung entlassen.

Die ersten NLG-Befunde, die nur äußerst gering pathologisch sind, wurden erst 30 Jahre nach dem Unfallgeschehen erstellt. Es besteht unter Berücksichtigung aller Aspekte neurologischerseits keine Kausalität. Es handelt sich vielmehr um ein alters- und anlagebedingtes Leiden.

Orthopädischerseits ergibt sich folgende Beurteilung:

Bei den röntgenologisch festgestellten Veränderungen, wobei klinisch in allen Wirbelsäulenabschnitten freie Beweglichkeit besteht, handelt es sich beim Morbus Scheuermann um eine schicksalhafte Wirbelsäulenerkrankung im Jugendalter, wobei der obere Kanteneinbruch L 2 durchaus eine Folge dieser Erkrankung sein kann, insbesondere als in den ärztlichen Berichten aus dem Heeresspital keine traumatische Verletzung ersichtlich ist.

Die im Hals- und Lendenwirbelsäulenbereich beschriebenen degenerativen Veränderungen sind als altersbedingt und schicksalhaft, somit als akausal zu bezeichnen, verstärkt in der Lendenwirbelsäule als Folge des Morbus Scheuermann.

In der Berufung führt der Berufungswerber aus, dass es nach der Operation im Heeresspital (Wiederherstellung des akromialen Bandapparates im April 1966) zu blutunterlaufenen Schwellungen und Gebrauchsunfähigkeit des rechten Armes gekommen sei. Dies war eine unmittelbare Folge der Operation und solche Schwellungen sind immer rückläufig. Die Behauptung, dass die volle Gebrauchsfähigkeit des rechten

Armes erst nach 3 Jahren wiedererlangt wurde, ist objektiv mangels entsprechender Unterlagen nicht nachvollziehbar. Jedenfalls konnte bei der klinischen Untersuchung keine Funktionsstörung festgestellt werden.

Wie aus dem orthopädischen Status vom 22. Juli 1998 ersichtlich, war das Schultergelenk rechts frei beweglich und ohne Funktionsstörung, sodass lediglich die Operationsnarbe nach der Wiederherstellungsoperation einzuschätzen war.

Im vorgelegten Wirbelsäulenröntgen aus dem Jahre 1994 werden Abnützungsveränderungen im Bereich der gesamten Wirbelsäule beschrieben und insbesondere auch Reste Schmorl'scher Knorpelhernien an den Wirbelkörpern L 1-4 mit angedeuteter Keilform L 2. Solch geringe Keilformen eines Wirbelkörpers können keinesfalls zur Ausbildung einer Skoliose führen, da die Erniedrigung in anterior-posteriorer Richtung und nicht in frontaler Richtung erfolgt. Statische Auswirkungen auf die Halswirbelsäule sind nicht möglich. Die röntgenologischen Veränderungen sind mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht auf den beim Bundesheer erlittenen Motorradunfall, der ausschließlich L 2 hätte betreffen können, zurückzuführen, sondern sind akausal. Klinisch fand sich im Bereich der Wirbelsäule kein Funktionsausfall; es bestand freie Beweglichkeit.

Auch im Tomographiebefund vom 30. April 1998 wird nur eine geringe Höhenreduktion des 2. Lendenwirbelkörpers mit intakter oberer Deckplatte beschrieben. Daneben ist ein Schmorl'sches Knötchen an der unteren Deckplatte zu erkennen, an der oberen Vorderkante eine sklerosierte Erkerbildung. Erfahrungsgemäß treten traumatische Deckplatteneinbrüche an der oberen Deckplatte eines Wirbelkörpers auf, die jedoch in diesem Fall als intakt beschrieben ist. Eine sklerosierte Erkerbildung an der oberen Vorderkante ist auch bei degenerativen Veränderungen zu finden, insbesondere wenn diese so stark ausgebildet sind wie dies in allen vorliegenden Röntgenbefunden beschrieben wird. Jedenfalls ist eine Verletzung aus den vorliegenden ärztlichen Berichten des Heeresspitals nicht ersichtlich.

Im nachgereichten Röntgenbefund vom 12. Dezember 1972 werden eine Höhenreduzierung der Bandscheibe C 5/6 und umschriebene Abnützungszeichen der kleinen Wirbelgelenke beschrieben. Es findet sich jedoch kein Hinweis auf posttraumatische Veränderungen. Die Form der Wirbelkörper ist normal. Es wird hier auch keineswegs - wie vom Berufungswerber behauptet - eine Pseudolisthese von C 5 beschrieben. Es handelt sich hier lediglich um eine eingeschränkte Beweglichkeit im Segment C 5/6 beim Rückneigen des Kopfes und um kein Gleiten oder Pseudogleiten in diesem Abschnitt. Weiters wird in diesem Befund von deformierenden Veränderungen gesprochen. Es ist allgemein bekannt, dass es im Bereich der Halswirbelsäule, die der beweglichste Teil der Wirbelsäule ist, auch schon frühzeitig zu einer Spondylose und -arthrose kommen kann. Diese Veränderungen können konstitutionell bedingt, wie dies beim Berufungswerber offensichtlich der Fall ist, auch schon in jüngeren Jahren auftreten.

Eine Listhese, die nicht anlagemäßig bedingt ist, kann durch einen Sturz auf die rechte Körperseite, wie dies beim Unfall erfolgte, nicht verursacht oder ausgelöst werden. Blockierungen in einzelnen Segmenten der Wirbelsäule sind nicht als Dauerzustand aufzufassen und sind im gegenständlichen Fall auch nicht mit dem Unfallgeschehen vor 6 Jahren in Zusammenhang zu bringen.

In den Röntgenbefunden der Folgejahre ist eine Zunahme der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule zu ersehen, wobei insbesondere auf die Veränderungen in der Lendenwirbelsäule bereits ausführlich eingegangen wurde.

Weiters liegt ein Befund von Prof. Dr. F vor. Herr Prof. F hält in diesem Befund die Degenerationszeichen in der Halswirbelsäule für sehr wahrscheinlich posttraumatisch. Kennt man jedoch die Aktenlagen, so kann man diese Ansicht nicht teilen, ebenso wie seine geäußerte Meinung, dass ein über 3 Jahre lang schmerzhaftes und nicht funktionstüchtiges Schultergelenk zu Ausweich- und Fehlhaltungen der Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule geführt habe und dadurch frühzeitige Degenerationen an der Wirbelsäule entstanden seien.

Im Endgutachten des Heeresspitals wird die freie Gelenkbeweglichkeit und normale Funktionsfähigkeit des Gelenkes beschrieben, und dies im Oktober 1966, also bereits 6 Monate nach der erfolgten Operation der rechten Schulter. Selbst wenn zu dieser Zeit Ausweich- und Fehlhaltungen der Halswirbelsäule bestanden hätten, wäre die Dauer derselben nicht ausreichend gewesen um ursächlich für Abnützungsveränderungen verantwortlich zu sein, wobei außerdem in den medizinischen Berichten des Heeresspitals kein Hinweis auf eine Verletzung der Halswirbelsäule zu finden ist.

Wenn Prof. F weiters in seinem Befund vom 6. Juli 1999 davon spricht, dass aus den ihm vorgelegten Röntgenbildern eine Pseudolisthese von C 5 in Retroflexion zu erkennen sei, ist dazu Folgendes zu bemerken: Pseudolisthese bedeutet soviel wie vorgetäuschte Listhese und solche Veränderungen finden sich oft im Rahmen von Abnützungsveränderungen.

Zu den eidesstattlichen Erklärungen von Arbeitskollegen, wonach der Berufungswerber unter körperlicher Belastung Schmerzzustände geäußert hätte ist zu bemerken, dass medizinisch konkrete Fakten daraus nicht zu entnehmen sind.

Zusammenfassend ist festzustellen: Wie aus zwei unabhängigen Untersuchungen der Funktionsfähigkeit der Wirbelsäule und der Extremitäten ersichtlich ist, konnten Funktionsausfälle am Bewegungs- und Stützapparat bei keiner Untersuchung festgestellt werden. Die röntgenologisch sichtbaren Abnützungszeichen sind als

akausal, anlagebedingt bzw. als Folge eines Morbus Scheuermann zu interpretieren. Auch von Prof. F wurde kein schlüssiger Zusammenhang mit dem seinerzeitigen Unfall hergestellt; es wird lediglich die Wahrscheinlichkeit nicht ausgeschlossen.

Ebenso wie bei den ho. Untersuchungen, bei denen eine freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule in der klinischen Untersuchung festgestellt wurde, konnte auch von Prim. Dr. R lediglich eine endlagig etwas eingeschränkte Beweglichkeit mit Blockierung im unteren Drittel, wobei diese auch vorübergehender Natur sein kann, gefunden werden. Es ergibt sich also, was die Funktionsminderung betrifft, der gleiche Befund wie bei den ho. Untersuchungen erhoben. Es sei darauf hingewiesen, dass ausschlaggebend bei der Ermittlung und Einschätzung der Höhe einer MdE der Grad der Funktionsminderung ist und Röntgenbefunde lediglich als Hilfsmittel bei der Beurteilung herangezogen werden können. Wenn Herr Prim. R die Möglichkeit posttraumatischer Weichteilverletzungen als mögliche Ursache für die später sichtbaren röntgenologischen Veränderungen in der Halswirbelsäule anführt, ergibt allein der Ausdruck 'posttraumatisch' keinen kausalen Zusammenhang mit der seinerzeitigen Sprengung des akromioclavikulären Bandapparates rechts.

Nach wie vor kann dem in den privatärztlichen Befunden enthaltenen Schluss, dass die Fehlhaltung der Halswirbelsäule nach der erfolgten Verletzung der rechten Schulter die Ursache für die 1972 festgestellte Bandscheibenverschmälerung C 5 sei, nicht gefolgt werden, da eine Bewegungseinschränkung und Schonhaltung im Schulterbereich nur für die Dauer von 3 Wochen im Desaultverband und weiter - laut Aussage des Berufungswerbers im Rahmen der Erstbegutachtung - für 3-4 Monate bestand. Weiters ergibt ein Befund vom 29. Oktober 1966 eine frei bewegliche Schulter. Eine kausale Schonhaltung der Halswirbelsäule ist demnach auszuschließen.

Bezüglich der vorzeitigen Entlassung aus dem Präsenzdienst ist anzunehmen, dass diese wegen der noch notwendigen physikalischen Behandlungen erfolgte. Zum vorgelegten Gutachten nach dem Behinderteneinstellungsgesetz vom 8. April 1997, in dem aus neurologischer Sicht eine Einschätzung mit einer MdE von 30 v.H. erfolgte, ist festzustellen:

Orthopädischerseits zeigte die Wirbelsäule keine Ausfälle der Funktion.

Diese Begutachtung erfolgte 30 Jahre nach dem Unfallereignis beim Bundesheer und ein Zusammenhang mit dem Verfahren im Rahmen des Heeresversorgungsgesetzes besteht nicht.

Eine Kausalität der neurologischen Funktionsstörungen wurde im zweitinstanzlichen neurologischen Gutachten und in allen weiteren Stellungnahmen verneint.

In der Stellungnahme des BMSG vom 17. März 2000 wird Folgendes festgehalten: Beim Antragsteller, K, wurde im April 1966 eine Zerreißung des acromioclavikulären Bandapparates rechts an der 1. Chirurgischen Abteilung des Heeresspitals, Wien 21, operativ saniert. Die Funktion des rechten Schultergelenkes wurde laut Ambulanzbericht vom 4. August 1966, als 'sehr gut' beschrieben. Auch schon am 10. Juni 1966 ist Beschwerdefreiheit dokumentiert. Es ist also davon auszugehen, dass eine signifikante posttraumatische Funktionseinschränkung des rechtsseitigen Schultergürtels von maximal 3-4 Monaten bestanden hat. Mit großer Wahrscheinlichkeit kam es in den folgenden 6-12 Monaten zu Schmerzepisoden mit abnehmender Frequenz bei Überlastung oder klimatischen Einflüssen. Aus dieser Tatsache jedoch einen Überlastungsschaden der cervicolumbalen Wirbelsäule abzuleiten widerspricht der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung. Im Rahmen von Verkehrsunfällen sind sicher auch Verletzungen der Wirbelsäule möglich. Im vorliegenden Fall sprechen jedoch die aufliegenden Befunde aus folgenden Gründen dagegen:

Eine Zerstörung knöcherner oder ligamentärer Strukturen der Wirbelsäule oder der Bandscheiben sind als schwere Verletzungen mit entsprechender Symptomatik einzuordnen. Im Rahmen der Primärversorgung liegen keine anamnestischen Angaben, klinische Untersuchungs- und Röntgenbefunde der Wirbelsäule vor, die einen Hinweis auf eine strukturelle Schädigung des Achsenorgans geben. Die ersten zur Verfügung stehenden Aufnahmen der Halswirbelsäule stammen aus dem Jahr 1972, mehr als 6 Jahre nach dem Unfall. Auch diese dokumentieren keine Strukturverletzung des Achsenorgans, sondern Veränderungen, die primär als degenerativ, also anlage- und abnutzungsbedingt einzustufen sind. Eine segmentale Bewegungsauffälligkeit, welche häufig im Rahmen degenerativer Abläufe auftritt, zwingend einem Trauma zuzuordnen, ist gutachterlich nicht nachvollziehbar. Kausalität sekundärer degenerativer Wirbelsäulenprozesse wäre im vorliegenden Fall nur dann wahrscheinlich, wenn dokumentierte Strukturverletzungen der Halswirbelsäule in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall vorlägen und anschließend degenerative Veränderungen in anatomischem Verhältnis dazu aufgetreten wären. Bezüglich des Seitenkanteneinbruchs des 2. Lendenwirbelkörpers ist alleine wegen der Latenzzeit zwischen Unfall und erstmaligem röntgenologischem Nachweis desselben ein Kausalzusammenhang als extrem unwahrscheinlich anzusehen. In diesem Sinne sind ärztliche Stellungnahmen in diversen Privatgutachten zwar grundsätzlich zur Kenntnis zu nehmen, sie entsprechen jedoch nicht der aktuellen gutachterlichen, medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung. Erwähnenswert erscheint hier besonders die Hypothese im Gutachten von Dr. R, wonach eine ernsthafte Strukturverletzung der Halswirbelsäule im Rahmen der Primärversorgung übersehen worden sein könnte. Daraus mit Wahrscheinlichkeit Kausalität abzuleiten erscheint aus gutachterlicher ärztlicher Sicht absolut nicht nachvollziehbar. Bezüglich Wertigkeit der eidesstattlichen Versicherung einer ehemaligen Mitarbeiterin des Antragstellers im Rahmen des medizinischen Beweisverfahrens wurde ärztlicherseits bereits ausreichend Stellung bezogen.

Zusammenfassend ist aus ho. ärztlicher Sicht anhand der vorliegenden Unterlagen, inklusive Röntgenbefund vom 12. Dezember 1972 festzustellen, dass die Wirbelsäulenerkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit akasualer Natur ist. Eine zusätzliche neurologische Stellungnahme ist nicht notwendig, weil im vorliegenden Fall neurologische Symptome geltend gemacht wurden, die als Folge des degenerativen Wirbelsäulenleidens anzusehen sind."

Davon ausgehend führte die belangte Behörde aus, als Dienstbeschädigung im Sinne des § 2 HVG sei "reizlose Operationsnarbe über dem rechten Schultergelenk nach Rekonstruktion des acromioclavicularen Bandapparates ohne Bewegungseinschränkung des Schultergelenkes (Gebrauchsarm)" festzustellen; diese Gesundheitsschädigung werde nach Richtsatzposition 702 (Tabelle, 1. Zeile links in Abschnitt IX lit. c, der Verordnung BGBl. Nr. 151/1965) mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 0 v.H. eingeschätzt. Die Gutachten der Sachverständigen seien als schlüssig anerkannt und in freier Beweiswürdigung der Entscheidung zu Grunde gelegt worden. Dem Beschwerdeführer sei das Ergebnis der Beweisaufnahme zur Kenntnis gebracht worden. Zu den vorgebrachten Einwendungen und dem nachgereichten neurologischen Gutachten (Anmerkung: damit gemeint ist das Gutachten vom 11. April 2000 von Univ. Prof. Dr. P) sei festzuhalten, dass darin neue Fakten nicht dargelegt werden konnten; diese Fakten seien bereits ausführlich in den zahlreichen Gutachten und Stellungnahmen berücksichtigt worden.

Gegen diesen Bescheid richtet sich die vorliegende Beschwerde.

Der Beschwerdeführer erachtet sich durch den angefochtenen Bescheid in dem Recht auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem HVG und ein mängelfreies Verfahren verletzt. Er beantragt, den angefochtenen Bescheid wegen Rechtswidrigkeit seines Inhaltes und/oder wegen Rechtswidrigkeit infolge Verletzung von Verfahrensvorschriften kostenpflichtig aufzuheben.

Die belangte Behörde legte die Akten des Verwaltungsverfahrens vor und erstattete eine Gegenschrift, in der die kostenpflichtige Abweisung der Beschwerde beantragt wird.

Zu dieser Gegenschrift erstattete der Beschwerdeführer mit Schriftsatz vom 3. November 2000 eine Äußerung.

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

Gemäß § 1 Abs. 1 erster Satz des Heeresversorgungsgesetzes (HVG), BGBl. Nr. 27/1964, - in der nach dem Unfallszeitpunkt April 1966 für den Beschwerdefall maßgeblichen Stammfassung BGBl. Nr. 27/1964 - wird eine Gesundheitsschädigung, die ein Soldat infolge des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes (§§ 28 und 52 des Wehrgesetzes, BGBl. Nr. 181/1955) erlitten hat, nach Maßgabe dieses Bundesgesetzes als Dienstbeschädigung entschädigt.

Der Beschwerdeführer hat am 15. April 1966 nach Dienstschluss während des Ausganges gemäß § 22 Abs. 1 ADV - auf dem Heimweg von der Kaserne - einen Wegunfall (in Zivilkleidung) erlitten. Durch die 12. Novelle zum Heeresversorgungsgesetz (BGBl. Nr. 95/1975) sind zufolge Art. III Abs. 2 die Bestimmungen des Heeresversorgungsgesetzes auch dann anzuwenden, wenn das schädigende Ereignis bei einem Ausgang (Standortverlass) auf dem Hin- oder Rückweg zwischen der Wohnung und dem Ort der militärischen Dienstleistung vor dem 1. Jänner 1976 eingetreten ist.

Im Beschwerdefall ist ausschließlich strittig, ob die vom Beschwerdeführer mit seinem Antrag vom 10. Juni 1997 geltend gemachten Schädigungen an seiner Wirbelsäule mit den im Rahmen des Wegunfalles (1966) erlittenen Verletzungen im ursächlichen Zusammenhang stehen und daher als Dienstbeschädigung im Sinne des HVG anzusehen sind.

Gemäß § 2 Abs. 1 erster Satz HVG ist eine Gesundheitsschädigung als Dienstbeschädigung im Sinne des § 1 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. Danach ist für die Begründung eines Versorgungsanspruches nur die Wahrscheinlichkeit, nicht aber die bloße Möglichkeit einer Verursachung der Gewissheit gleichgestellt. Im Verfahren nach dem Heeresversorgungsgesetz geht es demnach nicht um eine Objektivierung der Verneinung der Kausalität, sondern um die Feststellung, ob die Wahrscheinlichkeit für die Kausalität spricht. In diesem Zusammenhang entschädigt das Heeresversorgungsgesetz als Dienstbeschädigung auch den Anteil einer Gesundheitsschädigung, der zumindest mit Wahrscheinlichkeit auf das schädigende Ereignis oder die der Dienstleistung eigentümlichen Verhältnisse ursächlich zurückzuführen ist. Die rechtliche Beurteilung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen einem schädigenden Ereignis oder den der Dienstleistung eigentümlichen Verhältnissen und einer Gesundheitsschädigung im Sinne des § 2 Abs. 1 erster Satz HVG setzt voraus, dass der Kausalzusammenhang im medizinisch-naturwissenschaftlichen Sinn in dem durch § 86 HVG 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. das hg. Erkenntnis vom 6. Juni 1991, Zl. 90/09/0046, und die darin angegebene Judikatur).

Die Beweiswürdigung der belangten Behörde unterliegt der verwaltungsgerichtlichen Kontrolle nur in der Richtung, ob der Sachverhalt genügend erhoben wurde und ob die bei der Beweiswürdigung vorgenommenen Erwägungen schlüssig waren, das heißt ob sie den Denkgesetzen und dem allgemeinen menschlichen Erfahrungsgut entsprechen, nicht aber im Hinblick auf ihre Richtigkeit. Vor dem Hintergrund dieses Prüfungskalküls war die von der belangten Behörde getroffene und vom Beschwerdeführer als unzutreffend gerügte Beweiswürdigung einer Prüfung zu unterziehen. Wesentlich für die im vorliegenden Fall von der belangten Behörde getroffene Beweiswürdigung waren die eingeholten Gutachten der Amtssachverständigen. Die Wertung des Sachverständigenbeweises unterliegt inhaltlich der freien Beweiswürdigung durch die Behörde (vgl. etwa das hg. Erkenntnis vom 24. April 2003, Zl. 2002/07/0018).

Bei einander widersprechenden Gutachten ist es der Behörde gestattet, sich dem einem oder anderem Gutachten anzuschließen. Sie hat aber die Gedankengänge aufzuzeigen, die sie veranlasst haben, von dem an sich gleichwertigen Beweismitteln dem einem einen höheren Beweiswert zuzubilligen als dem anderen (vgl. die hg. Erkenntnisse vom 13. August 1991, Zl. 90/10/0001, und vom 19. März 1992, Zl. 91/09/0007).

Im Beschwerdefall haben die von der belangten Behörde beigezogenen ärztlichen Sachverständigen in ihren Gutachten und Stellungnahmen zu vom Beschwerdeführer beigebrachten ärztlichen Attesten und gutachterlichen Äußerungen die Kausalität der Wirbelsäulenschädigungen als Folge der aufgrund des Wegunfalles erlittenen Verletzung verneint. Die belangte Behörde hat sich (erkennbar) diesen Argumenten der Sachverständigen vollinhaltlich angeschlossen.

Der Beschwerdeführer macht geltend, die belangte Behörde habe die von ihm beigebrachten "Privatgutachten" nicht hinreichend berücksichtigt. Hätte sie sich mit den ergänzenden Stellungnahmen von Dr. S vom 9. Juni 1999, von Dr. V vom 22. Juli 1999 und von Dr. F vom 6. Juli 1999 auseinander gesetzt, so hätte die belangte Behörde feststellen müssen, dass zwischen seiner Wirbelsäulenerkrankung und dem Unfallgeschehen von 1966 "mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Kausalität besteht". Die belangte Behörde habe das fachärztliche Gutachten von Univ. Prof. Dr. P vom 11. April 2000 nicht berücksichtigt. Aus welchen Erwägungen sie dem Gutachten der Sachverständigen Dr. Kl gefolgt sei, könne nicht nachvollzogen werden. Diese Sachverständige habe sich aus den in der Beschwerde dargelegten Erwägungen in ihrem Gutachten widersprochen. Bei richtiger Würdigung der eidesstattlichen Aussagen der Arbeitskollegen im Zusammenhalt mit dem Röntgenbefund aus dem Jahr 1972 hätte die belangte Behörde die Kausalität bejahen müssen. Zu den nachgereichten Röntgenbilderbefundungen aus dem Jahr 1972 habe der Amtssachverständige für Neurologie keine Stellungnahme abgegeben.

Dem ist Folgendes zu erwidern:

Die belangte Behörde hat vom Beschwerdeführer im Rahmen des Parteiengehörns nachgereichte (ergänzende) ärztliche Stellungnahmen und ärztliche Atteste insbesondere auch den nachgereichten Röntgenbefund vom 12. Dezember 1972 den beigezogenen amtlichen Sachverständigen aus den Bereichen Orthopädie bzw. Neurologie vorgelegt bzw. zur medizinischen Beurteilung und Stellungnahme vorgehalten. Der Vorwurf, es seien Stellungnahmen von Dr. S vom 9. Juni 1999, von Dr. V vom 22. Juli 1999 und von Dr. F vom 6. Juli 1999 nicht berücksichtigt worden, ist nicht berechtigt. Zu diesen Stellungnahmen - soweit sie den Bereich Orthopädie betroffen haben - hat die Sachverständige Dr. Kl eine orthopädische Stellungnahme vom 29. Juli 1999 erstattet. In einer weiteren Stellungnahme vom 10. November 1999 hat die Sachverständige Dr. Kl das vom Beschwerdeführer beigebrachte orthopädische Gutachten Dris. R beurteilt. Zuletzt hat diese Sachverständige eine Stellungnahme vom 5. Jänner 2000 zu den vom Beschwerdeführer nachgereichten Beweismitteln erstattet.

Der Beschwerdeführer lässt unberücksichtigt, dass den von ihm ins Treffen geführten Stellungnahmen bzw. ärztlichen Attesten nach ihrem Inhalt nicht hinreichend entnommen werden kann, dass seine Wirbelsäulenschädigungen mit "Wahrscheinlichkeit" auf seine im Jahr 1966 im Rahmen eines Wegunfalles erlittene Verletzung ursächlich zurückzuführen sind.

Dr. S hat in seinem ärztlichen Attest vom 9. Juli 1999 ausgeführt, es sei aufgrund unfallbedingter "Haltungsschäden" und daraus resultierenden "Muskelverspannungen" und "möglichen Gelenksfehlstellungen" ein Kausalzusammenhang "nicht von der Hand zu weisen" und könne "schon gar nicht negiert werden". In diesem Attest wird daher weder behauptet, dass "Wahrscheinlichkeit" (im Sinne der oben dargelegten Judikatur) für die vorliegend strittige Kausalität spricht, noch ist diesem Attest eine nachvollziehbare Erklärung dafür zu entnehmen, warum die im April 1966 operativ sanierte Verletzung des Beschwerdeführers "seit 1985 zu Schmerzen der Halswirbelsäule" geführt habe.

Im (angeschlossenen) Röntgenbefund vom 12. Dezember 1972 ist eine "degenerative Bandscheibeninsuffizienz" als Ergebnis angegeben. Es trifft also nicht zu, dass dieser Röntgenbefund einen unmittelbaren (direkten) Hinweis auf einen Kausalzusammenhang zwischen der 1966 erlittenen Verletzung des Beschwerdeführers und seinen auf Degeneration (Abnutzung; körperlicher Verfall) beruhenden Veränderung an der Halswirbelsäule enthält. Wenn Prof. F in seinem am 6. Juli 1999 verfassten Nachtrag zu seinem ärztlichen Befundbericht ausführt, nach den genannten Röntgenbildern sei zu diesem Zeitpunkt (also sechs Jahre nach dem

Mopedunfall!) eine "deutliche Schädigung der Halswirbelsäule" vorgelegen und ferner behauptet "die umschriebenen Veränderungen sind sicher als deutlich pathologisch und aufgrund ihrer monosegmentalen Lokalisation als posttraumatisch zu werten", dann fehlt für diese nicht nachvollziehbare (und bloße) Behauptung der Nachweis. Auf Befunde aus der Zeit von 1966 bis 1972 kann Prof. F sich insoweit jedenfalls nicht stützen und er vermag auch keine schlüssige Erklärung dafür zu geben, warum die "Degenerationszeichen der Halswirbelsäule" von ihm als "posttraumatisch" interpretiert bzw. mit der Verletzung (an der Schulter) aus dem Jahr 1966 im Zusammenhang gebracht werden. Wie die Sachverständige Dr. Kl in ihrer Stellungnahme vom 29. Juli 1999 dazu zutreffend ausführte, lässt Prof. F bei seiner Interpretation das ärztliche Endgutachten des Heeresspitals vom 29. Oktober 1966 unberücksichtigt. Es fehlt (auch im Hinblick auf dieses Endgutachten) ein Hinweis und Nachweis für ein schmerzhaftes und nicht funktionstüchtiges rechtes Schultergelenk, so dass den von Prof. F angenommene "Ausweich- und Fehlhaltungen" eine nachgewiesene sachverhaltsmäßige Grundlage fehlt.

Die ergänzende Stellungnahme Dris. V vom 22. Juli 1999 stützt sich auf den genannten Röntgenbefund aus dem Jahr 1972 und meint, dieser Röntgenbefund erbringe nun den "eigentlichen Nachweis einer Unfallkausalität". Dieser - nunmehr aus nervenärztlicher Sicht aufgestellten - Behauptung ist jedoch das nervenärztliche Sachverständigengutachten Dris. H vom 22. Juli 1998 entgegen zu halten, dass nach dem - nicht als unrichtig widerlegten - Entlassungsbefund der postoperative Verlauf komplikationslos war, der Beschwerdeführer aus stationärer Behandlung ohne gesundheitliche Beeinträchtigung entlassen wurde und für ein neurologisches Defizit im radikulären Sinn im cervicalen oder lumbalen Bereich kein Hinweis vorliegt. Der von Dr. V ins Treffen geführte Röntgenbefund enthält keinen Befund im neurologischen Status. Die Behauptung Dris. V, der Krankheitsverlauf sei - allein aufgrund des in Rede stehenden Röntgenbefundes aus dem Jahr 1972 - "nun lückenlos dokumentiert", ist vor allem in nervenärztlicher Hinsicht unverständlich.

Die im nervenärztlichen Sachverständigengutachten vom 26. Mai 1999 von Dr. H getroffene Aussage, dass "zwischen 1966 und 1985 kein medizinischer Bericht neuro-orthopädisch über ein etwaiges Defizit aufliegt", wird durch den danach vom Beschwerdeführer beigebrachten Röntgenbefund aus dem Jahr 1972 - dieser konnte dem Sachverständigen Dr. H freilich bei Erstattung seines Gutachtens vom 26. Mai 1999 noch nicht bekannt sein - jedenfalls nicht widerlegt. Es ist lediglich seine nachfolgende Aussage im genannten Gutachten, "ebenso auch kein Röntgenbefund die Wirbelsäule betreffend" in zeitlicher Hinsicht (von 1966 bis 1985) auf den Zeitraum von 1966 bis 1972 einzuschränken. Inwieweit allein dieser zeitlichen Einschränkung Wesentlichkeit zukommen soll bzw. dies zu einer im Ergebnis anderen Beurteilung führen kann, vermag der Beschwerdeführer auch vor dem Hintergrund der laufend von ihm beigebrachten ärztlichen Stellungnahmen (Beweismittel) allerdings nicht darzutun. Der ergänzenden Stellungnahme Dris. V vom 22. Juli 1999 kann insgesamt kein entscheidendes Sachargument gegen die Schlüssigkeit des nervenärztlichen Sachverständigengutachtens Dris. H entnommen werden, bleibt nach dieser Stellungnahme doch unwiderlegt, es sei wissenschaftlich nicht begründbar, dass die 1966 erlittene Schulterverletzung des Beschwerdeführers nach jahrelanger Beschwerdefreiheit und fehlendem neurologischen Defizit - nach längerer Zeit und ohne erkennbare Nachweise - zu den geltend gemachten Wirbelsäulenschädigungen führen könnte.

Das zuletzt vom Beschwerdeführer beigebrachte nervenärztliche Gutachten Dris. P vom 11. April 2000 zeigt - wie die belangte Behörde im angefochtenen Bescheid im Ergebnis zutreffend ausführte - keine neuen Fakten auf. Wie zur ergänzenden Stellungnahme Dris. V bereits dargelegt vermag Dr. P erst in den Jahren 1994, 1996 und 2000 erstellte "rein fachsspezifische NLG bzw. path. EMG Untersuchungen" anzugeben; ein früherer Befund im neurologischen Status ist dem Gutachten nicht zu entnehmen. Inwieweit die Röntgenbilder aus dem Jahr 1972 - aus nervenärztlicher Sicht - "herangezogen werden können", wird im Gutachten Dris. P nicht dargestellt und nicht begründet. Dass die Röntgenbilder aus dem Jahr 1972 einen Befund im neurologischen Status enthalten, behauptet Dr. P in seinem Gutachten nicht. Für seine Meinung, dass nach der Röntgen-Nachbefundung "eine traumatische Genese wahrscheinlich erscheint und degenerative Veränderungen eher nicht in Betracht kommen" vermag Dr. P freilich weder eine sachverhaltsmäßige Grundlage anzugeben, noch eine Begründung zu geben. Ein Brückenbefund zu dem von Dr. P angeführten EMG-Befund aus dem Jahr 1996 (30 Jahre nach dem Verkehrsunfall!) fehlt. Warum "insoferne" aus nervenärztlicher Sicht ein Zusammenhang zwischen dem erlittenen Unfall und den Veränderungen der Halswirbelsäule (sowie sekundär des Bizepsmuskels und des Fingerstreckmuskels) hergestellt werden, wurde von Dr. P in seinem Gutachten nicht begründet. Das Gutachten Dris. P liefert somit keinen hinreichenden Nachweis für die vorliegend strittige Kausalitätsfrage.

Insoweit der Beschwerdeführer auf ein beigebrachtes orthopädisches Gutachten Dris. R vom 15. Oktober 1999 verweist, ist dazu zu erwidern, dass auch mit diesem Gutachten kein hinreichender Kausalitätsnachweis erbracht wurde. Die in diesem Gutachten enthaltene Aussage, "diese Funktionsstörungen sind im Alter von 26 Jahren nicht degenerativ erklärbar, sondern durchaus mit einem zurückliegendem Trauma vereinbar", zeigt nur eine bloße Möglichkeit der Verursachung auf; dies gilt auch für die weitere (unbewiesene) Behauptung Dris. R, es sei "durchaus möglich, dass im Heeresspital damals eher auf das offensichtliche Trauma in der Schulter Bezug genommen hat, und die Wirbelsäule etwas in den Hintergrund gedrängt wurde". Wenn Dr. R schließlich (ohne konkrete Nachweise darlegen zu können) behauptet, "ich würde daher die Beschwerden der Halswirbelsäule ursächlich durchaus auf das zurückliegende Trauma im Jahr 1966 zurückführen", so liegt insoweit lediglich eine Meinungsäußerung aber kein hinreichender Kausalitätsnachweis

vor. Im Übrigen ist die Sachverständige Dr. Kl in ihrer Stellungnahme vom 10. November 1999 nachvollziehbar und schlüssig auf dieses in Rede stehende Gutachten Dris. R eingegangen.

Insoweit der Beschwerdeführer der Sachverständigen Dr. Kl vorwirft, sie habe in ihrer (späteren) Stellungnahme vom 10. November 1999 eine "Pseudolisthese" verneint und in ihrer Stellungnahme vom 5. Jänner 2000 nicht mehr ausgeschlossen und somit in ihrem Gutachten verschiedene bzw. einander widersprechende Sachverhalte angenommen, ist zu erwidern, dass damit kein Nachweis für einen Kausalzusammenhang mit der 1966 erlittenen Schulterverletzung erbracht wird. Die Interpretation der im Röntgenbefund aus dem Jahr 1972 beschriebenen bzw. erkennbaren Abnützungserscheinungen an der Halswirbelsäule als "Pseudolisthese" oder als "eingeschränkte Beweglichkeit im Segment C 5/6" vermag nämlich zur Lösung der vorliegend entscheidenden Kausalitätsfrage, ob diese 1972 vorliegenden Degenerationserscheinungen durch die 1966 erlittene Schulterverletzung verursacht wurden oder nicht, nichts Entscheidendes beizutragen. Die in diesem Zusammenhang wesentliche Aussage der Sachverständigen Dr. Kl, dass es im Bereich der Halswirbelsäule auch schon frühzeitig zu konstitutionell bedingten Veränderungen (auch Spondylose und Spondylarthritis) kommen kann und eine nicht anlagebedingte Listhese (Wirbelgleiten) durch einen Sturz auf die rechte Körperseite nicht verursacht oder ausgelöst werden kann, blieb unwiderlegt und wird vom Beschwerdeführer nicht in Zweifel gezogen.

Der aus dem angefochten Bescheid somit zu erkennende Denkvorgang (der Beweiswürdigung) der belangten Behörde, die von den beigezogenen amtlichen Sachverständigen eingeholten Gutachten seien durch vom Beschwerdeführer beigebrachte Beweismittel nicht widerlegt worden, führt somit nicht zu einem den Denkgesetzen widersprechenden Ergebnis (vgl. insoweit etwa das hg. Erkenntnis vom 18. Jänner 1990, Zl. 89/09/0114). Dass den eidesstattlichen Versicherungen von Arbeitskollegen kein medizinischer Aussagewert zukommt, räumt der Beschwerdeführer auch selbst ein.

Der Verwaltungsgerichtshof hat somit auch vor dem Hintergrund des Beschwerdevorbringens keinen Grund die Beweiswürdigung der belangten Behörde in Zweifel zu ziehen bzw. im Rahmen der ihm zukommenden Prüfungsbefugnis als rechtswidrig zu erkennen.

Die belangte Behörde hat die als Dienstbeschädigung festgestellte Gesundheitsschädigung als "reizlose Operationsnarbe" über dem rechten Schultergelenk nach Richtsatzposition 702, Tabelle, 1. Zeile links - also mit geringgradiger störender Auswirkung und an üblicher Weise bedeckten Körperstellen - eingeschätzt bzw. beschrieben. Der insoweit in der Beschwerde unter dem Gesichtspunkt einer inhaltlichen Rechtswidrigkeit behauptete Feststellungsmangel, es sei nicht festgestellt worden, ob die Narbe mittelgradige, höhergradige oder hochgradige bis abstoßende kosmetisch störende Auswirkungen habe, liegt daher nicht vor. Der Beschwerdeführer hat im Übrigen im zugrundeliegenden Verwaltungsverfahren als Gesundheitsschädigung ausschließlich Schädigungen an der Wirbelsäule geltend gemacht.

Die Beschwerde war daher gemäß § 42 Abs. 1 VwGG als unbegründet abzuweisen.

Der Ausspruch über den Aufwandsatz beruht auf den §§ 47 ff VwGG iVm der Verordnung des Bundeskanzlers BGBl. II Nr. 333/2003. Wien, am 2. Oktober 2003