jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Bvwg Erkenntnis 2018/1/8 W132 2002053-1

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 08.01.2018

Entscheidungsdatum

08.01.2018

Norm

BBG §40
BBG §41
BBG §42
BBG §43
BBG §45
B-VG Art.133 Abs4

Spruch

W132 2002053-1/37E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Ursula GREBENICEK als Vorsitzende und den Richter Mag. Christian DÖLLINGER sowie die fachkundige Laienrichterin Dr. Regina BAUMGARTL als Beisitzer über die Beschwerde von XXXX , geboren am XXXX gegen den Bescheid des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen, Landesstelle Wien vom XXXX , betreffend die Einziehung des Behindertenpasses gemäß § 41, § 43 und § 55 Bundesbehindertengesetz (BBG), nach Durchführung einer öffentlichen, mündlichen Verhandlung am 24.10.2017 zu Recht erkannt:

A)

Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen und der angefochtene Bescheid bestätigt.

B)

Die Revision ist gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG nicht zulässig.

Text

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

I. Verfahrensgang:

1. Das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen (Kurzbezeichnung nunmehr: Sozialministeriumservice; in der Folge belangte Behörde genannt) hat dem Beschwerdeführer am 03.09.1993 einen unbefristeten Behindertenpass ausgestellt und einen Grad der Behinderung in Höhe von 50 vH eingetragen.

Dieser Entscheidung wurden die medizinischen Sachverständigengutachten Dris. XXXX , Arzt für Allgemeinmedizin, und Dris. XXXX , Facharzt für Neurologie und Psychiatrie zugrunde gelegt, welche basierend auf den am 25.03.1993 durchgeführten persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers, erstellt worden sind.

2. Der Beschwerdeführer hat am 14.05.2012 bei der belangten Behörde unter Vorlage eines Befundkonvolutes einen Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass gestellt.

2.1. Zur Überprüfung des Antrages wurde von der belangten Behörde ein Sachverständigengutachten von Dr. XXXX , Arzt für Allgemeinmedizin, basierend auf der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 27.06.2012, mit dem Ergebnis eingeholt, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes festgestellt worden ist und der Grad der Behinderung nunmehr in Höhe von 40 vH bewertet wurde sowie dass die Voraussetzungen für die begehrte Zusatz Eintragung nicht vorlägen.

2.2. Im Rahmen des gemäß§ 45 Abs. 3 AVG erteilten des Parteiengehörs wurden unter Vorlage eines Befundkonvolutes Einwendungen erhoben.

2.3. Zur Überprüfung der Einwendungen wurde von der belangten Behörde von Dr. XXXX , Arzt für Allgemeinmedizin, basierend auf der Aktenlage, eine mit 25.10.2012 datierte medizinischen Stellungnahme mit dem Ergebnis eingeholt, dass weder die erhobenen Einwendungen, noch die vorgelegten Beweismittel geeignet seien, eine geänderte Beurteilung zu begründen.

2.4. Mit dem angefochtenen Bescheid hat die belangte Behörde gemäß § 41, § 43 und§ 55 BBG festgestellt, dass auf Grund des in Höhe von 40 objektivierten Grades der Behinderung die Voraussetzungen für die Ausstellung eines Behindertenpasses nicht mehr vorliegen.

3. Gegen diesen Bescheid wurde vom Beschwerdeführer fristgerecht Berufung (nunmehr Beschwerde) erhoben. Unter Verweis auf bereits vorgelegte medizinische Beweismitteln wurde im Wesentlichen vorgebracht, dass der eindeutige Antrag auf Eintragung der Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel in einen Antrag auf Neufestsetzung des Grades der Behinderung umgedeutet worden sei, ohne den Beschwerdeführer in irgendeiner Form zu informieren. Er sei folglich auch nicht antragsgemäß untersucht worden. Auch sei die vorgenommene Untersuchung mangelhaft gewesen. Es hätte für die Beurteilung seiner seinerzeit festgestellten psychischen Erkrankung ein Facharzt beigezogen werden müssen. Auch sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Untersuchung nach der Richtsatzverordnung erfolgt sei und nicht nach der Einschätzungsverordnung. Sein Krankheitsbild sei nur in einem geringen Umfang beurteilt worden und nur drei der vorgelegten 20 Befunde seien überhaupt erwähnt worden und auch diese zum Teil nicht dem in der Einschätzungsverordnung angeführten Ausmaß entsprechend. Die deutlichen radiologischen Veränderungen seien mit 10% bewertet, es seien aber 30% - 50% vorgesehen. Die arthrotischen Veränderungen des Großzehengrundgelenkes links bei deutlichen radiologischen Veränderungen seien mit 50% einzuschätzen. Auch sei die Operation am linken Großzehengrundgelenk keine Halluxoperation sondern eine Cheilektomie wegen Arthrose gewesen. Auch auf die im Rahmen des Einwandes gegen das Ergebnis des Ermittlungsverfahrens vorgelegten Befunde sei im Bescheid nicht eingegangen worden. Es sei sehr unwahrscheinlich, dass sich eine degenerative Erkrankung der Wirbelsäule nach 20 Jahren derart verbessert haben solle, dass es gerechtfertigt sei, unter diesem Punkt eine hinzugekommene Osteoporose zu subsumieren und die Bewertung gleich zu lassen. Er habe nie an erhöhtem Blutdruck gelitten und habe auch bei der Untersuchung nicht davon gesprochen. Er frage sich ob damit die geltend gemachte pulmonale Hypertonie abgehandelt werden solle. Er beantrage daher die Neubewertung der von ihm vorgelegten Befunde, insbesondere den Befund Dris. XXXX vom 13.07.2011 über pulmonale Hypertonie, Mitralklappen- und Trikuspidalklappeninsuffizienz, den Entlassungsbericht nach OP Blasenhalsnekrose mit rezidivierender Hämaturie vom 22.04.2008, den Befund Lungenemphysem vom 12.04.2001, den OP Bericht AKH vom 08.08.2008 Septum und Uvala, den Laborbefund Odpadlik vom 24.06.2001 und 22.06.2012 zu Niereninsuffizienz, den Operationsbericht AKH Cheilektomie vom 06.06.2006, den Akutbefund AKH vom 21.06.2009 zu Marschbruch, Spreizfuß und Arthrose, den Röntgenbefund re. Knie vom 24.09.2012 und den Befund Großzehengrundgelenk Arthrose beidseits vom 20.06.2012. Er beantrage weiters die Aufhebung des gegenständlichen Bescheides, die Ausstellung eines neuen Behindertenpasses und die Eintragung der Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel in diesen Pass.

3.1. Zur Überprüfung des Beschwerdegegenstandes wurden von der damals zuständigen

Bundesberufungskommission für Sozialentschädigungs- und Behindertenangelegenheiten Sachverständigengutachten von Dr. XXXX , Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, und von Dr. XXXX , Facharzt für Unfallchirurgie und Arzt für Allgemeinmedizin, basierend auf den persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers am 02.04.2013, mit dem Ergebnis eingeholt, dass der Grad der Behinderung in Höhe von 30 vH bewertet wurde.

3.2. Im Rahmen des von der Bundesberufungskommission gemäß§ 45 Abs. 3 AVG erteilten Parteiengehörs hat der Beschwerdeführer unter Vorlage eines Befundkonvolutes Einwendungen erhoben.

4 Mit Wirksamkeit 01.01.2014 wurde das nunmehr zur Behandlung der Beschwerde zuständige Bundesverwaltungsgericht eingerichtet und die Rechtssache der zuständigen Gerichtsabteilung zugewiesen.

In der Folge hat der Beschwerdeführer weitere medizinische Beweismittel vorgelegt und ergänzende Einwendungen vorgebracht.

4.1. Zur Überprüfung der Einwendungen wurden vom Bundesverwaltungsgericht Sachverständigengutachten von Dr. XXXX , Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, und von Dr. XXXX , Facharzt für Unfallchirurgie und Arzt für Allgemeinmedizin, basierend auf der Aktenlage und von Dr. XXXX , Facharzt für Innere Medizin, basierend auf der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 30.09.2014, mit dem Ergebnis eingeholt, dass der Grad der Behinderung in Höhe von 40 vH bewertet wurde.

4.2. Im Rahmen des vom Bundesverwaltungsgericht gemäß§ 17 VwGVG iVm § 45 Abs. 3 AVG erteilten Parteiengehörs hat die belangte Behörde keine Einwendungen erhoben.

Der Beschwerdeführer hat zum Ergebnis des Ermittlungsverfahrens unter Vorlage von Beweismitteln Einwendungen erhoben.

4.3. Zur Überprüfung der Einwendungen wurde vom Bundesverwaltungsgericht ein Sachverständigengutachten von Dr. XXXX , Fachärztin für für Unfallchirurgie und Ärztin für Allgemeinmedizin, basierend auf der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 02.05.2016, mit dem Ergebnis eingeholt, dass der Grad der Behinderung in Höhe von 30 vH bewertet wurde.

In der Folge hat der Beschwerdeführer weitere medizinische Beweismittel vorgelegt und ergänzende Einwendungen vorgebracht.

4.4. Zur Überprüfung der Einwendungen wurde vom Bundesverwaltungsgericht ein ergänzendes Sachverständigengutachten von Dr. XXXX , Fachärztin für Unfallchirurgie und Ärztin für Allgemeinmedizin, basierend auf der Aktenlage, mit dem Ergebnis eingeholt, dass weder die erhobenen Einwendungen, noch die vorgelegten Beweismittel geeignet seien, eine geänderte Beurteilung zu begründen.

4.5. Im Rahmen des vom Bundesverwaltungsgericht gemäß§ 17 VwGVG iVm § 45 Abs. 3 AVG erteilten Parteiengehörs hat die belangte Behörde keine Einwendungen erhoben.

Der Beschwerdeführer hat zum Ergebnis des Ermittlungsverfahrens unter Vorlage von Beweismitteln Einwendungen erhoben.

4.6. Mit Schreiben des Bundesverwaltungsgerichtes vom 04.09.2017 wurden der Beschwerdeführer und die belangte Behörde sowie die medizinische Sachverständige Dr. XXXX zu einer mündlichen Verhandlung vor dem Bundesverwaltungsgericht am 24.10.2017 geladen.

4.7. Am 24.10.2017 führte das Bundesverwaltungsgericht eine öffentliche mündliche Verhandlung durch, an welcher der Beschwerdeführer, und die medizinische Sachverständige Dr. XXXX teilnahmen. Die belangte Behörde hat nicht an der Verhandlung teilgenommen. Die medizinische Sachverständige nahm zu den vom Beschwerdeführer im Rahmen des Parteiengehörs erhobenen Einwendungen sowie den vorgelegten Beweismitteln Stellung und erstattete diesbezüglich ein ergänzendes Sachverständigengutachten. In der Folge wurden die eingeholten Sachverständigengutachten und das Beschwerdebild des Beschwerdeführers eingehend erörtert.

Dem Beschwerdeführer wurde aufgetragen einen Zustellbevollmächtigten namhaft zu machen und den zuletzt vor der mündlichen Verhandlung erstellten Laborbefund sowie einen internistischen Befund vorzulegen.

4.8. In der Folge hat der Beschwerdeführer einen Zustellbevollmächtigten namhaft gemacht, Beweismittel vorgelegt und vorgebracht, dass eine Nierenschwäche befunddokumentiert sei, am 25.10.2017 erneut eine Makrohämaturie

aufgetreten sei, welche in eine Mikrohämaturie übergegangen sei, seine Psyche durch die Hämaturie sehr belastet werde, in der mündlichen Verhandlung nicht auf den Nebenbefund des MRT der Hüfte rechts eingegangen worden sei, sich die Wirbelsäulenerkrankung nicht gebessert habe und eine Arthrose in den Großzehengrundgelenken nicht den tatsächlichen Zustand wiedergebe, der als Polyarthrosen bezeichnet werden müsste.

Der Beschwerdeführer hat die nachstehend angeführten Beweismittel vorgelegt:

-

Verfärbtes Wattestäbchen

-

Laborbefunde vom 26.11.2014, 04.12.2014, 09.09.2015, 14.12.2015, 28.04.2016, 20.04.2017 und 17.10.2017

-

Innerfachärztlicher Befund Dris. XXXX vom 25.10.2017

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

Da sich der Beschwerdeführer mit dem im angefochtenen Bescheid festgestellten Grad der Behinderung nicht einverstanden erklärt hat, war dieser zu überprüfen.

1. Feststellungen:

1.1. Der Beschwerdeführer ist seit 03.09.1993 im Besitz eines Behindertenpasses.

Der Antrag auf Vornahme einer Zusatzeintragung wurde am 14.05.2012 gestellt und hat die belangte Behörde daraufhin die Überprüfung des Leidenszustandes des Beschwerdeführers von Amts wegen eingeleitet und über den Grad der Behinderung mit dem angefochtenen Bescheid vom XXXX , sohin vor dem 31.08.2013, entschieden.

Der Beschwerdeführer hat seinen Wohnsitz im Inland.

1.2. Der Gesamtgrad der Behinderung beträgt 40 vH.

1.2.1. Ausmaß der Funktionseinschränkungen:

Allgemein- und Ernährungszustand sind gut. Reine rhythmische Herztöne, RR 130/80, Frequenz 80/Min. rhythmisch.

Caput/Collum: klinisch unauffälliges Hör- und Sehvermögen.

Thorax: symmetrisch, elastisch. Atemexkursion seitengleich, sonorer

Klopfschall, VA. HAT rein, rhythmisch. Abdomen: klinisch unauffällig, keine pathologischen Resistenzen tastbar, Druckschmerz wird im rechten Mittelbauch angegeben. Herzkatheterpunktionsstelle in der rechten Leiste. Integument: unauffällig

Schultergürtel und beide oberen Extremitäten: Rechtshänder. Der Schultergürtel steht horizontal, symmetrische Muskelverhältnisse. Die Durchblutung ist ungestört, die Sensibilität wird als ungestört angegeben. Die Benützungszeichen sind seitengleich vorhanden.

Ellbogengelenke rechts: Druckschmerz wird über dem ulnaren Epikondylus angegeben, Sulcus nervi ulnaris unauffällig, Tinel-Hofmann negativ.

Handgelenke beidseits: äußerlich unauffällig, keine Schwellung, kein Entzündungszeichen, keine Bewegungsschmerzen auslösbar, stabile Gelenke. Gaenslen beidseits negativ. Langfingergrundgelenke beidseits, insbesondere Zeigefingergrundgelenke: äußerlich unauffällig, keine Schwellung, kein Entzündungszeichen, keine Achsenabweichungen. Druckschmerzen werden im Bereich der Zeigefingergrundgelenke angegeben. Kleine Vorwölbung. Zarte Verhärtung im Bereich des 4. Strahls links als Hinweis für Dupuytren'sche Kontraktur, jedoch kein Streckdefizit.

Sämtliche weiteren Fingergelenke äußerlich unauffällig, keine Schwellungen, keine Achsenabweichungen, in der gesamten Begutachtungssituation unauffällige Feinmotorik. Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Schultern, Ellbogengelenke, Unterarmdrehung, Handgelenke, Daumen und Langfinger

seitengleich frei beweglich. Grob- und Spitzgriff sind uneingeschränkt durchführbar. Der Faustschluss ist komplett, Fingerspreizen beidseits unauffällig, die grobe Kraft in etwa seitengleich proximalen distal Kraftgrad 5/5, Tonus und Trophik unauffällig. Nacken- und Schürzengriff sind uneingeschränkt durchführbar.

Becken und beide unteren Extremitäten: Freies Stehen sicher möglich, Zehenballengang und Fersengang beidseits ohne Anhalten und ohne Einsinken durchführbar. Der Einbeinstand ist ohne Anhalten möglich. Die tiefe Hocke ist zu einem Drittel möglich. Die Beinachse ist im Lot. Symmetrische Muskelverhältnisse.

Die Durchblutung ist ungestört, keine Ödeme, keine Varizen, die Sensibilität wird als ungestört angegeben. Die Beschwielung ist in etwa seitengleich, keine vermehrte Beschwielung plantar über den mittleren Mittelfußköpfchen, bei Zustand nach Marschfraktur Quergewölbe erhalten, Druckschmerzen werden im Bereich des 2. bzw. 3. Strahls im Mittelfußbereich angegeben.

Hüftgelenk rechts: endlagig werden Schmerzen bei der Innenrotation angegeben, kein Stauchungsschmerz.

Kniegelenk rechts: äußerlich unauffällig, keine Umfangsvermehrung, kein Erguss, keine Überwärmung, Patella zentriert, Zohlen negativ, Meniskuszeichen negativ, endlagige Beugeschmerzen werden angegeben.

Vorfuß rechts: geringgradige Vorwölbung im Bereich des Großzehengrundgelenks medial, keine Druckschmerzen auslösbar, geringgradige Hallux valgus Stellung rechts.

Vorfuß links: physiologische Achsenstellung des Vorfußes, äußerlich unauffälliges Großzehengrundgelenk. Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Hüften S beidseits 0/120, IR/AR rechts 10/0/30, links 20/0/30,

Knie 0/0/130, Sprunggelenke sind seitengleich annähernd frei beweglich,

Großzehengrundgelenke rechts 10/0/10, links 10/0/20.

Das Abheben der gestreckten unteren Extremität ist beidseits bis 60° bei KG 5 möglich.

Wirbelsäule: Schultergürtel und Becken stehen horizontal, in etwa im Lot, regelrechte Krümmungsverhältnisse. Die Rückenmuskulatur ist symmetrisch ausgebildet. Kein wesentlicher Hartspann. Klopfschmerz über der unteren Lendenwirbelsäule, ISG rechts positiv. Aktive

Beweglichkeit: HWS: R 70/0/70, F 30/0/30; BWS/LWS: FBA: 10 cm, Rotation und Seitneigen jeweils 30°, Schober 10/15, Ott 30/33. Bei der Rotation werden endlagige Schmerzen rechts paralumbal angegeben. Lasegue bds. negativ, Muskeleigenreflexe seitengleich auslösbar.

Status psychicus: Allseits orientiert; Merkfähigkeit, Konzentration und Antrieb unauffällig; Stimmungslage ruhig und ausgeglichen.

1.2.2. Beurteilung der Funktionseinschränkungen:

Lfd. Nr.

Funktionseinschränkung

Position

GdB

01

Koronare Herzkrankheit, Zustand nach Stent-Implantation Wahl dieser Position, da keine wesentliche Einschränkung der Herzleistung dokumentiert ist.

gZ 319

30 vH

02

Großzehengrundgelenksarthrose beidseits, Zustand nach Cheilektomie rechts Oberer Rahmensatz, da jeweils geringgradige Einschränkung der Beweglichkeit.

164

10 vH

03

Schmerzhaftigkeit an Finger- und Handgelenken, rechtem Ellbogen, rechtem Hüft- und Kniegelenk Oberer Rahmensatz, da mehrere Gelenke betroffen sind, jedoch ohne relevante Funktionseinschränkung.

417

10 vH

04

Obstruktives Schlafapnoesyndrom Oberer Rahmensatz, da mit nächtlicher Druckbeatmung ausreichend behandelt.

293

20 vH

05

Asthma bronchiale 1 Stufe über dem unteren Rahmensatz, da multifaktoriell mit leichtgradiger bronchialer Obstruktion, unter Behandlung klinisch unauffälliger Befund.

285

10 vH

06

Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Osteoporose Oberer Rahmensatz dieser Position, da geringes Funktionsdefizit bei mäßiggradigen radiologischen Veränderungen.

190

30 vH

Gesamtgrad der Behinderung

40 vH

Schilddrüsenunterfunktion kann medikamentös ausgeglichen werden und erreicht bei euthyreoter Stoffwechsellage keinen Grad der Behinderung. Eine beginnende Dupuytrensche Kontraktur ohne Streckdefizit an den Fingern bei ungestörten Greifformen erreicht keinen Grad der Behinderung.

Aus neurologisch/psychiatrischer Sicht bestehen keine funktionellen Defizite, die einen Grad der Behinderung ergeben.

Keinen Grad der Behinderung erreichen Zustand nach Prostata Operation, Zustand nach Harnblasenoperation und Nierenfunktionsstörung

Maßgebend für den Gesamtgrad der Behinderung, im Sachverständigengutachten, welches dem am 03.09.1993 ausgestellten Behindertenpass zugrunde gelegt wurde, war, dass unter Heranziehung der Richtsatzverordnung das führende Leiden 1 (Psychosomatose mit Krankheitswert, Pos. gZ 585, GdB 30 vH) durch die übrigen Leiden 2 (Spondylarthrose, Pos. 190, GdB 30 vH), Leiden 3 (Verkürzung des rechten Beines um 2 cm, Pos. 111, GdB 20 vH) und Leiden 4 (Chronisches Gallenleiden, Pos. 365, GdB 20 vH) gemeinsam um 2 Stufen auf einen Gesamtgrad der Behinderung in Höhe von 50 vH angehoben wird.

Es ist im Vergleich zum im Rahmen der persönlichen Untersuchung am 25.03.1993 erhobenen klinischen Befund insofern eine relevante Verbesserung eingetreten, als die damaligen Leiden 1, 3 und 4 kein einschätzungsrelevantes Ausmaß mehr erreichen. Die Leiden 2 bis 5 erhöhen den Grad der Behinderung des führenden Leidens unter Nr. 1 nicht, aufgrund fehlender wechselseitiger ungünstiger Leidensbeeinflussung in relevantem Ausmaß.

2. Beweiswürdigung:

Zu 1.1.) Die Feststellungen zu den allgemeinen Voraussetzungen ergeben sich aus dem diesbezüglich unbedenklichen, widerspruchsfreien und unbestrittenen Akteninhalt.

Zu 1.2.) Die Feststellungen zu Art und Ausmaß der Funktionseinschränkungen gründen sich – in freier Beweiswürdigung – in nachstehend ausgeführtem Umfang auf die vorgelegten und eingeholten Beweismittel:

Die vom Bundesverwaltungsgericht eingeholten Sachverständigengutachten Dris. XXXX , Dris. XXXX , Dris. XXXX und Dris. XXXX sind hinsichtlich des erhobenen klinischen Befundes und der Bewertung des Leidenszustandes im jeweiligen Fachgebiet vollständig und schlüssig. Es wurde auf die Art der Leiden und deren Ausmaß ausführlich eingegangen.

Die vorgelegten Beweismittel sind in die Beurteilung eingeflossen, die befassten Sachverständigen haben sich eingehend damit auseinandergesetzt.

Die im Rahmen des Parteiengehörs erhobenen Einwendungen und im Laufe des Verfahrens vorgelegten Beweismittel, sowie das im Rahmen der mündlichen Verhandlung erstattete Vorbringen sind nicht geeignet, die Beurteilung zu entkräften.

Die Sachverständigengutachten Dris. XXXX , Dris. XXXX , Dris. XXXX und Dris. XXXX stehen mit den Erfahrungen des Lebens, der ärztlichen Wissenschaft und den Denkgesetzen nicht in Widerspruch. Auch war dem Vorbringen sowie den eingeholten und vorgelegten Beweismitteln kein Anhaltspunkt zu entnehmen, die Tauglichkeit der befassten Sachverständigen oder deren Beurteilung beziehungsweise Feststellungen in Zweifel zu ziehen.

Dr. XXXX führt zum Beschwerdevorbringen aus, dass arthrotische Veränderungen des Großzehengrundgelenks links mit radiologischen Veränderungen keinen Grad der Behinderung in Höhe von 50 vH rechtfertigen, dies entspräche dem völligen Fehlen eines Unterschenkels, was keinesfalls einen gleichzuachtenden Zustand darstellt. Es liegt keine Versteifung des Großzehengrundgelenks vor, da eine Restbeweglichkeit besteht.

Der Sachverständige gesteht zu, dass sich das Wirbelsäulenleiden nicht verbessert hat, sondern 1993 so wohlwollend beurteilt worden ist, dass trotz einer in diesem Zeitraum sicherlich fortgeschrittenen Abnützung, die gewählte Einschätzung auf Grund der aktuell zu objektivierenden nur geringen Funktionsbehinderung weiterhin als wohlwollend zu beurteilen ist. Ergänzend erläutert Dr. XXXX , dass die Osteoporose kein einschätzungsrelevantes Leiden darstellt, sondern lediglich daraus resultierende Brüche und deren Folgen zu beurteilen sind.

Zu den vorgelegten Befunden nimmt Dr. XXXX wie folgt Stellung:

-

Röntgenbefund der Großzehe von 2006 - nicht mehr aktuell, da zwischenzeitlich operativ versorgt.

-

Röntgenbefund beider Hüften vom 11.05.2009 beschreibt eine mäßigbis mittelgradige Arthrose links und rechts.

-

Magnetresonaztomographie-Befund des rechten Vorfußes vom 21.10.2009 beschreibt eine Stressfraktur am 2. und 3. Mittelfußknochen, sowie eine Großzehengrund-gelenksarthrose. Die Brüche sind zwischenzeitlich knöchern geheilt.

-

Röntgenbefund der linken Großzehe von 09/2010 beschreibt eine Arthrose.

-

Knochendichte-Befund von 09/2010 beschreibt eine Osteoporose am medialen Schenkelhals.

-

Röntgenbefund der rechten Hand von 12/2011 beschreibt nur geringe Interphalangealarthrosen, sowie eine mäßige Arthrose im Daumengrundgelenk und geringe Ritzarthrose. Dieser Befund ist als altersentsprechend unauffällig zu werten.

-

Röntgenbefund linke Großzehe vom 13.12.2011 beschreibt einen geringen bis mäßigen Hallux valgus und eine mittelgradige bis deutliche Arthrose im Großzehengrundgelenk.

-

Röntgenbefund Vorfüße beidseits von 06/2012 beschreibt rechts eine hochgradige Großzehengrundgelenksarthrose mit 32° Valgus, sowie Exostosen und einen Zustand nach Bruch des 2. Mittelfußknochens mit Kallus geheilt. Links wird eine mittelgradige Arthrose des Großzehengrundgelenks beschrieben bei sonst unauffälligem Befund.

-

Ein Ultraschallbefund des Oberbauchs von 1997 ist nicht mehr aktuell und aussagekräftig, ebenso ein Histo-Befund von 1997 und ein Thorax-Röntgen von 2001.

-

Ein Magnetresonanztomographie-Befund der Lendenwirbelsäule von 2001 beschreibt einen Bandscheibenvorfall L1/2, L2/3 und L3/4 mit Wurzelkontakt.

-

Urologischer Befund über TURP von 2007.

-

OP-Bericht über OP eines Hallux rigitus rechts im Juni 2008 bei Großzehengrundgelenksarthrose.

-

HNO-Befund von 2008 über Uvulakürzung und Septumplastik.

-

Gastroskopiebefund von 2009 beschreibt eine Gastritis.

-

Röntgenbefund von 2009 beschreibt einen Mittelfußknochenbruch II rechts.

-

Ultraschall des Oberbauchs von 2010 beschreibt ein Granulom oder Konkrement im linken Leberlappen, wie lange vorbeschrieben.

-

Lungenfachärztlicher Befund von 04/2011 beschreibt eine obstruktive Schlafapnoe und einen RSB.

-

Echocardiographiebefund von 2011 beschreibt einen grenzwertig vergrößerten Vorhof, sowie eine Mitralinsuffizienz Grad I und eine mäßige Tricuspitalinsuffizienz. Dieser Befund ist hämodynamisch nicht wirksam. Daraus ergibt sich kein einschätzungsrelevantes Leiden.

-

Lungenfachärztlicher Befund ohne Zusammenfassung oder Kommentar und Diagnose.

-

Röntgenbefund von 06/2012 Vorfüße beidseits wurde schon zitiert.

-

Röntgen rechtes Knie von 09/2012 beschreibt eine mäßige Varusgonarthrose, im Grunde ein altersentsprechend unauffälliger Befund.

Zum Vergleichsgutachten führt Dr. XXXX aus, dass eine Beinverkürzung von 2 cm aktuell nicht objektivierbar ist, sondern eine Verkürzung von 1 cm, das Gallenleiden ohne Beschwerdesymptomatik nicht weiter berücksichtigt wird und die neu aufgetretenen Leiden zusätzlich eingeschätzt werden, woraus eine Herabsetzung des Gesamtgrades der

Behinderung resultiert.

Dr. XXXX führt zur geänderten Beurteilung fachärztlich überzeugend aus, dass der Beschwerdeführer seit ca. 10 Jahren nicht mehr in fachärztlicher Behandlung ist und keine spezifische Medikation nimmt, sohin aktuelle keine psychiatrischen funktionellen Defizite bestehen, welche einen Grad der Behinderung ergeben.

Zu den im Rahmen des Parteiengehörs erhobenen Einwendungen erläutert Dr. XXXX , dass eine Spondylarthrose eine Diagnose aber keine Beschwerde ist, Schmerzen im Allgemeinen eine rein subjektive Empfindung sind, Grundlage der Beurteilung Funktionsbehinderungen sind, die durch eine klinische Untersuchung zu objektivieren und durch objektive Befunde zu erhärtet sind, weshalb ein allfällig stattgehabter Bruch eines Mittelfußknochens, der kallös geheilt ist und keine Funktionsbehinderung bewirkt, kein einschätzungsrelevantes Leiden darstellt. Zur Bewertung des Wirbelsäulenleidens führt der Sachverständige aus, dass alle morphologischen Veränderungen, sohin auch die Osteoporose und die Achsverkrümmung berücksichtigt wurden, eine isolierte Skoliose ohne Funktionsbehinderung und Beschwerden kein einschätzungsrelevantes Leiden ergibt, was auch für den M. Dupuytren ohne Funktionsbehinderung gilt. Schmerzen sind gutachterlich zu objektivieren und entsprechend zu bewerten, soweit diese zu einem Mindergebrauch einer Extremität oder zu einer schmerzbedingten Funktionsbehinderung führen.

Die vorgelegten Befunde erläutert der unfallchirurgische Sachverständige zusammenfassend wie folgt:

-

Befund vom AKH vom 29.08.2013 — Magnetresonanztomographie des Sprunggelenks (linker Fuß), beschrieben wird eine aktivierte Arthrose des Großzehengrundgelenks mit Beteiligung der Sesambeine. Die übrigen knöchernen Strukturen werden als altersentsprechend regulär beschrieben. Dieser Befund ist in Leiden 2 unter Berücksichtigung der am 02.04.2013 erhobenen Beweglichkeitseinschränkung in vollem Umfang berücksichtigt.

-

Röntgen vom 13.08.2013, linker Fuß: Beschrieben wird ein 3 mm großer Ausriss an der Basis des 5. Mittelfußknochens mit beginnender Neugelenkbildung und die bekannte Großzehengrundgelenksarthrose.

-

Befund vom AKH vom 03.06.2008: Beschrieben wurde ein Hallux rigidus. Dieser Befund ist in Leiden 2 unter Berücksichtigung der am 02.04.2013 erhobenen Beweglichkeitseinschränkung in vollem Umfang berücksichtigt.

-

Befund Dris. XXXX vom 20.02.2014: Angeführt sind Fingergelenksarthrosen, besonders im Kleinfingermittelgelenk rechts. Dieser Befund ist in Leiden 3 unter Berücksichtigung der am 02.04.2013 erhobenen Beweglichkeitseinschränkung in vollem Umfang berücksichtigt.

-

Röntgenbefund vom 20.02.2014 beider Hände: In der Zusammenfassung werden beginnende (incipiente) bis mäßige Arthrosen an den Fingern beschrieben. Dieser Befund ist in Leiden 3 unter Berücksichtigung der am 02.04.2013 erhobenen Beweglichkeitseinschränkung in vollem Umfang berücksichtigt.

Dr. XXXX erörtert die Einwendungen dahin, dass der neue Befund vom 14.10.2013 keine Diagnose oder Therapie sondern lediglich eine Bestätigung über einen Behandlungsbeginn beinhaltet und aus psychiatrischer Sicht keine relevanten Funktionsausfälle bestanden, ohne spezifische Therapie seit mehr als zehn Jahren.

Der Beurteilung der koronaren Herzerkrankung legt Dr. XXXX den Befund der Universitätsklinik für Innere Medizin II vom 19.09. bis 23.09.2014 zugrunde, welcher atherosklerotische Herzkrankheit, Gefäßdehnung und Stent-Implantation an der LAD, Angina pectoris dokumentiert sowie Prostatahyperplasie, Schlafapnoe, Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet, und Hypothyreose nicht näher bezeichnet, auflistet. Der innerfachärztliche Sachverständige führt dazu aus, dass die Neuaufnahme durch den Krankheitsverlauf bedingt wird, befunddokumentiert ist und im Einklang mit dem Ergebnis der klinischen Untersuchung steht.

Zum Vorbringen erläutert Dr. XXXX , dass die vorgelegten Befunde in der Beurteilung berücksichtigt wurden, wobei eine Herzdilatation in relevantem Ausmaß nicht dokumentiert ist, eine Gastritis oder eine Unterfunktion der Schilddrüse in einschätzungsrelevantem Ausmaß nicht festgestellt werden konnte, ein Lungenemphysem mit

relevanter Lungenfunktionseinschränkung nicht belegt ist, eine Cardiomyopathie oder Small-Vessel-Disease nicht vorliegt, eine Erosion behandelbar ist, die Veränderungen im Herzen nun abgeklärt sind und in der Diagnosenliste korrekt erfasst wurden.

Zu den im Rahmen des Parteiengehörs erhobenen Einwendungen führt Dr. XXXX aus, dass die vorgelegten Befunde in der Beurteilung des neu aufgenommenen Herzleidens berücksichtigt wurden.

Dr. XXXX fasst die nachgereichten Beweismittel wie folgt zusammen:

-

Röntgen rechte Hand vom 05.06.2015: geringe Heberdenarthrose, incipiente Skaphoid- Trapeziumarthrose und Rhizarthrose.

-

Befund Universitätsklinik für Innere Medizin II vom 10.11.2011:

leichtgradiges zentrales Schlafapnoesyndrom, Hyperthyreose, Zustand nach Septumdeviation und Uvulaverkürzung, Tricuspidalinsuffizienz, Rechtschenkelblock.

-

Pulmologische Untersuchung Universitätsklinik Graz vom 22.09.2014:

diskrete Erhöhung des pulmonalen Drucks in 1. Linie mit den beiden obigen Erkrankungen sekundär verbunden, zusätzliche pulmonalarterielle Hypertonie ist unwahrscheinlich, Betreuung der KHK und obstruktiven Schlafapnoe, gezielte Therapie wie bei PAH derzeit nicht indiziert.

-

Bericht Dr. XXXX , Facharzt für Lungenheilkunde vom 1.06.2015

-

Spiroergometrie vom 1.04.02016: gegenüber 2014 diskrete Abnahme der Leistungsfähigkeit, Ursache der Dyspnoesymptomatik multimodal:

KHK bei Zustand nach PTCA mit Stent Implantation, Obstruktives Schlafapnoesyndrom, Diffusionsstörung

-

Ambulanzbericht Krankenhaus Hietzing, Lungenambulanz vom 11.04.2016

-

Befundbericht Schlaflabor vom 11.04.2016: Schlafapnoesyndrom, Therapie mit nasalem Überdruck, Neueinstellung der CPAP-Maskenbehandlung. Gelegentlich Aerophagie und morgendliche Regurgitationen und Blähungen nach CPAP Anwendung.

Durchschlafstörungen mit Atemnotsymptomatik, verbunden mit Bewegungsunfähigkeit, Schlafapneusyndrom als Ursache auszuschließen

-

Befund Dr. XXXX , Facharzt Lungenkrankheiten vom 20.04.2016 einschließlich Lungenfunktionstest: undulierende Beschwerden, Blähungen durch Luftschlucken, Leichtgradige bronchiale Obstruktion, Vitalkapazität im Normbereich, Diagnosen: obstruktive Schlafapnoe mit CPAP, multifaktorielles Asthma bronchiale. Therapie mit Seretide.

Zur Veränderung im Gesamtleidenszustand führt Dr. XXXX aus, dass die im Jahr 1995 als Leiden 1 mit 30 vH eingestufte Psychosomatose mit Krankheitswert, therapieresistent, nicht durch eine aktuelle, durchgängige fachärztliche Befunddokumentation, weder über ambulante noch über stationäre Behandlungen, belegt ist, anamnestisch angegeben wird, dass ein Facharzt für Neurologie aufgesucht wird und Medikamente eingenommen werden, diesbezügliche Befunde allerdings nicht vorgelegt werden. Das Wirbelsäulenleiden wird keiner Einschätzung mehr unterzogen, da weder eine Funktionseinschränkung feststellbar ist noch aktuelle Befunde über eine maßgebliche Veränderung in der bildgebenden Diagnostik noch eine Behandlungsdokumentation durch einen Facharzt für

Orthopädie oder physikalische Medizin mit entsprechenden regelmäßigen, insbesondere analgetischen Therapien vorliegen. Die Verkürzung des rechten Beins um 2 cm ist nicht mehr feststellbar. Das chronische Gallenleiden mit Beschwerdesymptomatik ist nicht mehr durch aktuelle Befunde belegt.

Zu den erhobenen Einwendungen beschreibt Dr. XXXX , dass im Bereich beider Hände bei unauffälliger Grob-und Feinmotorik, ohne Hinweis für Streckdefizit oder Beugedefizit oder Achsenabweichung und seitengleicher Kraftentfaltung keine Funktionseinschränkungen festgestellt werden können. Eine Osteoporose per se wird keiner Einstufung unterzogen, Folgeschäden sind nicht dokumentiert. Ein Ganglion im Bereich des

Quelle: Bundesverwaltungsgericht BVwg, https://www.bvwg.gv.at

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