jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Bvwg Erkenntnis 2018/4/10 W261 2164164-1

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 10.04.2018

Entscheidungsdatum

10.04.2018

Norm

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

Spruch

W261 2164164-1/8E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Karin GASTINGER, MAS als Vorsitzende und den Richter Mag. Markus BELFIN sowie den fachkundigen Laienrichter Herbert PICHLER als Beisitzer über die Beschwerde von XXXX , geb. XXXX, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 07.06.2017, betreffend die Abweisung des Antrages auf Ausstellung eines Behindertenpasses zu Recht erkannt:

A)

Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen.

B)

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

Text

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

I. Verfahrensgang:

Der Beschwerdeführer stellte am 29.12.2016 (einlangend) beim Sozialministeriumservice (in der Folge als belangte Behörde bezeichnet) einen Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses und legte dabei ein Konvolut an medizinischen Unterlagen vor.

Die belangte Behörde holte in der Folge ein Sachverständigengutachten eines Arztes für Allgemeinmedizin ein. In dem auf Grundlage einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 10.02.2017 erstatteten Gutachten vom 25.04.2017 führte der medizinische Sachverständige für Allgemeinmedizin Folgendes - hier in den wesentlichen Teilen wiedergegeben - aus:

"Anamnese:

Operationen: Strumektomie 2006 und 2012 im Kaiserin Elisabeth Spital wegen Struma nodosa, keine Malignitätszeichen, seither Substitutionstherapie mit Euthyrox 135 pg, unter Therapie euthyreote Stoffwechsellage

Koronare Herzkrankheit (Zweigefässerkrankung) seit 07/2016 bekannt, Zustand nach 2- maligem Stenting im AKH Wien, gutes postinterventionelles Ergebnis, Bisoprolol 5 J4-0-0, Clopidogrel 75 1-0-0, Tanatril J4-0-0, ThAss 1-0-0, unter Therapie normales Blutdruckverhalten, keine Adaptationszeichen bekannt

Hyperlipidämie seit Jahren, Medikation Atorvalan 80 0-0-1

Degenerative Veränderung der Wirbelsäule, Punktum Maximum im thorakolumbalen Übergangsbereich bei skoliotischen Veränderungen, keine Operation keine motorischen Ausfälle, keine Dauermedikation, physikalische Therapie wird derzeit im Rahmen einer neurologischen Rehabilitation im Krankenhaus Göttlicher Heiland durchgeführt

Thrombose im Gehirn am 21. Lebensjahr, Erstversorgung im Krankenhaus RST, durch Lyse konnte eine Besserung erzielt werden, weiterhin nur konservative Therapie, bleibende Schäden: Hemisyndrom rechts, persistierende Beschwerdesymptomatik Störung der Feinmotorik der rechten Hand, auch Beeinträchtigung des rechten Beines, mit Störung der Feinmotorik, keine einschlägige Therapie

Nikotin 0 seit 07/2016, früher 20/d, Alkohol: 0

Derzeitige Beschwerden:

Störung der Feinmotorik der rechten Hand (Gebrauchsarm), der Antragwerber gibt an, vor kurzem die Beifahrertür eines Autos aufmachen zu wollen, und dies war nur eingeschränkt möglich,

von Seiten des Herzens keine Beschwerden

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Euthyrox 135 pg, Bisoprolol 5, Clopidogrel 75, Tanatril, ThAss 100, Atorvalan 80 0-0-1

Sozialanamnese:

Erlernter Gärtner, derzeit Beamter der Gemeinde Wien (MA 42) tätig, letzter längerer Krankenstand: 07.07.2016 bis 06.01.2017 wegen Herzleiden, geschieden, ein erwachsenes Kind, Lebensgemeinschaft mit Pensionistin, Antragwerber lebt in einer Wohnung 1. Stock ohne Lift

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Röntgenbefund vom 03.05.2011: Röntgen gesamte Wirbelsäule a. p. und seitlich stehend Reguläre Lordose der Halswirbelsäule. Normale Höhe der Wirbelkörper und der Intervertebralräume. Keine signifikant degenerativen Veränderungen an der HWS fassbar. Reguläre Kyphose der Brustwirbelsäule bei deutlicher rechtskonvexer Skoliose im mittleren BWS-Abschnitt in a. p. Projektion. Geringe Zeichen der Spondylosis thoracalis mit osteophytären Zuschärfungen an den ventralen Wirbelkörperabschlußplatten. Reguläre Lordose der Lendenwirbelsäule, an der LWS keine Achsenfehlstellung in a. p. Projektion. Zeichen der Spondylosis lumbalis mit osteophytären Randanbauten ventralseitig im gesamten Untersuchungsbereich. Inzipiente degenerative Veränderungen an den kleinen Wirbelgelenken L4/L5 und L5/S1.

Sonographiebefund der Schilddrüse vom 21.10.2016, Ergebnis: Bei Zustand nach Hemithyreoidektomie rechts und Teilresektion links, keine Auffälligkeiten an der Restschilddrüse.

Internistische Befund vom 22.08.2016, Diagnose: Hypertonie, Insult mit 21 Jahren, Hypercholesterinämie, koronare Herzkrankheit, Zustand nach 2-maligen Stenting, Dauermedikation: Atorvalan 80, Bisoprolol 5, Clopidogrel 75, Euthyrox 137, Tanatril 20, Thrombo Ass 100

Aufenthaltsbestätigung des Zentrums Althofen vom 27.11.2016 bis 25 12.2016, Diagnosen: koronare Herzkrankheit, Zustand nach PCI und Stenting der LAD und der RCA am 07.07.2016, arterielle Hypertonie, rechts Restsymptomatik nach Insult 1978

Dauermedikation: Atorvalan 80, Bisoprolol 5, Clopidogrel 75, Euthyrox 137, Tanatril 20, Thrombo Ass 100

Röntgenbefund der gesamten Wirbelsäule vom 18.01.2017: rechtskonvexe Skoliose thorakolumbal, incipiente

ventraler Spondylose multisegmentale an der Halswirbelsäule, geringe multisegmentale Spondyloosteochondrosen der mittleren Brustwirbelsäule, geringe, dorsal betonte Spondyloosteochondrosen multisegmentale an der Lendenwirbelsäule, geringe bis moderate Spondylarthrosen an der kaudalen Lendenwirbelsäule, die Wirbelkörper sind von regulärer Höhe und Form, Altersinadäquate Knochenstruktur, projektionsradiographisch kein Nachweis einer Wirbelfraktur oder vom Osteodestruktion

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand:

guter Allgemeinzustand

Ernährungszustand:

guter Ernährungszustand

Größe: 184,00 cm Gewicht: 98,00 kg Blutdruck: 145/80

Klinischer Status - Fachstatus:

Sauerstoffsättigung der Raumluft: pO2: 95 %, Puls: 68/min, keine

Ruhedyspnoe Kopf: Zähne: Prothese, Gleitsichtbrille, Sensorium frei, Nervenaustrittspunkte unauff.,

Hals: keine Einflussstauung, Schilddrüse schluckverschieblich, Lymphknoten o. B.,

Thorax: symmetrisch, Trichterbrust,

Herz: normal konfiguriert, Herztöne rein, keine pathologischen Geräusche,

Lunge: vesikuläres Atemgeräusch, Basen gut verschieblich, son. Klopfschall,

Wirbelsäule: Halswirbelsäule frei beweglich, Kinn-Jugulum-Abstand 2cm, seichte rechtskonvexe Skoliose der Brustwirbelsäule, Fingerbodenabstand 15cm, thorakaler Schober 30/33cm, Ott: 10/14cm, Hartspann der Lendenwirbelsäule,

Abdomen: weich, über Thoraxniveau, Hepar und Lien nicht palpabel, keine Resistenz tastbar, blande Narbe nach Appendektomie,

Nierenlager: beidseits frei,

Obere Extremität: frei beweglich bis auf endlagige Elevationsstörung des rechten Armes, Störung der Feinmotorik der rechten Hand mit Einschränkung des Faustschlusses, keine signifikante

Involutionsatrophie der Oberarmmuskulatur: Oberarmumfang rechts: 32 cm (links: 33 cm), seitengleicher Umfang beider Unterarme: 30,5 cm, Globalfunktion und grobe Kraft beidseits erhalten, Nacken- und Kreuzgriff möglich,

Untere Extremität: frei beweglich, seitengleicher Umfang beider

Kniegelenke bei festem Bandapparat: 41 cm, keine signifikante Involutionsatrophie der Unterschenkelmuskulatur, Umfang des rechten

Unterschenkels: 41cm (links: 39cm), keine Ödeme, keine trophischen Hautstörungen, Reflex lebhaft auslösbar, Babinski negativ, Zehen- und Fersengang möglich

Gesamtmobilität - Gangbild:

unauffälliges Gangbild, keine Gehhilfe erforderlich.

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

Lfd. Nr.

Bezeichnung der körperlichen, geistigen oder sinnesbedingten Funktionseinschränkungen, welche voraussichtlich länger als sechs Monate andauern werden: Begründung der Positionsnummer und des Rahmensatzes:

Pos.Nr.

GdB %

1

Leichtes Hemisyndrom rechts nach stattgehabtem Insult 1978 Zwei Stufen über dem unteren Rahmensatz, da Ausfall einzelner Muskelgruppen

04.01.01

30

2

Koronare Herzkrankheit, Zustand nach Stenting, Bluthochdruck Oberer Rahmensatz, da Zustand nach Stenting mit gutem postinterventionellem Ergebnis und keine signifikante Klinik

05.05.01

20

3

Degenerative Veränderung der Wirbelsäule Oberer Rahmensatz, da nachvollziehbare Symptomatik und geringe Funktionseinschränkung

02.01.01

20

4

Zustand nach Schilddrüsenteilentfernung Unterer Rahmensatz, da mit Substitutionstherapie euthyreote Stoffwechsellage erzielt werden kann

09.01.01

10

Gesamtgrad der Behinderung 30 v.H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Das führende Leiden unter lfd. Nr. 1) wird durch die Gesundheitsschädigung unter lfd. 2) bis 4) nicht erhöht, da kein maßgebliches ungünstiges Zusammenwirken besteht.

Folgende beantragten bzw. in den zugrunde gelegten Unterlagen diagnostizierten Gesundheitsschädigungen erreichen keinen Grad der Behinderung:

Übergewicht und erhöhter Blutfettspiegel stellen zwar einen Risikofaktor dar, erreichen jedoch keinen Grad der Behinderung.

...

[x] Dauerzustand

..."

Mit dem angefochtenen Bescheid vom 07.06.2017 wies die belangte Behörde den Antrag des Beschwerdeführers auf Ausstellung eines Behindertenpasses ab und führte begründend aus, dass das medizinische Beweisverfahren einen Grad der Behinderung von 30 v.H. ergeben habe, und somit die Voraussetzungen zur Ausstellung eines Behindertenpasses nicht gegeben seien. Die belangte Behörde übermittelte mit dem Bescheid das ärztliche Sachverständigengutachten an den Beschwerdeführer.

Mit E-Mailnachricht vom 11.07.2017 erhob der Beschwerdeführer gegen diesen Bescheid fristgerecht die gegenständliche Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht und brachte darin im Wesentlichen vor, er könne seine koronare Herzkrankheit nur mit einer Dauermedikation stabil halten. Er müsse der Feststellung im Gutachten, wonach

ein "guter Allgemeinzustand" bestehe, widersprechen, durch die hochdosierten Medikamente sei er gesundheitlich sehr eingeschränkt und im täglichen Leben nicht belastbar. Der Beschwerdeführer müsse seine arterielle Hypertonie mit hochdosierten Medikamenten auf einen "normalen" Blutdruck bringen, alle anderen Blutdruckwerte seien für ihn lebensbedrohlich. Er sei auf wiederkehrende Rehabilitationen und ständige physikalische Therapien angewiesen. Nach einem Insult und Thrombose im Gehirn im Jahr 1978 leide der Beschwerdeführer an einer Elevationsstörung des rechten Armes, einer Störung der Feinmotorik der rechten Hand mit Einschränkung des Faustschlusses und an einer enormen Beeinträchtigung des rechten Beines und Ausfall einzelner Muskelgruppen. Die bleibenden Schäden könnten durch Therapie nicht beseitigt werden. Seit dem Insult leide der Beschwerdeführer an einer Einschränkung seiner Sehkraft und müsse eine Brille tragen. Er sei zwei Mal an der Schilddrüse operiert worden und nehme aus diesem Grund ebenfalls hoch dosierte Dauermedikation ein, die Entfernung der Schilddrüse habe enorme Nebenwirkungen. Der Beschwerdeführer habe eine rechtskonvexe Skoliose. Die Schiefe Körperhaltung betreffe die Muskulatur, vor allem die Schultern, die Brustwirbel- und Lendenwirbelsäule und verursache Hartspann und Schmerzen. Die verschiedenen Gesundheitsschädigungen und die Nebenwirkungen der Dauermedikation würden maßgeblich ungünstig zusammenwirken.

Aufgrund der Einwendungen in der Beschwerde holte das Bundesverwaltungsgericht ein Sachverständigengutachten eines Arztes für Allgemeinmedizin ein.

In dem nach einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 29.12.2017 erstellten Gutachten vom selben Tag führte der medizinische Sachverständige - hier im Wesentlichen angeführt - Folgendes aus:

"...

Sozialanamnese:

Verheiratet, ein Sohn, beschäftigt beim Stadtgartenamt MA 42, der BF gehe in wenigen Wochen in Pension.

Vorerkrankungen:

Koronare Herzerkrankung bei Zustand nach PTCA und erfolgreichem Stenting der LAD und RCA 07.07.2016, arterielle Hypertonie, Rechtsseitensymptomatik nach Insult 1978, kombinierte Hyperlipidämie.

Subjektive Beschwerdesymptomatik:

Das rechte Sprunggelenk sei in der Bewegung eingeschränkt, fallweise habe er Schmerzen im rechten Kniegelenk. Die Finger der rechten Hand seien bewegungseingeschränkt, und er müsse sich beim Greifen anstrengen. Er habe 1978 einen Schlaganfall erlitten habe damals ein Halbseitensyndrom rechts gehabt. Laut der Ehefrau ziehe er fallweise den rechten Fuß beim Gehen nach. Fallweise könne er die rechte Hand und die rechte Schulter nicht gut bewegen. Fallweise Schmerzen in der Lendenwirbelsäule bis zur Brustwirbelsäule. Manchmal bestehen Beschwerden im Nacken, dies sei eine Berufserkrankung. Derzeit werden physikalische Therapien durchgeführt, ein Rehabilitationsaufenthalt im April 2017 sei absolviert worden. Dieser Aufenthalt in Althofen habe ihm gut getan und sei "angenehm" gewesen. Er gehe Radfahren. Fallweise sei er müde. Befragt nach seinem Herzen gibt der BF an, dass er beim Gehen in der Ebene keine Probleme habe, beim Bergaufgehen würde jedoch teilweise ein Beklemmungsgefühl auftreten, und der Puls würde fallweise ansteigen. Auch müsse er tiefer atmen, würde dann stehen bleiben, worauf sich die Symptomatik bessere. Er sei nicht so belastbar. Ärztliche Kontrollen werden bei Frau Dr. XXXX durchgeführt, die nächste Kontrolle finde am 05.12.2017 statt, zuletzt sei er im August 2016 dort gewesen. Er leide auch an Nebenwirkungen der einzunehmenden Medikamente. Er müsse 6 Medikamente nehmen, als Nebenwirkung würde es ihn fallweise nach 30 Minuten "drehen", er müsse dann "bis 10 zählen", und es trete dann eine Besserung ein. Unter medikamentöser Therapie sei der Blutdruck in Ordnung. Ohne Medikation jedoch leide er an einem hohen Blutdruck. Laut Ehefrau würde er den Behindertenpass dringend für den Steuerausgleich und für die öffentlichen Verkehrsmittel brauchen. Auch benötige er eine Begleitperson, da er nicht tragen könne. Er habe eine niedrige Pension.

Medikamentöse Therapie:

ThromboAss. Atarv istatin. Ezetrol, Bisoprolol. Euthyrox, Tanatril, Omega 3 Fettsäuren.

Status Präsens:

Allgemeinzustand: gut. Ernährungszustand: sehr gut,

Körpergröße 184 cm. Körpergewicht 95 kg.

Aus- und Ankleiden überwiegend im Stehen, lediglich die Socken werden im Sitzen angezogen. Aufstehen und Lagewechsel selbständig gut möglich.

Caput: u a., keine Lippenzyanose. Sehhilfe, keine Halsvenenstauung.

Cor: reine Herztöne. rhythmische Herzaktion, Blutdruck 140/75,

Pulmo: V.A., sonorer KS. Basen atemversch., keine Sprechdyspnoe, keine Kurzatmigkeit bei Bewegungsprüfung im Untersuchungszimmer,

Abdomen: weich, keine Druckpunkte, keine path. Resistenzen palp., Leber am Ribo palp., Milz n. p., Darmgeräusche normal und unauffällig. Nierenlager bds. frei,

HWS: Kopfdrehung und -seitneigung: nach rechts und links frei. Inkl. und Rekl. endlagig eingeschränkt, BW y. mäßige rechtskonvexe

Skoliose. LWS: Rumpfdrehung und seitneigung endlagig eingeschränkt,

Extremitäten:

OE:

Schultergelenk rechts: Abduktion 140° und Anteversion 150°.

Schultergelenk links: Abduktion und Anteversion 160°, Nacken- und Schürzengriff beidseits frei durchführbar, links gering verlangsamt,

Ellenbogengelenke: frei

Handgelenke frei beweglich. Fingergelenke bds. frei, Daumengelenke bds. frei. Faustschluß bds. komplett durchführbar, Zangengriff bds. durchführbar,

UE: Hüftgelenk rechts: Flexion 120°, Abd. und Add.

altersentsprechend frei.

Hüftgelenk links Flexion 120°, Abd. und Add. altersentsprechend frei,

Kniegelenk rechts: Beweglichkeit frei, bandstabil,

Kniegelenk links: Beweglichkeit frei, bandstabil,

Sprunggelenke bds. frei

Sonstige Gelenke altersentsprechend frei.

Fußheben und -senken bds. durchführbar.

1-Beinstand bds. durchführbar,

Hocke durchführbar

Beide UE können von der Unterlage abgehoben werden,

Bein- und Fußpulse bds. palp., Temperatur beider unterer

Extremitäten seitengleich unauffällig. Venen: verstärkte

Venenzeichnung beidseits an den unteren Extremitäten, Ödeme: keine

Stuhl: unauffällig und normal. Harnanamnese: unauffällig.

Neuro: FNV beidseits unauffällig, geringe Bradykinese rechte obere Extremität. Kraft an der rechten oberen Extremität minimal reduziert, insgesamt Kraft gut, KHV beidseits unauffällig, Romberg unauffällig, Unterberger: unauffällig und ohne Drehtendenz, Sensibilität an der rechten oberen Extremität gering reduziert, sonst allseits unauffällig angegeben,

Psych: klar. wach, in allen Qualitäten orientiert, keine Denkstörungen. Denkziel wird erreicht. Anamneseerhebung unauffällig möglich.

Gangbild: unauffällig, flüssig und sicher, ohne Hilfsmittel, Aufstehen aus sitzender und liegender Körperhaltung selbstständig unauffällig möglich, freies Stehen unauffällig möglich. Zehenspitzen- und Fersenstand beidseits

durchführbar, Konfektionsschuhe.

Relevante Befunde:

Internistisch-kardiologischer Befund Frau Dr. XXXX vom 22.08.2016:

es besteht eine koronare Herzkrankheit mit 2-Gefäßerkrankung, die am 07.072016 mit mehrfachen Stent-Implantationen im Bereich der CX und der RCA versorgt wurde. Aufgrund dessen würde der Patient ehestmöglich einen kardiologischen Rehabilitationsaufenthalt benötigen. Diagnosen: Hypertonie, Insult mit 21 Jahren, Hypercholesterinämie. Koronare Herzerkrankung, Zustand nach Stenting.

Sonografie der Schilddrüse vom 21.07.2016: Zustand nach Hemithyreoidektomie rechts und Teilresektion links ohne Auffälligkeiten an der Restschilddrüse.

Röntgen der gesamten Wirbelsäule 03.05.2011: keine signifikanten degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule, deutliche rechtskonvexe Skoliose im mittleren Brustwirbelsäulenabschnitt, geringe degenerative Veränderungen der Brustwirbelsäule, beginnende bis geringe degenerative Veränderungen an der Lendenwirbelsäule.

Anlässlich der klinischen Untersuchung vorgelegte Befunde:

Rehabilitationsbericht des Rehabilitationszentrum Althofen vom 10.07.2016: Diagnosen: koronare Herzerkrankung II. Z. n. PTCA und Stenting der TAD und RCA 07.07.2016, arterielle Hypertonie, Rechtsseitensymptomatik nach Thrombose 1978, kombinierte Hyperlipidämie. Es wurde ein Rehabilitationsheilverfahren bei bekannter koronarer Herzerkrankung und Stenting im Juli 2016 durchgeführt. Von kardialer Seite her ist der Patient völlig beschwerdefrei. Die Linksventrikelfunktion ist gut, ohne eindeutige regionale Wandbewegungsstörung. In der 24 Stunden Blutdruckmessung normales Blutdruckverhalten. Ergometrie: Leistungsfähigkeit gering eingeschränkt, keine pathologischen Veränderungen der ST-Strecken. somit bis zum Untersuchungsende kein Hinweis für belastungsinduzierte Ischämie. Im 24 Stunden-EKG unauffälliger stabiler Sinusrhythmus ohne Rhythmusstörungen. Das Blutdruck- und Herzfrequenzverhalten normal. Der Aufenthalt gestaltete sich komplikationslos. Der Patient konnte kardiopulmonal kompensiert in sehr gutem Allgemeinzustand gut motiviert nach Hause entlassen werden. Das Rehabilitationsergebnis insgesamt sehr positiv. Status:

guter Allgemeinzustand, guter Ernährungszustand, Herz und Lunge unauffällig, Bewegungsapparat: rechte untere Extremität noch leichte Feinmotorikstörung.

Echokardiographie am 19.06.2017: gute systolische Pumpfunktion.

Kernspintomographie des Neurocraniums 18.11.2010: bei anamnestischen Angaben eines Status post Thrombose im Gehirn vor 30 Jahren findet sich unverändert zur Voruntersuchung vom 23.02.2006 eine ausgedehnte Lakune angrenzend an das Vorderhorn des linken Ventrikelssystems.

MR-Topographie des Gehirns 23.02.2006: Narbenbildung links frontozentral, kein Hinweis auf rezente Veränderungen.

Beurteilung und Stellungnahme:

1) Gesonderte Einschätzung des Grades der Behinderung:

1. Zustand nach cerebralem Insult 1978 04.01.01 30%

Wahl dieser Position mit 2 Stufen über dem unteren Rahmensatz, da Ausfall einzelner Muskelgruppen bei geringer armbetonter Restsymptomatik bei geringer Funktionsstörung im rechten Schultergelenk deutlich über der Horizontalebene sowie geringen feinmotorischen Störungen.

2. Koronare Herzkrankheit bei Bluthochdruck 05.05.02 30%

Unterer Rahmensatz dieser Position, da nach erfolgreichem Stenting ohne Hinweis auf Gefäßverengungen bei echokardiographisch guter Linksherzfunktion und dokumentiertem normalem Blutdruck- und Pulsverhalten.

3. Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule 02.01.01 20%

Wahl dieser Position mit dem oberen Rahmensatz, da endgradige funktionelle Einschränkungen in der Hals- und Lendenwirbelsäule objektiviert werden können.

4. Zustand nach Teilentfernung der Schilddrüse 09.01.01 10%

Unterer Rahmensatz dieser Position, da medikamentös kompensierbar bei Fehlen von Komplikationen.

2) Gesamtgrad der Behinderung: 30 %

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung: Leiden 2 wirkt mit dem führenden Leiden 1 nicht maßgeblich funktionell negativ zusammen und erhöht nicht weiter. Die Leiden 3 und 4 wirken mit dem führenden Leiden 1 nicht maßgeblich wechselseitig negativ zusammen und erhöhen nicht weiter.

Nachsatz: Eine Blutfettstoffwechselstörung ist mittels Ernährungsmodifikation, Lebensstilmodifikation sowie medikamentöser Therapie behandelbar und erreicht keinen Behinderungsgrad.

3) Ausführliche Stellungnahme zu den Einwendungen der Beschwerdeführers (Abl. 29):

Laut Schreiben (E-Mail) vom 11.07.2017 könne der BF die Koronare Herzkrankheit nur mit Dauermedikation stabil halten. Es bestehe kein guter Allgemeinzustand, und er sei durch die Medikamente gesundheitlich sehr eingeschränkt und im täglichen Leben nicht belastbar. Eine arterielle Hypertonie könne nur mit hoher Dosierung der Medikamente behandelt werden. Aufgrund seines schlechten Allgemeinzustandes seien wiederholte Rehabilitationsaufenthalte erforderlich. Es werden ständig physikalische Therapien, neurologische Rehabilitation durchgeführt, um ein halbwegs lebenswertes Leben führen zu können. Seit dem Schlaganfall 1978 bestehe eine Elevationsstörung des rechten Armes und eine Feinmotorikstörung der rechten Hand mit Einschränkung des Faustschlusses und ebenfalls eine enorme Beeinträchtigung des rechten Beines und an einem Ausfall einzelner Muskelgruppen würde er leiden. Er müsse eine Brille tragen, da eine Einschränkung der Sehkraft bestehe. Bei Zustand nach Schilddrüsenoperation sei eine hohe Dosierung einer Dauermedikation notwendig. Die Entfernung der Schilddrüse führe zu enormen Nebenwirkungen und bedingt durch die Dauermedikation zu einem äußerst schlechten Allgemeinzustand. Die Wirbelsäule weise degenerative Veränderungen und eine rechtskonvexe Skoliose auf. Durch die schiefe Körperhaltung sei Muskulatur, vor allem Schulter, Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule mit Funktionseinschränkung, Hartspann und Schmerzen betroffen. Es bestehe ein enormes maßgebliches ungünstiges Zusammenwirken der Gesundheitsschädigungen sowie Nebenwirkungen der Dauermedikation.

Im Rahmen der nunmehr durchgeführten klinischen Untersuchung lässt sich ein guter Allgemeinzustand erheben. Auch im vorliegenden ärztlichen Entlassungsbericht des Rehabilitationszentrums Althofen vom 10.07.2017 (Aufenthalt vom 18.06. bis 09.07.2017) ist ein guter Allgemeinzustand bei Aufnahme, und ein sehr guter Allgemeinzustand bei Entlassung dokumentiert.

Hinsichtlich der koronaren Herzerkrankung (Leiden 2) ist im Entlassungsbericht des Rehabilitationszentrums Althofen (zur Durchführung eines cardialen Rehabilitationsheilverfahrens) ein von Herzseite völlig beschwerdefreier Zustand des BF beschrieben. Im Rahmen der Echokardiographie ist eine gute Linksherzfunktion ohne Wandbewegungsstörungen beschrieben. Im Rahmen des Langzeit-EKG sind ein unauffälliger und normaler stabiler Sinusrhythmus und eine normale Herzfrequenz ohne Rhythmusstörungen dokumentiert. Im Rahmen der durchgeführten Ergometrie konnte eine gering eingeschränkte Leistungsfähigkeit erhoben werden. Bei Zustand nach Stenting konnten im Rahmen der Ergometrie keine EKG-Veränderungen gefunden werden, welche auf Durchblutungsstörungen des Herzmuskels bzw. maßgebliche Pathologien der Herzkranzgefäße hinweisen. Bei kardiopulmonal als kompensiert beschriebenem Zustand und gutem Allgemeinzustand ist somit von einem guten postinterventionellem Zustand nach Stentimplantation auszugehen.

Bei Zustand nach cerebralem Insult 1978 ist im Rehabilitationsbericht Althofen vom 10.07. 2017 im Statusbericht eine leichte Feinmotorikstörung der rechten unteren Extremität beschrieben. In der nunmehr durchgeführten klinischen Untersuchung lassen sich eine geringe feinmotorische Störung der rechten oberen Extremität und eine geringgradige Funktionsstörung des rechten Schultergelenks deutlich über der Horizontalebene objektivieren. Bei Fehlen maßgeblicher funktioneller Einschränkungen der unteren Extremitäten stellt sich das Gangbild ohne Hilfsmittelverwendung flüssig, sicher und unauffällig dar. Befundberichte der laut E-Mail vom 11.07.2017 durchgeführten neurologischen Rehabilitationsmaßnahmen liegen nicht vor.

Insgesamt lassen sich im Rahmen der nunmehr durchgeführten klinischen Untersuchung geringgradige funktionelle Defizite bei Restsymptomatik nach cerebralem Insult 1978 erheben.

Bei Zustand nach Entfernung des rechten Schilddrüselappens und Teilentfernung des linken Schilddrüsenlappens bestehen laut vorliegendem Schilddrüsensonographiebefund vom 21.07.2016 keine Auffälligkeiten der

Restschilddrüse. Berichte von Komplikationen bzw. den im E-Mail angeführten Nebenwirkungen der Medikation hinsichtlich des Schilddrüsenleidens liegen nicht vor und lassen sich im Rahmen der aktuellen Anamneseerhebung nicht erheben.

Der vorliegende Röntgenbefund der Wirbelsäule vom 03.05.2011 beschreibt eine unauffällige Halswirbelsäule ohne degenerative Veränderungen, geringe degenerative Veränderungen der Brustwirbelsäule bei rechtskonvexer Skoliose sowie geringe degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule. Im Rahmen der nunmehr durchgeführten klinischen Untersuchung lassen sich geringgradige funktionelle Einschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule erheben.

Konkrete Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung: Eine koronare Herzkrankheit wirkt mit dem führenden Leiden 1 "Zustand nach cerebralem Insult" nicht maßgeblich funktionell negativ zusammen. So wirkt die Koronare Herzerkrankung bei nach Stenting unauffälligem Gefäßbefund ohne Hinweis auf Pathologien bei medikamentös eingestelltem Bluthochdruck nicht maßgeblich funktionell negativ zusammen mit den nach cerebralem Insult bestehenden geringen neurologischen Defiziten im Sinne von feinmotorischen Störungen sowie Ausfall einzelner Muskelgruppen. Auch wirken die geringen funktionellen Einschränkungen der Wirbelsäule bei bekannten Abnützungen sowie ein Zustand nach Teilentfernung der Schilddrüse ohne Hinweis auf Komplikationen nicht wechselseitig negativ zusammen mit den geringen neurologischen Defiziten nach Insult. Insgesamt lässt sich das beschriebene maßgebliche ungünstige Zusammenwirken der bestehenden Gesundheitsschädigungen, auch infolge der Nebenwirkungen durch die Dauermedikation, im Rahmen der physikalischen Untersuchung nicht objektivieren und ist durch diesbezügliche Befunde nicht belegt.

4) Begründung einer eventuell vom bisherigen Ergebnis abweichenden Beurteilung:

Unter Berücksichtigung der bei Erstellung des Gutachtens von Herrn Dr. XXXX vom 25.04.2017 vorliegenden Befunde sowie Einbeziehung der nunmehr vorliegenden Befunde ergibt sich folgende Änderung der Einschätzung: Entsprechend der geltenden Einschätzungsverordnung wird eine koronare Herzkrankheit (Leiden 2) mit Zustand nach erfolgreichem Stenting nach Position 05.05.02 mit einem Behinderungsgrad von 30 % eingeschätzt. Bezüglich der übrigen Leiden ergibt sich keine Abweichung der Beurteilung im Vergleich zum Gutachten von Herrn Dr. XXXX vom 25.04.2017.

5) Eine ärztliche Nachuntersuchung ist nicht erforderlich."

Das Bundesverwaltungsgericht übermittelte mit Schreiben vom 26.01.2018 dem Beschwerdeführer und der belangten Behörde das eingeholte Sachverständigengutachten vom 29.12.2017 und räumte den beiden Parteien die Möglichkeit ein, bis längstens 20.02.2018 schriftlich Stellung zu nehmen.

Mit Telefaxnachricht vom 15.02.2018 gab der Beschwerdeführer eine Stellungnahme ab, in welcher er im Wesentlichen ausführte, der festgestellte Gesamtgrad der Behinderung von 30 v.H. sei nicht gerechtfertigt. Neben der erneuten Wiedergabe von Teilen des Beschwerdevorbringens brachte er außerdem vor, seine Leistungsfähigkeit bei der Ergometrie sei sehr stark eingeschränkt und erreiche keine Ausdauerbelastbarkeit. Die beiden von ihm vorgelegten Rehabilitations-Entlassungsberichte würden dies bestätigen. Betreffend die subjektive Beschwerdesymptomatik wolle der Beschwerdeführer richtigstellen, dass er nun schon so viele Jahre krank sei und die Schmerzen und Leidenszustände dauerhaft, und nicht wie im Sachverständigengutachten angeführt, "fallweise" vorliegen würden. Die degenerative Veränderung der Wirbelsäule sei auf den cerebralen Insult aus dem Jahr 1978 zurückzuführen, weil der Beschwerdeführer seither durch die Bewegungseinschränkung eine Schonhaltung eingenommen habe. Die schiefe irreparable Körperhaltung wirke sich auch speziell auf die koronare Herzkrankheit maßgeblich negativ aus. Außerdem wirke sich auch die Teilentfernung der Schilddrüse allgemein negativ auf die übrigen Funktionseinschränkungen aus.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1. Feststellungen:

Der Beschwerdeführer brachte am 29.12.2016 einen Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses beim Sozialministeriumservice ein.

Der Beschwerdeführer hat seinen Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt im Inland.

Beim Beschwerdeführer bestehen folgende Funktionseinschränkungen, die voraussichtlich länger als sechs Monate andauern werden:

-

Zustand nach cerebralem Insult 1978

-

Koronare Herzkrankheit bei Bluthochdruck

-

Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule

-

Zustand nach Teilentfernung der Schilddrüse

Der Gesamtgrad der Behinderung des Beschwerdeführers beträgt aktuell 30 v.H.

Hinsichtlich der beim Beschwerdeführer bestehenden einzelnen Funktionseinschränkungen, deren Ausmaß, wechselseitiger Leidensbeeinflussung und medizinischer Einschätzung werden die diesbezüglichen Beurteilungen im seitens des Bundesverwaltungsgerichtes eingeholten Sachverständigengutachten eines Arztes für Allgemeinmedizin vom 29.12.2017 der nunmehrigen Entscheidung zu Grunde gelegt.

2. Beweiswürdigung:

Die Feststellungen hinsichtlich der Antragsstellung basieren auf dem Akteninhalt.

Die Feststellungen zum Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt des Beschwerdeführers im Inland basieren auf die vom Beschwerdeführer bei Antragsstellung vorgelegte Meldebestätigung, aus der sich ein Hauptwohnsitz im österreichischen Bundesgebiet ergibt; konkrete Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt nicht mehr im Inland hätte, sind im Verfahren nicht hervorgekommen.

Der Gesamtgrad der Behinderung gründet sich auf das seitens des Bundesverwaltungsgerichtes eingeholte Sachverständigengutachten eines Arztes für Allgemeinmedizin vom 29.12.2017, basierend auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am selben Tag.

Darin wird auf die Art der Leiden des Beschwerdeführers und dessen Ausmaß vollständig, nachvollziehbar und widerspruchsfrei eingegangen. Der Gutachter setzt sich auch umfassend und nachvollziehbar mit den vorgelegten Befunden sowie mit der Frage der wechselseitigen Leidensbeeinflussungen und dem Zusammenwirken der zu berücksichtigenden Gesundheitsschädigungen auseinander. Die getroffenen Einschätzungen, basierend auf den im Rahmen einer persönlichen Untersuchung erhobenen Befunden, entsprechen auch den festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen (diesbezüglich wird auch auf die detaillierten, oben auszugsweise wiedergegebenen, Ausführungen im Gutachten vom 29.12.2017 verwiesen); die Gesundheitsschädigungen sind nach der Einschätzungsverordnung richtig eingestuft.

Im Unterschied zu dem seitens der belangten Behörde eingeholten allgemeinmedizinischen Sachverständigengutachten vom 25.04.2017 ist die Koronare Herzkrankheit bei Bluthochdruck statt zuvor mit einem Grad der Behinderung von 20 v.H. nunmehr richtigerweise mit einem Grad der Behinderung von 30 v.H. eingestuft. Diese geänderte Beurteilung ergibt sich aus der Anlage zur Einschätzungsverordnung, gemäß derer ein solches Leiden nach einer Stent-Implantation mit der Positionsnummer 05.05.02 - und nicht wie im seitens der belangten Behörde eingeholten Gutachten mit der Positionsnummer 05.05.01 - einzuschätzen ist. Die geänderte Beurteilung dieses einzelnen Leidens wirkt sich jedoch nicht erhöhend auf den Gesamtgrad der Behinderung aus. Betreffend die anderen Funktionseinschränkungen, deren Einschätzung sowie den Gesamtgrad der Behinderung in Höhe von 30 v.H. wird damit auch das Ergebnis des seitens der belangten Behörde eingeholten Sachverständigengutachtens eines Arztes für Allgemeinmedizin vom 25.04.2017 bestätigt.

Der Sachverständige geht in seinem Gutachten vom 29.12.2017 ausführlich auf sämtliche Einwendungen des Beschwerdeführers in der Beschwerde ein. Insoweit vorgebracht wird, der Beschwerdeführer sei in keinem guten Allgemeinzustand, so ist auf den von ihm selbst vorgelegten Rehabilitations-Entlassungsbericht vom 10.07.2017 zu

verweisen, in welchem sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung ein guter Allgemeinzustand dokumentiert wurde. Dies deckt sich auch mit den Erhebungen der persönlichen Untersuchung durch den Sachverständigen.

Der Rehabilitations-Entlassungsbericht vom 10.07.2017 beschreibt auch einen von cardialer Seite völlig beschwerdefreien Zustand. Aufgrund der noch eingeschränkten Belastbarkeit - die Leistungsfähigkeit wurde in der Ergometrie mit 70% jedoch nur als gering festgestellt - wurde der Beschwerdeführer von der Wandergruppe 2 in die Wandergruppe 1 zurückgestuft. Dieser Umstand, sowie der Abbruch der Ergometrie bei der Aufnahme am 19.06.2017 sind durch die eingeschränkte Belastbarkeit nach dem Stenting nachvollziehbar, weshalb die koronare Herzkrankheit auch mit einem Grad der Behinderung von 30 v.H. eingestuft ist. Eine höhere Einstufung ist aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse und stabilen Werte jedoch gerade nicht zu begründen.

Betreffend die leichte Feinmotorikstörung nach Insult und den Zustand nach Teilentfernung der Schilddrüse sind die zweifellos vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen nach der Einschätzungsverordnung korrekt eingestuft. In der persönlichen Untersuchung durch den Sachverständigen konnten sich nur geringe feinmotorische Störungen der rechten oberen Extremität und des rechten Schultergelenks deutlich über der Horizontalebene feststellen lassen. Die unteren Extremitäten zeigten sich ohne maßgebliche funktionelle Einschränkungen, das Gangbild ist ohne Hilfsmittelverwendung flüssig, sicher und unauffällig. Zu den vom Beschwerdeführer in der Beschwerde erwähnten laufenden neurologischen Rehabilitationen liegen keine Befunde vor. Der vorliegende Schilddrüsenbefund vom 21.07.2016 zeigt keine Auffälligkeiten der Restschilddrüse. Insoweit der Beschwerdeführer vorbringt, es würden massive Nebenwirkungen durch die Schilddrüsenmedikamente auftreten, so ist festzuhalten, dass es diesbezüglich ebenfalls keine Belege gibt und auch im Rahmen der Anamneseerhebung durch den Sachverständigen solche nicht erhoben werden konnten.

Die vorliegenden Röntgenbefunde der Wirbelsäule sind betreffend die Halswirbelsäule unauffällig bzw. zeigen geringe degenerative Veränderungen der Brust- und Lendenwirbelsäule bei rechtskonvexer Skoliose. Der allgemeinmedizinische Sachverständige konnte geringgradige funktionelle Einschränkungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule erheben und sind diese entsprechend der Beeinträchtigungen korrekt eingestuft.

Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers besteht kein maßgebliches negatives Zusammenwirken mit dem führenden Leiden "Zustand nach cerebralem Insult 1978" und den übrigen Funktionseinschränkungen. Dass die Nebenwirkungen der Medikamente einen weiteren negativen Einfluss auf das führende Leiden haben und damit den Gesamtgrad der Behinderung erhöhen, kann ebenfalls weder durch die vorliegenden Befunde noch durch die Statuserhebung der persönlichen Untersuchung belegt werden.

Der Beschwerdeführer ist damit den Ausführungen des medizinischen Sachverständigen nicht und damit insbesondere auch nicht auf gleicher fachlicher Ebene entgegengetreten, steht es dem Antragsteller, so er der Auffassung ist, dass seine Leiden nicht hinreichend berücksichtigt wurden, nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes doch frei, das im Auftrag der Behörde erstellte Gutachten durch die Beibringung eines Gegengutachtens eines Sachverständigen seiner Wahl zu entkräften (vgl. etwa VwGH 27.06.2000, 2000/11/0093).

Seitens des Bundesverwaltungsgerichtes bestehen folglich keine Zweifel an der Richtigkeit, Vollständigkeit, Widerspruchsfreiheit und Schlüssigkeit des vorliegenden Sachverständigengutachtens vom 29.12.2017. Es wird daher in freier Beweiswürdigung der gegenständlichen Entscheidung zu Grunde gelegt.

3. Rechtliche Beurteilung:

Zu Spruchteil A)

1. Zur Entscheidung in der Sache

Die gegenständlich maßgeblichen Bestimmungen des Bundesbehindertengesetzes (BBG) lauten:

"§ 40. (1) Behinderten Menschen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland und einem Grad der Behinderung oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50% ist auf Antrag vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen (§ 45) ein Behindertenpass auszustellen, wenn

1. ihr Grad der Behinderung (ihre Minderung der Erwerbsfähigkeit) nach bundesgesetzlichen Vorschriften durch Bescheid oder Urteil festgestellt ist oder

2. sie nach bundesgesetzlichen Vorschriften wegen Invalidität, Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder dauernder Erwerbsunfähigkeit Geldleistungen beziehen oder

3. sie nach bundesgesetzlichen Vorschriften ein Pflegegeld, eine Pflegezulage, eine Blindenzulage oder eine gleichartige Leistung erhalten oder

...

5. sie dem Personenkreis der begünstigten Behinderten im Sinne des Behinderteneinstellungsgesetzes, BGBl. Nr. 22/1970, angehören.

(2) Behinderten Menschen, die nicht dem im Abs. 1 angeführten Personenkreis angehören, ist ein Behindertenpaß auszustellen, wenn und insoweit das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen auf Grund von Vereinbarungen des Bundes mit dem jeweiligen Land oder auf Grund anderer Rechtsvorschriften hiezu ermächtigt ist.

§ 41. (1) Als Nachweis für das Vorliegen der im § 40 genannten Voraussetzungen gilt der letzte rechtskräftige Bescheid eines Rehabilitationsträgers (§ 3) oder ein rechtskräftiges Urteil eines Gerichtes nach dem Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz, BGBl. Nr. 104/1985, ein rechtskräftiges Erkenntnis des Bundesverwaltungsgerichtes oder die Mitteilung über die Gewährung der erhöhten Familienbeihilfe gemäß § 8 Abs. 5 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376. Das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen hat den Grad der Behinderung nach der Einschätzungsverordnung (BGBl. II Nr. 261/2010) unter Mitwirkung von ärztlichen Sachverständigen einzuschätzen, wenn

1. nach bundesgesetzlichen Vorschriften Leistungen wegen einer Behinderung erbracht werden und die hiefür maßgebenden Vorschriften keine Einschätzung vorsehen oder

2. zwei oder mehr Einschätzungen nach bundesgesetzlichen Vorschriften vorliegen und keine Gesamteinschätzung vorgenommen wurde oder

3. ein Fall des § 40 Abs. 2 vorliegt.

(2) Anträge auf Ausstellung eines Behindertenpasses, auf Vornahme von Zusatzeintragungen oder auf Einschätzung des Grades der Behinderung sind ohne Durchführung eines Ermittlungsverfahrens zurückzuweisen, wenn seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung noch kein Jahr vergangen ist. Dies gilt nicht, wenn eine offenkundige Änderung einer Funktionsbeeinträchtigung glaubhaft geltend gemacht wird.

...

§ 42. (1) Der Behindertenpass hat den Vornamen sowie den Familien- oder Nachnamen, das Geburtsdatum, eine allfällige Versicherungsnummer, den Wohnort und einen festgestellten Grad der Behinderung oder der Minderung der Erwerbsfähigkeit zu enthalten und ist mit einem Lichtbild auszustatten. Zusätzliche Eintragungen, die dem Nachweis von Rechten und Vergünstigungen dienen, sind auf Antrag des behinderten Menschen zulässig. Die Eintragung ist vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen vorzunehmen.

...

§ 45. (1) Anträge auf Ausstellung eines Behindertenpasses, auf Vornahme einer Zusatzeintragung oder auf Einschätzung des Grades der Behinderung sind unter Anschluss der erforderlichen Nachweise bei dem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen einzubringen.

(2) Ein Bescheid ist nur dann zu erteilen, wenn einem Antrag gemäß Abs. 1 nicht stattgegeben, das Verfahren eingestellt (§ 41 Abs. 3) oder der Pass eingezogen wird. Dem ausgestellten Behindertenpass kommt Bescheidcharakter zu.

(3) In Verfahren auf Ausstellung eines Behindertenpasses, auf Vornahme von Zusatzeintragungen oder auf Einschätzung des Grades der Behinderung hat die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts durch den Senat zu erfolgen.

(4) Bei Senatsentscheidungen in Verfahren gemäß Abs. 3 hat eine Vertreterin oder ein Vertreter der Interessenvertretung der Menschen mit Behinderung als fachkundige Laienrichterin oder fachkundiger Laienrichter mitzuwirken. Die fachkundigen Laienrichterinnen oder Laienrichter (Ersatzmitglieder) haben für die jeweiligen Agenden die erforderliche Qualifikation (insbesondere Fachkunde im Bereich des Sozialrechts) aufzuweisen."

Die maßgebenden Bestimmungen der Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz betreffend nähere Bestimmungen über die Feststellung des Grades der Behinderung (Einschätzungsverordnung, BGBl. II. Nr. 261/2010 idgF BGBl II. Nr. 251/2012) lauten auszugsweise wie folgt:

"Behinderung

§ 1. Unter Behinderung im Sinne dieser Verordnung ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen zu verstehen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere am allgemeinen Erwerbsleben, zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten.

Grad der Behinderung

§ 2. (1) Die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen sind als Grad der Behinderung zu beurteilen. Der Grad der Behinderung wird nach Art und Schwere der Funktionsbeeinträchtigung in festen Sätzen oder Rahmensätzen in der Anlage dieser Verordnung festgelegt. Die Anlage bildet einen Bestandteil dieser Verordnung.

(2) Bei Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen, die nicht in der Anlage angeführt sind, ist der Grad der Behinderung in Analogie zu vergleichbaren Funktionsbeeinträchtigungen festzulegen.

(3) Der Grad der Behinderung ist nach durch zehn teilbaren Hundertsätzen festzustellen. Ein um fünf geringerer Grad der Behinderung wird von ihnen mit umfasst. Das Ergebnis der Einschätzung innerhalb eines Rahmensatzes ist zu begründen.

Gesamtgrad der Behinderung

§ 3. (1) Eine Einschätzung des Gesamtgrades der Behinderung ist dann vorzunehmen, wenn mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen. Bei der Ermittlung des Gesamtgrades der Behinderung sind die einzelnen Werte der Funktionsbeeinträchtigungen nicht zu addieren. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

(2) Bei der Ermittlung des Gesamtgrades der Behinderung ist zunächst von jener Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, für die der höchste Wert festgestellt wurde. In der Folge ist zu prüfen, ob und inwieweit dieser durch die weiteren Funktionsbeeinträchtigungen erhöht wird. Gesundheitsschädigungen mit einem Ausmaß von weniger als 20 v.H. sind außer Betracht zu lassen, sofern eine solche Gesundheitsschädigung im Zusammenwirken mit einer anderen Gesundheitsschädigung keine wesentliche Funktionsbeeinträchtigung verursacht. Bei Überschneidungen von Funktionsbeeinträchtigungen ist grundsätzlich vom höheren Grad der Behinderung auszugehen.

(3) Eine wechselseitige Beeinflussung der Funktionsbeeinträchtigungen, die geeignet ist, eine Erhöhung des Grades der Behinderung zu bewirken, liegt vor, wenn

-

sich eine Funktionsbeeinträchtigung auf eine andere besond

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

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