

TE Bvwg Erkenntnis 2018/4/11 W200 2131826-1

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 11.04.2018

Entscheidungsdatum

11.04.2018

Norm

BBG §40

BBG §41

BBG §45

B-VG Art.133 Abs4

Spruch

W200 2131826-1/19E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Scherz als Vorsitzende und durch den Richter Dr. Kuzminski sowie den fachkundigen Laienrichter Mag. Halbauer als Beisitzer über die Beschwerde von XXXX , gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 19.07.2016, PassNr. XXXX, mit dem der Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses abgewiesen wurde, zu Recht erkannt:

A)

Die Beschwerde wird gemäß § 1 Abs. 2, § 40 Abs. 1, § 41 Abs. 1, § 42 Abs. 1 und 2,

§ 45 Abs. 1 und 2 des Bundesbehindertengesetzes (BBG) idgF als unbegründet abgewiesen.

B)

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

Text

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

I. Verfahrensgang:

Der Beschwerdeführer stellte am 21.04.2016 den gegenständlichen Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses. Dem Antrag angeschlossen war eine große Anzahl medizinischer Unterlagen. Unter anderem legte der Beschwerdeführer an das Arbeits- und Sozialgericht Wien betreffend eine Klage wegen Pflegegeld eingeholte Sachverständigengutachten vor, konkret ein nervenfachärztliches Gutachten vom 28.04.2016, ein orthopädisches Gutachten vom 24.04.2016, ein allgemeinmedizinisches Sachverständigengutachten vom 22.02.2016 sowie ein Ergänzungsgutachten vom 14.03.2016.

Im vom Sozialministeriumservice (im Folgenden: belangte Behörde) eingeholten Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Augenheilkunde vom 31.05.2016 wurde Folgendes ausgeführt:

"Augenbefund nach dem Befund des Augenarztes Dr. Kaminski vom 19.5.16

Visus rechts -0,5sph +0,75cyl10° 0,8

Links +0,25sph +1,0cyl85° 0,8

Beide Augen: VBA radiäre Keratotomie

Cat incip

Fundi Papille oB, Macula oB, hypertone Veränderungen keine diabet Veränderungen

Gesichtsfeld bds oB

Augendruck re 22mmHg li 20mmHg

Diagnose:

Zust. nach refraktiver Hornhaut OP beidseits, Pos. 11.02.0, GdB 0%

Sehverminderung auf 0,8 beidseits Tabelle Kolonne 1 Zeile 1"

Im von der belangten Behörde ebenfalls eingeholten allgemeinmedizinischen Sachverständigengutachten vom 29.06.2016, basierend auf einer Untersuchung am selben Tag, wurde wie folgt ausgeführt:

"(...) Anamnese :

Operationen: Keratotomie beidseits wegen Myopie im 25. Lebensjahr in Moskau (Institut für Augenmikrochirurgie), nach 20 Jahren guter Sehleistung (Presbyopie), auch Cataract senilis, keine Operationsindikation, Glaukom am linken Auge, keine Med., letzte Augendruck 22mmHg links,

Appendektomie ohne Folgeschaden,

Varikozele links, operativ saniert in Moskau im 13. Lebensjahr ohne Folgeschaden,

HNO-Operation, Aspergilomoperation am rechten Sinus ethmoidalis im AKH Wien 2014 mit Erfolg, Aspergilosetherapie,

Diab. mell. seit 2004, Med.: Gliclazid 30 1-0-0, Metformin 500 1-0-0-1, unter Therapie Nüchternblutzucker: 100-160mg%, HbA1c: 5,9% lt. Bef. 03/2016, Augen- und Nierenbefund bland, diab.

Polyneuropathie, Beschwerden: Gangstörung und Schmerzen, Med.:

Lyrice 75 0-0-2,

Bluthochdruck seit 1995, Medikation: Blopress Plus 8 1-0-0, Concor 5 1-0-0, Ramipril 5 1-0-0, unter Therapie normales Blutdruck-Verhalten, keine Adaptationszeichen dokumentiert, chronische Niereninsuffizienz seit 5 Jahren, letzter Kreatinin 1,67mg% 03/2016, Zustand nach Nephrolithiasis rechts, Provokation eines Steinabganges mittel Schiene im KfJ 2008, derzeit steinfrei, Nierenzyste rechts nachgewiesen, keine Beschwerden,

Hyperlipämie, keine Med.,

Coxarthrose beidseits wegen Übergewicht, keine Operation, keine Operation geplant, Abnützungserscheinungen in der bildgebenden Technik rechts>links, Schmerzen mehr links,

Entfernung eines benignen Rectumpolypen mehrmals ohne Folgeschaden,

Hyperurikämie, keine Med.,

Nik.: 0, Alk: wenig,

Derzeitige Beschwerden:

Wirbelsäulen-Läsion seit 3 Jahren, Bandscheibenvorfall und Ischialgie links, keine Operation, keine motorischen Ausfälle, Beschwerden:

Schmerzen im Lendenwirbelsäulensegment, keine Medikation, Wurzelblockade im KH RST 2013 durch Dr. XXXX , mit Erfolg,

Depressionen seit 2012, Med.: Ciprallex 5, keine Psychotherapie, stat. Behandlung an einer Fachabteilung 06/2012 im SMZ Ost über 2 Wochen,

seit 2012 allergisches Asthma bronchiale, Med.: Singulair 1-0-0, Foster bei Bed.,

Behandlung/en / Medikamente / Hilfsmittel:

Zoldem 10, Sporanox 100, Novalgin, Singulair, Gliclazid 30, Metformin 500, Lyrica 75, Blopress Plus 8, Concor 5, Ramipril 5,

Sozialanamnese:

pensionierter Kinderchirurg in der Ukraine, seit 1992 in Österreich, zuletzt Geschäftsführer bis 2010 (54. Lebensjahr), BU-Pension wegen Depression, AW bezieht nach Ableben der Gattin vor einem Jahr Witwenpension, verwitwet, ein erwachsenes Kind, AW lebt alleine in einer Wohnung in Wien, AW bezieht Pflegegeld Stufe 1 seit 08/2015 rückwirkend anerkannt.

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Augenärztlicher Befund vom 19.5.2016, korrigierte Sehleistung rechts 0,8, korrigierte Sehleistung links 0,8, korrigierte Sehleistung beidseits: 1,0, Diagnosen: arterielle Hypertonie, Diabetex,

Befund der Glaukomambulanz des AKH Wien vom 28.2.2012, Diagnosen:

dicke Pachymetrie, linkes Auge geringer Glaukom Verdacht,

augenärztlicher Befund des AKH Wien vom 4.2.2010: Cataracta nuclearis, Tyndall und Zellen negativ, Zustand nach Keratotomie,

Augenbefund des AKH Wien vom 16.9.2008, Diagnose: dicke Hornhaut beidseits, keine okuläre Hypertension, nur geringer Glaukom Verdacht linkes Auge, Cataracta incipiens beidseits, Augendruck: 18 mm/Hg,

allgemein medizinisches Sachverständigengutachten vom 22.2.2016 und Ergänzungsgutachten vom 14.3.2016, Diagnosen: Diabetes mellitus Typ II, diabetische Nephropathie, kompensiert, leichtgradige Niereninsuffizienz, Verdacht auf diabetische Polyneuropathie, metabolische Syndrom, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Hyperurikämie, Adipositas, Zustand nach Nierensteinen, unklare Tumore in der Bauchspeicheldrüse, degenerative Veränderung des Stücks- und Bewegungsapparates, Cervicalsyndrom, Bandscheibenprotrusionen L4 bis S1 links, chronische Lumbalgie, chronische Lumboischalgie, links mehr als rechts, Coxarthrose beidseits, Katarakt beidseits, Depression,

orthopädisches Gutachten vom 24.4.2016 wegen Klage auf Gewährung des Pflegegeldes, Diagnosen: mittelgradige bis deutliche, schmerzhaftes Minderung der Schultergelenksbeweglichkeit links und geringe rechts bei magnetresonanztomographisch 03/2016 verifizierten lediglich leichtgradige den degenerativen Veränderungen beidseits und anamnestisch Zustand nach Schulterluxation links vor etlichen Jahren, nativradiologisch nachgewiesenen geringe Polyarthrose beider Hände, chronische linksbetonte Lumboischalgie mit mittelgradige bis deutlicher, schmerzhafter Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule bei multisegmentale Osteochondrosen mit punktum Maximum L4 bis S1, magnetresonanztomographisch 02/2016 verifizierten Bandscheibenvorfällen in den Segmenten L4/L5 und L5/S1, sowie sonstigen geringgradigen Aufbraucherscheinungen, mittelgradige bis deutliche, schmerzhaftes Herabsetzung der Hüftgelenksbeweglichkeit links etwas mehr als rechts, bei geringe Coxarthrose beidseits, geringgradige schmerzhafter Funktionseinschränkung der Kniegelenke links mehr als rechts bei geringgradigem arthrotische Veränderungen, mittelgradige bis deutlicher Senkspitzfuß beidseits, Adipositasgrad II, diabetische Polyneuropathie,

Nervenfachärztliches Gutachten vom 28.4.2016, Diagnosen:

Lumboischalgie, linksakzentuiert, Polyneuropathie, Engpasssyndrom beidseits im Handgelenksbereich, rechts > links, und Sulcus ulnaris Syndrom beidseits, rezidivierende depressive Episoden, derzeit mittelgradig ausgeprägte, emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ,

Befundbericht des SMZ Ost vom 28.6.2012, Diagnosen: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, chronische Niereninsuffizienz, Adipositas, Diabetes mellitus II, diabetische Polyneuropathie, Schlafapnoe, arterielle Hypertonie,

Zustand nach Nephrolithiasis, Hyperlipidämie, multisegmentale Discopathie, Katarakt beidseits, Glaukom links, Coxarthrose beidseits, Zustand nach Polypektomie im Colon 02/2010, Verdacht auf IPMT, Hyperurikämie, Medikation bei der Entlassung: Cipralel 10, Diabetex 850, Concor 2,5, Blopess 4, Thrombo Ass 100, Diabrezide 80, Lasilactone 5/40, Grazax,

Fachärztliche Befund vom 21.6.2012: bitte um dringende stationäre Aufnahme an der psychiatrischen Abteilung des SMZ Ost bei akuter

Suizidalität des schwer depressiven Patienten, Nebendiagnosen:

Diabetes mellitus, Pankreastumor,

Augenbefund des AKH Wien vom 28.2.2012, Diagnose: dicke Pachymetrie, linkes Auge geringer Glaukom Verdacht,

stationär Patientenbrief der HNO-Klinik des AKH Wien vom 24.2.2015, Diagnosen: chronische Sinusitis rechts, Penicillin- und Aspergillusallergie, arterielle Hypertonie, Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, chronische Niereninsuffizienz, Zustand nach Appendektomie, Zustand nach Wasserpumpen, Zustand nach Analfissur, Therapie: Perfalgan 1 g, Pantoloc 40, Otrisal, Otrivin, Coidistop Nasenflügeln,

endokrinologischer Befund des AKH Wien vom 11.5.2010, Diagnosen:

Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Adipositas per magna, Coxarthrose, chronische Niereninsuffizienz, Polyneuropathie, Therapieempfehlung: Diabetex 1000, Concor 5, Lasix 40, Thrombo Ass 100, Blopess Plus, Neurontin 300, Diät, Bewegung

urologischer Befund des AKH Wien vom 25.9.2014: größenkonstanter intraduktaler papillärer muziöser Tumor (IPMT) vom Seitenast im Bereich des Caput am Übergang Caput/Corpus und Cauda pankreatis,

Magnetresonanzbefund der Nieren, Zusammenfassung: ein, 5 cm messende, rundliche und scharf begrenzte Läsion der rechten Niere in cranialen drittel frontal ohne Kontrastmittelaufnahme, in erster Linie einer eingbluteten/proteinreichen Zyste entsprechen, unverändert multiple, kleinste (maximal 5 mm) Zysten beider Nieren, unverändert auch der bekannte IPMN vom Seitenasttyp im Caput und im Corpus pankreatis,

Computertomografie der Nieren/Abdomen, Zusammenfassung: neu aufgetretene 0,2 cm im Durchmesser haltendes Konkrement in der unteren Kelchgruppe rechts sowie in der oberen Kelchgruppe links, unveränderte ein 5 cm im Durchmesser haltende Bosniak 2 Zyste am rechten cranialen Nierenpols, unverändert zu Voruntersuchung die hypodense Läsionen im Caput pankreatis mit ein, 5 cm (Differenzialdiagnose: IPMT vom Seitenasttyp/Zyste,

Laborbefund vom 8.10.2010, PSA: 3,4 µg/l (0-3, 1),

urologischer Befund des KFJ vom 15.6.2005, Diagnose: Bursitis links, Zustand nach ureterskopischer Steinentfernung rechts vor 2 Wochen,

Diabetes mellitus, Hypertonie, weitere Therapieempfehlung:

Alloprurinol 300, Diabetex 850,

Chirurgischer Befund des AKH Wien vom 8.8.2014 und 25. 7. 2014:

kleine Hämorrhoiden Grad I, Therapie: Scheriproct Supp., Xylocain 2 %, Ciproxin 500, Anaerobex 500,

Rekto-Koloskopie vom 7.6.2011: Zustand nach Polypenabtragung,

Entlassungsbericht der chirurgischen Klinik des AKH Wien vom 15.8.2008, Diagnose: Hämorrhoiden, Analfissur, Colonpolypen,

Magnetresonanzbefund des Pankreas vom 18.12.2009, Zusammenfassung:

Steatosis hepatis, Traubenthermik konfigurierte vom Hauptgang ausgehende Struktur am Übergang Caput/Corpus pankreatis in 1. Linie eine IPMT vom Seitenasttyp entsprechend, weitere kleinere (5 mm) Strukturen im Bereich des Caput pankreatis ventralseitig, diese in

1. Linie einer IPMT vom Seitenasttyp entsprechen, einzelne winzige corticale Nierenzystchen beidseits,

internistische Befund des AKH Wien vom 15.3.2010: Rektumspolypen, Polypen in Colon transversum und ascendens abgetragen,

lungenfachärztlicher Befund des Otto Wagner Spitals vom 4.3.2016:

pulmonale Aspergillusinfektion, massive erhöhter IgE, bekannte asthmatische Beschwerden seit 2012,

Allergiebefund vom 9.2.2016 (Allergiezentrum Floridsdorf): IgE: 1485 kU/l (bis 100 kU/l) Zusammenfassung Schimmelpilz-Allergie, Hausstaubmilben-Allergie, Katzenepithel-Sensibilisierung, Gräser-und Roggenpollen-Sensibilisierung, amtlichen Antihistaminikum bei Beschwerden verwenden,

HNO-Konsiliarbefund vom 7.3.2016: Verdacht auf Aspergillose,

lungenfachärztliche Befund vom 20.12.2011: leichtes Schlafapnoesyndrom,

neurologischer Ambulanzbrief des Krankenhaus RST vom 20.2.2012:

klinischer Symptomatik nicht Brennen und Kämpfen, die nicht ganz typisch im Sinne einer Claudicatio spinalis sind,

neurologischer Befund des KFJ vom 4.11.2011: Biopsie zum Nachweis einer Small-fiber Neuropathie, kein eindeutiger Hinweis für eine Kleinfaserneuropathie,

neuropathologische Begutachtung vom 28.10.2011, Zusammenfassungsverurteilung: in den vorliegenden Hautbiopsie in der unteren Extremitäten ergibt sich eine mäßiggradige Reduktion der intraepithelialen Faserdichte, Malis Biopsie von proximalen Anteilen der unteren Extremitäten ist ein Vergleich proximal und distal nicht möglich,

ambulanter Patientenbrief des KFJ vom 7.9.2011, zusammenfassend nicht aus meiner Sicht tatsächlich eine Kleinfaserneuropathie, vermutlich im Rahmen des Diabetes mellitus vor,

Konsiliarbefund der Schmerzambulanz des AKH Wien vom 5.8.2011,

Fragestellung: Discusherniation, Gabapentin/ml wenig Wirkung,

Diagnosen: Lendenwirbelsäule- Degeneration, NPP L5, Verdacht auf sensible Teilläsion L5 links, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Polyneuropathie, periphere arterielle Verschlusskrankheit 1, Fettleber, chronische Gastritis, Katarakt und Glocken beidseits, Carpal tunnel syndrome rechts > links, Zustand nach Colonpol, Coxarthrose beidseits, Pollinose, Jodallergie, Gicht, Prostatahyperplasie, Adipositas, Nikotinabusus, sensible Polyneuropathie mit burning feet, bei Verdacht auf Small-fiber

Neuropathie, aktuelle Medikation: Concor, Blopress, Allopurinol, aktuellen, Thrombo Ass 100, Amlodipin, Diabrezide, Diabetex,

Patientenbrief der neurologischen Abteilung des Krankenhaus RST vom 15.6.2011,

Diagnosen: sensible Polyneuropathie mit Burning feet in Abklärung, Verdacht auf Small-fiber Neuropathie, Mikrohämaturie, Diabetes mellitus Typ 2 unter oraler antidiabetischer Behandlung seit 2004, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, morbid Adipositas, milder Nikotinabusus, Hyperurikämie (Zustand nach Podagra), chronische Niereninsuffizienz (Verdacht auf diabetische Nephropathie), Zustand nach Nephrolithiasis, periphere arterielle Verschlusskrankheit I beidseits, Steatosis hepatis, degenerative Discopathie L3/L4, L4/L5, L5/S1 mit geringer Wurzelreizung S1 links, benigne Prostatahyperplasie, intraduktaler papillärer muzinöser des Adenom (IPMNs) in Observatio, chronische Gastritis, Cataracta senilis beidseits, Koblenz, Carpal tunnel syndrome rechts, incipiente links, seborrhoische Sex (r 10. Kopf, Polypektomie Colon 02/2010, Coxarthrose beidseits, Pollinose, Allergie auf jodhaltige Kontrastmittel (Exanthem), Therapie: Concor 1,25, Blopress 4, Allopurinol 100, dass und/40, Thrombo Ass 100, Amlodipin 5, Diabrezide, Diabetex 1000, Pronerv,

neurologischer Befund des AKH Wien vom 25.3.2011, zusammenfassend besteht eine Sensibilitätsstörung an den Füßen deutliche Linksbetonung, wobei seit einigen Jahren degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit Diskusprotrusionen mit Schwerpunkt L5 sowie ein Diabetes mellitus und eine arterielle Hypertonie bekannt sind,

Neurologischer Befund des AKH Wien vom 4.3.2011, Diagnosen:

Polyneuropathie, Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie,

Zusammenfassung und Verlauf: ideologisch nicht definitive begehrte Polyneuropathie, auf Wunsch des Patienten Lumbalpunktion, weitere

Medikation: Concor 1,25, Blopress 2, Amlodipin 5, Allopurinol 100, Thrombo Ass 100,

Neurochirurgische Befund des AKH Wien vom 15.9.2010: es bestehen Dysästhesien, keine radikuläre Schmerzen, keine Paresen, keine Sensibilitätsstörung, welcher einem Dermatome zuzuordnen wäre, insgesamt spricht der Befund für eine diabetische Polyneuropathie ohne Teilkomponenten einer Wurzelkompression im Bereich der Lendenwirbelsäule,

neurologischer Befund vom 10.5.2010: klinisch betontes incipientes Polyneuropathiesyndrom, Burning feet, geringer radikulärer Reiz S1 links, Carpalunnelsyndrom beidseits, Sulcus ulnaris Syndrom beidseits, elektroneurographisch nicht nachweisbares incipientes Polyneuropathiesyndrom an den unteren Extremitäten beidseits, klinisch weiterhin Burning feet beidseits, Versuch mit Restex abgelehnt,

Nervenleitgeschwindigkeitsmessung vom 27.4.2010,

Beurteilung: Carpalunnelsyndrom rechts und incipientes Carpalunnelsyndrom links, Sulcus ulnaris Syndrom beidseits, an den unteren Extremitäten elektrophysiologischer derzeit kein Hinweis auf Neuropathie, elektromyographisch keine Denervationszeichen

Nervenleitgeschwindigkeitsmessung vom 19.1.2009,

Beurteilung: Carpalunnelsyndrom rechts und incipientes Carpalunnelsyndrom links, an den unteren Extremitäten elektrophysiologischer derzeit kein Hinweis auf Neuropathie,

neurologischer Befund vom 22.12.2008, vor Diagnosen: Adipositas, Nierensteine, Diabetes mellitus Levis, Hypertonie, Hyperurikämie, aktuelle Diagnose: symmetrisches beinbetontes Polyneuropathiesyndrom, medikamentöse Therapie: Pronerv, Folsan 5, Gabapentin 300,

orthopädischer Befund vom 7.4.2016,

Diagnose: degenerative Veränderung der Lendenwirbelsäule, Diskusprotrusion L2/L3, Rhizarthrose beidseits, Bursitis achialis links, Acromioclaviculargelenkes Arthrose beidseits, Impingement bei der Schultern, incipiente Coxarthrose beidseits, suboptimale Hüftkopf Überdachung, Diskusprolaps L4/L5, Diskusprolaps L5/S1, incipiente Retropatellararthrose beidseits, Varusgonarthrose beidseits, Erguss MCP1 +2 beidseits, Achille benign links, deutliche Osteochondrosen der Lendenwirbelsäule, punktum Maximum L4 bis S1, deutliche Ansatz-tendinopathie linke Supraspinatussehne, Tangierung der Nervenwurzeln S1 links, Bandscheiben Sequester L4/L5 rechts, Zustand nach Luxation der rechten Schulter,

Zuweisung des orthopädischen Facharzt zur orthopädischen Ambulanz und zur Rheumaambulanz,

Magnetresonanzbefund beider Schultergelenke vom 25.3.2016,

Ergebnis: geringfügig raumfordernde mäßig aktive Enthesiopathie am Acromioclavicutargelenk, milde Tendinopathie der Supraspinatussehne, weitgehend symmetrische Akromionform jeweils Prädisposition für ein subacromiales Impingement, wie West geringe begleitende Bursitis subdeltoidea-subacromialis, incipiente glenohumerale Arthrose, kein Nachweis einer Rotatorenmanschettenruptur,

Sonographie Befund vom 1.3.2016: deutliche Ansatz-tendinopathie,

Röntgenbefund beider Kniegelenke vom 1.3.2016: incipiente medialbetonte Femorotibialarthrose und geringe Retropatellararthrose beidseits, geringe hebräische Arthrosen, incipiente Rhizarthrose und Radiocarpalarthrose beidseits,

Magnetresonanzbefund der Lendenwirbelsäule vom 17.2.2016:

linksseitig beschriebene Bandscheibenherniationen im Segment L5/S1,

Magnetresonanzbefund der Lendenwirbelsäule vom 2.7.2013: minimale rechts mediolaterale Protrusionen L2/L3, ganz flachbogiger, links mediolaterale, die dorsalen ebenfalls links asymmetrische Osteophyten leicht übertragen der Bandscheibenvorfall L4/L5 mit leichte Engerstellung des linken Neuroforamens, breiter links mediolaterale asymmetrische Diskusprolaps L5/S1 mit Beteiligung der Nervenwurzeln S1 links,

Röntgenbefund vom 9.2.2016 mit Darstellung der Lendenwirbelsäule und beider Schultergelenke: Osteochondrose mit punktum Maximum L4 bis S1, geringe Intervertebral Arthrosen L4 bis S1, der linke Hüftkopf minimal höher stehend, geringe Coxarthrose und Sacroiliacalgelenksarthrose beidseits, geringe Omarthrose rechts mehr als links, mäßige Acromioclaviculargelenksarthrose rechts, geringer links, kleine periartikulärer Verkalkungen rechts,

Laborbefund vom 18.12.2015:

geringgradige Anämie mit Hämoglobin 13,3 p/dl (13,5-18,0), Leukozytose (geringgradig): 10,31 T/l (4,0-10,0), Kreatinin: 1,450 mg% (0,7-1,2), Harnsäure: 8,9 mg% (3,4-7,0), Glukose: 159 mg% (74-109), erhöhter Blutfettspiegel, CRP: 0,74 mg% (<0,5), HbA1c: 5,8 % (4-6),

Arbeitsunfähigkeitsmeldung vom 21.5.2014 über Arbeitsunfähigkeit vom 19.5.2014 bis 24.7.2014

unfallchirurgischer Befund vom 19.5.2014, Diagnosen: Prellung des rechten Unterschenkels, Läsion des Musculus gastrocnemius rechts,

Behandlungsgrad physikalische Therapie zwischen 3.5.2011 und 9.6.2011

Patientenbrief der urologischen Abteilung des AKH Wien vom 29.3.2000, Diagnosen: chronische Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus seit 2000, diabetische Polyneuropathie, arterielle Hypertonie, Zustand nach Nephrolithiasis, Hyperlipidämie, multisegmentale Discopathie, Katarakt beidseits, Glaukom links, Coxarthrose beidseits, Zustand nach Polypektomie im Colon 02/2010, Verdacht auf IPMT, unklare CK-Erhöhung, Zustand nach Podagra, Hyperurikämie, derzeitige Medikation: Diabetex 1000, Nasenatmung 5/40, Amlodipin 5, Thrombo Ass 100, Diabrezide, Blopress 16, Alloprurinol 10, ConcorS, Ramipril 5, Pronerv,

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: guter Allgemeinzustand,

Ernährungszustand: guter Ernährungszustand,

Größe: 175 cm Gewicht: 121kg Blutdruck: 125/75

Klinischer Status - Fachstatus:

Kopf: Zähne: saniert, Lesebrille, Zustand nach Tonsillektomie, Sensorium frei, Nervenaustrittspunkte unauff.,

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

Thorax: symmetrisch, Fassthorax, Gynäkomastie,

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

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

Wirbelsäule: Halswirbelsäule frei beweglich, Kinn-Jugulum-Abstand 2cm, seichte linkskonvexe Skoliose der Brustwirbelsäule, AW gibt an sich nicht nach vor beugen zu können, Fingerbodenabstand von 30cm wird demonstriert, thorakaler Schober 30/32cm, Ott: 10/12cm, Hartspann der Lendenwirbelsäule, Wärmemieder wird getragen,

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

Nierenlager: beidseits frei,

obere Extremität: frei beweglich, Globalfunktion und grobe Kraft beidseits erhalten, Nacken- und Kreuzgriff möglich,

untere Extremität: frei beweglich bis auf endlagige schmerzbedingte Flexionsstörung des linken Hüftgelenkes, krepitierendes Reiben beider Kniegelenke bei festem Bandapparat, seitengleicher Umfang beider Kniegelenke: 44cm, keine signifikante Involutionstrophie der Unterschenkelmuskulatur, Umfang des rechten Unterschenkels: 46,5cm (links: 46cm), keine Ödeme, keine trophischen Hautstörungen, Reflex lebhaft auslösbar, Babinski negativ, Zehen- und Fersengang möglich

Gesamtmobilität - Gangbild:

leicht hinkendes Gangbild, keine Gehhilfe erforderlich, verwendet eine Stützkrücke zur Sicherung,

Status Psychicus:

zeitlich und örtlich orientiert, ausgeglichene Stimmungslage, normale Kommunikation möglich

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 %

01

degenerative Veränderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschädigung im Lendenwirbelsäulensegment unterer Rahmensatz, da keine maßgeblichen neurologischen Defizite vorliegen

02.01.02

30

02

nicht insulinpflichtiger Diabetes Mellitus oberer Rahmensatz, da zwar mit oraler Therapie befriedigende Stoffwechsellaage erzielt werden kann, jedoch bereits Sekundärschäden (diabetische Polyneuropathie, diabetische Nephropathie) objektivierbar sind,

09.02.01

30

03

Schmerzhaftigkeit in mehreren großen Gelenken, insbesondere der Schulter-, Knie- und Hüftgelenke oberer Rahmensatz, da mehrere große Gelenke betroffen sind, jedoch nur endlagige Funktionsstörung objektivierbar ist

02.02.01

20

04

mäßiger Bluthochdruck

05.01.02

20

05

Polyneuropathie eine Stufe über dem unteren Rahmensatz, da ständiges Therapieerfordernis besteht

04.06.01

20

06

Asthma bronchiale bei Zustand nach Aspergillose oberer Rahmensatz, da ständige Medikation angewendet werden muss, jedoch keine signifikante Oxygenierungsstörung nachweisbar; inkludiert mildes Schlafapnoesyndrom

gz 06.05.01

20

07

Depression eine Stufe über dem unteren Rahmensatz, da unter Kombinationstherapie stabil

03.06.01

20

08

Niereninsuffizienz, Nierenzysten eine Stufe über dem unteren Rahmensatz, da mäßig erhöhte Nierenfunktionsparameter und mildes Therapieerfordernis besteht, jedoch keine Behandlungswürdige renale Anämie vorliegt

gz 08.01.04

20

09

Noduli haemorrhoidales, Fissura ani unterer Rahmensatz, da milde Klinik

07.04.17

10

10

Zustand nach refraktiver Hornhautoperation beidseits, Sehverminderung auf 0,8 beidseits

11.02.01 Tab. Kolonne 2, Zeile 1

0

Gesamtgrad der Behinderung 30 v.H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Das führende Leiden unter If. Nr. 1) wird durch die Gesundheitsschädigung unter If. Nr. 2) bis 10) nicht erhöht, da kein maßgebliches ungünstiges Zusammenwirken besteht.

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

Tumoröse Veränderungen im Bereich der Bauchspeicheldrüse unter Beobachtung ohne therapeutische Konsequenz bedingt keinen Grad der Behinderung.

Übergewicht, erhöhter Blutfett- und Harnsäurespiegel stellen zwar einen Risikofaktor dar, erreichen jedoch keinen Grad der Behinderung

(...)"

Mit nunmehr angefochtenem Bescheid des Sozialministeriumservice vom 19.07.2016 wurde der Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses mangels Vorliegen der Voraussetzungen abgewiesen. Begründend wurde ausgeführt, dass das durchgeführte Beweisverfahren einen Gesamtgrad der Behinderung von 30 vH ergeben habe. Dem Bescheid war als Beilage das eingeholte Gutachten als Bescheidbestandteil angeschlossen.

In der dagegen erhobenen Beschwerde führte der Beschwerdeführer aus, dass der befasste Gutachter nicht unabhängig, sondern für das Sozialministeriumservice tätig gewesen sei. Weiters wurde unter Anschluss dementsprechender Unterlagen ausgeführt, dass er lt. Sigmund Freud Privatuniversität (gemeint die Diagnosestraße der MA 40) und dem ihn behandelnden Facharzt für Psychiatrie arbeitsunfähig sei (AS 100 [Beilage 2] und vgl. Beilage 3 und 4). Diese Schätzungen stünden im Widerspruch zu Schätzung von Dr. XXXX, der seinen Gesundheitszustand als "... kann trotz ihrer/seiner Funktionsbeeinträchtigung mit Wahrscheinlichkeit auf einem geschützten Arbeitsplatz oder in einem Integrativen Betrieb ... einer Erwerbstätigkeit nachgehen" eingeschätzt hat. Wahrscheinlich hätte Dr. XXXX die Einschätzungen der SFU und vom behandelnden Psychiater nicht gesehen. Er verwies auf die vom Arbeits- und Sozialgericht Wien eingeholten Gutachten (vgl. AS 104 - 123 [vgl. Beilage 5,6, und 7]), und dass er seit 2015 eine Witwenpension und Pflegegeld Stufe 1 erhalte. Der Grund für die Antragstellung sei ein Ausweis gemäß § 29b StVO. ("Ich habe starke Schmerzen, wenn ich noch ein paar hundert Meter zu Fuß gehen, in der Nähe meiner Heimat ist sehr oft keine Parkplätze, und ich bin mit dem Auto gezwungen weit von meinem Haus zu parken. Das verursachte mir starke Schmerzen in den Hüftgelenken, linke Hüfte und Rücken. Mehr davon, ich habe oft schweres Podagra Angriffe (gemeint: Schmerzattacken aufgrund Gicht) auf linke oder beide Füße. In diesem Fall bewegen noch wenige Meter macht mir schwer, sehr starke Schmerzen. Und wenn ich zu dieser Zeit zu Fuß gehen sogar hundert Meter - es ist Folter für mich.

Mein Argument: Aber ich Diabetes mit diabetischer Nephropathie und Niereninsuffizienz habe. So hat es auch überprüft werden. Das scheint ein Fehler durch einen Mangel an Verständnis oder Aufmerksamkeit.) (...)

Dr. XXXX sei überdies Allgemeinmediziner, er hätte aber eine Summe schwerer Krankheiten, die professionelles Verständnis und Wertschätzung durch Fachärzte (zumindest Ärzte der Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie) erforderten. Die Allgemeinmedizinerin im Verfahren beim Arbeits- und Sozialgericht hätte die Unterstützung durch Fachärzte gefordert. Die Gutachten lägen dem SMS vor, aber es scheine, dass diesen keine richtige Aufmerksamkeit geschenkt worden wäre.

Auf Seite des Gutachtens stehe: " ... mit Erfolg,

Aspergillosetherapie ". Dies sei jedoch falsch. Vielmehr nehme der Beschwerdeführer zurzeit Medikamente gegen Aspergillose mit Sporanox in maximaler Dosierung (vgl. Beilage 10) ein. Bis jetzt (nach einem Monat Therapie) jedoch ohne wesentlichen Erfolg.

Zu den Ausführungen des Gutachters "Coxartrose beiderseits wegen Übergewicht, keine Operation, keine Operation geplant..." führte er aus, dass die Ursache seiner Coxarthrose auch für professionelle Orthopäden nicht klar sei. Es sei auf jeden Fall nicht das Übergewicht. Wie könne man sonst die Arthrosen an Schultergelenken und sogar Fingergelenken sowie anderen Gelenken erklären. Die meisten - möglicherweise alle - Gelenksschäden würden durch einen durch Schimmel/Aspergillus - Infektion verursachten Immunangriff verursacht. Leider hätte Dr. XXXX die 15-fache IgE-Erhöhung "(!!)" mit steigender Tendenz nicht erkannt (vgl. AS 70 [vgl. Beilage 13]). Sogar sein Orthopäde sei sich nicht sicher, was seine Polyarthritits verursache. So hätte er ihn ins AKH, Institut für Rheumatologie, geschickt. Er legte dazu medizinische Artikel vor (vgl. Beilage 14 und 15).

Auf dem MRT vom 25.03.2016 (AS 29, 30 [vgl. Beilage 15]) sei an beiden Schultergelenken aktive Enthesiopathie diagnostiziert worden. Zusammen mit einer Schädigung anderer Gelenke und immunologischer Störungen (MRT anderer Gelenke seien noch nicht gemacht worden) sei es sehr ernst. Er wisse nicht, welche Operation er zuerst planen solle: Analfistel, Nierenzyste, Bauchspeicheldrüse IPMN, spinale Dekompression, Hüftgelenke oder Schultergelenke.

Die Ausführungen auf Seite 2 des Gutachtens "Hyperurikaemie, keine Med" seien falsch. Er nehme Allopurinol 100mg x2 täglich regelmäßig ein und zum Zeitpunkt der Gicht(schmerz)attacken nehme er entzündungshemmende Therapie wie Parkemed und Voltaren ein.

Die Ausführungen zum Gangbild "... keine Gehhilfe erforderlich, verwendet eine Stützkrücke für Sicherung" sei falsch. Der Gutachter hätte ihn aufgefordert, ohne Krücke drei Schritte in seinem Untersuchungsraum zu gehen. Drei Schritte zu gehen sei möglich. Aber es sei sehr schwer, länger zu gehen, ohne dass Schmerzen beginnen würden. 100m zu Fuß zu gehen - auch mit Krücke - verursache Schmerzen. Wenn er weiter als 300m gehe, sei der Schmerz so groß, dass er im Bett bleiben und Schmerzmittel nehmen müsse. Also benötige er die Krücke nicht zur "Sicherung", sondern um den Druck seines linken Hüftgelenks zu senken und Bewegungsschmerzen zu reduzieren.

Die Ausführungen zu Leiden 1 seien falsch - er habe schwere Ischialgie auf der linken Seite, verursacht durch Bandscheibenprolaps und Kompression der Nerven. Es sei auch in Ruhestellung dauerhaft. Er leide auch an einer Sensibilitätsstörung auf dem linken Fuß. Er leide an dauerhaften neuralgischen Schmerzen "Burning Feet". Dies zwingt ihn, Medikamente wie Lyrica und Xefo zu nehmen.

Zu Leiden 3 gab er an, dass dieses falsch sei: es bestünde keine "Schmerzhaftigkeit", sondern Arthrose und kontinuierliche Schmerzen in den Gelenken, die bei Bewegung stark zunehmen würden. Er hätte Schmerzen nicht nur in den großen, sondern auch in kleinen Gelenken.

Zum Leiden 5 monierte er, dass dieses nicht geringgradig sei. Dieses sei mindestens mittelgradig und erfordere eine ständige Therapie, die nicht sehr wirksam sei.

Bei seiner Depression (Leiden 7) handle es sich laut dem beigelegten Bericht des ihn behandelnden Facharztes für Psychiatrie sowie der Diagnosestraße um ein "Schweres depressives Syndrom". Trotz medikamentöser Behandlung sei dieses noch nicht stabil. Dieses verursache eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die Einschätzung des Gutachters sei falsch.

Es sei auf die Gicht und die Hyperurikämie vergessen worden. Eine Gichtattacke verursache die bedeutendste Einschränkung seiner Bewegungsfähigkeit und starke Schmerzen.

Zum Gesamtgrad gab der Beschwerdeführer an, dass der Diabetes (Lfd. Nr.2, 30%) mit der diabetischen Polyneuropathie (Lfd. Nr.5, 20%) und mit der Niereninsuffizienz (Lfd. Nr.8, 20%) aufgrund diabetischer Nephropathie in Zusammenhang stehe. Alleine Diabetes verursache mit seinen Komplikationen 70% GdB.

In Bezug auf Schmerzen führte der Beschwerdeführer aus, dass Rückenschmerzen, Polyneuropathieschmerzen, Gelenkschmerzen und Schmerzattacken (Gicht) einander erhöhen würden.

Er leide nicht nur an Asthma, sondern auch an einer nicht behandelbaren schweren Schimmelpilzallergie (spezifische Immuntherapie in 2013-2015 unwirksam). Die Ursache sei unklar, davon seien die Gelenke geschädigt.

In weiterer Folge holte das BVwG ein aktenmäßiges Sachverständigengutachten eines Allgemeinmediziners vom 15.11.2016 ein, das Folgendes ergab:

"Aktenmäßiges Gutachten (...)

Auf Basis des Gutachtens vom 29.06.2016 und der vorliegenden objektiven medizinischen Befunde (siehe ABL 2-17)

eine ärztliche Bestätigung des psychiatrischen Facharztes vom 5. Juni 2015. Diagnose: schweres depressives Syndrom. Zustand nach SMG. chronische Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus. Schlafapnoe, Pankreas-Tumor, Medikation: Fluoxitin, Lamotrigin. Halcion

ärztliches und psychologisches Gesamtgutachten zur Begutachtung der Arbeitsfähigkeit vom 26.3.2014, Diagnosen: Diabetes mellitus nicht insulinpflichtig, unklare 3 Tumore Bauchspeicheldrüse, rezidivierende depressive Störung, bronchiale Hyperreagibilität bei polyvalenten Allergien (Lungenfunktionsstörung. FEV 1 % = 95), Desensibilisierung (Penicillin, Aspergillus), chronische Niereninsuffizienz. diabetische Polyneuropathie, metabolisches Syndrom, multisegmentale Bandscheibenvorfällen L3 bis L5, Zustand nach Nierensteinen, Katarakt der Augen, Coxarthrose beidseits, Schlafapnoe, arteriosklerotische Veränderungen der Carotis, Arbeitsfähigkeit befristet bis 27.3.2015 nicht gegeben,

ärztliches und psychologisches Gesamtgutachten zur Begutachtung der Arbeitsfähigkeit vom 15.6.2015. Diagnosen: Dysthymia, emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ, nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus, bronchiale Hyperreagibilität bei polyvalenten Allergien (Lungenfunktionsstörung), Desensibilisierung, chronische Niereninsuffizienz, diabetische Polyneuropathie, metabolische Syndrom (erhöhter Blutfette, Bluthochdruck, Übergewicht, erhöhte Harnsäure), multisegmentale Bandscheibenvorfälle L3 bis L5, Zustand nach Nierensteinen, Katarakt beidseits, Coxarthrose beidseits, Schlafapnoe, arteriosklerotische Veränderungen der carotis. Arbeitsfähigkeit- und Kursfähigkeit aufgrund vorliegender psychiatrischer Beeinträchtigung mit reduzierter Stresstoleranz, Aufmerksamkeit- und Konzentrationsdefiziten sind derzeit nicht gegeben (Dauer: vom 15.6.2015 bis 14.6.2017),

Allgemeinmedizinisches Sachverständigengutachten vom 22.2.2016 zur Ermittlung des Pflegebedarfes (Zuerkennung eines Pflegegeldes):

Diagnosen: Diabetes mellitus Typ II, nicht insulinpflichtiger, diabetische Nephropathie, kompensierte leichtgradige Niereninsuffizienz, Verdacht auf diabetische Polyneuropathie, metabolisches Syndrom, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Hyperurikämie, Adipositas, Zustand nach Nierensteinen, unklare Tumore in der Bauchspeicheldrüse, degenerative Veränderung des Stütz- und Bewegungsapparates, Cervicalsyndrom, Bandscheibenprotrusion L4 bis S1 links, chronische Lumbalgie, chronische Lumboischalgic, links mehr als rechts, Coxarthrose beidseits, Katarakt beidseits, Depression,

Ergänzungsgutachten (Allgemeinmedizin) vom 14.3.2016 im Rahmen der Feststellung des Pflegebedarfes ohne Änderung gegenüber dem Kalkül des Gutachtens vom 22.2.2016

orthopädisches Gutachten vom 24.4.2016 zur Ermittlung des Pflegebedarfes und Gewährung des Pflegegeldes, Diagnose:

mittelgradige bis deutliche, schmerzhaft Minderung der Schultergelenksbeweglichkeit links und geringer rechts bei magnetresonanztomographisch 03/2016 verifizierten lediglich leichtgradig degenerativen Veränderungen beidseits und anamnestisch Zustand nach Schulterluxation links vor etlichen Jahren, nativradiologisch nachgewiesenen geringen Polyarthrose beider Hände, chronische linksbetonte Lumboischalgie mit mittelgradig bis deutlich schmerzhafter Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule bei multisegmentale Osteochondrosen mit punktum Maximum L4 bis S1, magnetresonanztomographisch 02/2016 verifizierte Bandscheibenvorfälle in den Segmenten L4/L5 und L5/S1

sowie sonstige geringgradige Aufbraucherscheinungen, mittelgradige bis deutliche schmerzhafte Herabsetzung der Hüftgelenksbeweglichkeit links etwas mehr als rechts, geringe Coxarthrose beidseits, geringgradige schmerzhafte Funktionsstörung der Kniegelenke links mehr als rechts bei geringgradigen arthrotischen Veränderungen, mittelgradige bis deutliche Senkspreizfuß beidseits, Adipositas Grad II, diabetische Polyneuropathie

nervenfachärztliches Sachverständigengutachten vom 28.4.2016 zur Beurteilung des Pflegebedarfes vor dem Sozialgericht Wien, Diagnosen: Lumboischalgie, linksakzentuiert, Polyneuropathie, Engpasssyndrom beidseits im Handgelenksbereich, rechts > links und Sulcus ulnaris Syndrom beidseits, rezidivierende depressive Episoden, derzeit mittelgradig ausgeprägte, anamnestisch emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ,

Pensionsversicherungsanstalt-Bescheid vom 22.6.2016 über die Zuerkennung Pflegegeld Stufe 1 ab 08/2015

Befundbericht des Allergiezentrum Floridsdorf vom 4.7.2016, Zusammenfassung: chronische Pilzallergie, Sporanox-Therapie für einen Monat,

Befundbericht des Allergiezentrum Floridsdorf vom 9.2.2016, Zusammenfassung: Schimmelpilz-Allergie, Hausstaubmilben-Allergie, Katzenepithel-Sensibilisierung, Gräser- und Roggenpollen-Sensibilisierung, Antihistaminikum bei Beschwerden verwenden, IgE- Erhöhung,

Befundbericht des Allergiezentrum Floridsdorf vom 27.10.2014, Zusammenfassung: Fortführung der Immuntherapie gegenüber Aspergillus und Penicillin notatum für insgesamt 3 Jahre,

Befundbericht des Allergiezentrum Floridsdorf vom 19.6.2013, Zusammenfassung: IG- Erhöhung, Schimmelpilz-Allergie, spezifische Immuntherapie mit Novo-Helisen gegen Aspergillus und Penicillin ausgestellt,

Befundbericht des Allergiezentrum Floridsdorf vom 28.1.2013:

Rast-Befunde: positiv auf Hausstaubmilben, Penicillium,

Gräserpollen, orthopädischer Befund vom 7.6.2016, Diagnose:

degenerative Veränderung der Lendenwirbelsäule, Diskusprotrusion L2/L3, Rhizarthrose beidseits, Bursitis achillaris, Acromioclaviculargelenksarthrose beidseits, Impingement beider Schultergelenke, incipiente Coxarthrose beidseits, suboptimale Hüftkopfüberdachung, Diskusprolaps L4/L5, Diskusprolaps L5/S1, incipiente Retropatellararthrose beidseits, Varusgonarthrose beidseits, Erguss MCP 1 +2 beidseits, Achillodynie links, deutliche Osteochondrose der Lendenwirbelsäule punktum Maximum L4 bis S1, deutliche Ansatzentendinopathie der Supraspinatussehne links, Tangierung der Nervenwurzeln S1 links, Bandscheibe Sequester L4/L5 rechts, Zustand nach Luxation Schulter rechts,

Überweisungen zum orthopädischen Facharzt und Laborzuweisung zum Ausschluss eines rheumatischen Leidens

Magnetresonanzbefund beider Schultergelenke vom 25.3.2016, Ergebnis:

weitgehende seitensymmetrischer Befund im Sinne einer geringfügig raumfordernd mäßig aktiven Enthesiopathie am Acromioclaviculargelenk, gleichzeitig milde Tendinopathie der Supraspinatussehne, beidseits weitgehend symmetrische Akromionform jeweils Prädisposition für ein subacromial Impingement, jeweils geringe begleitende Bursitis subdeltoidea-subacromialis, incipiente glenohumeralen Arthrose, kein Nachweis einer Rotatorenmanschettenruptur,

Arbeitsunfähigkeitsmeldung vom 30.6.2012

Ambulanzkarte vom Tag des Otto-Wagner-Spitals vom 4.3.2016 aktuelle Therapie bezüglich des vermuteten Asthmas mit Singulair sowie Foster bei Bedarf, zusammenfassend muss aufgrund Anamnese geprüft werden, ob möglicherweise eine ABPA oder eine pulmonale Aspergillus Infektion für die pulmonalen klinischen Beschwerden verantwortlich ist. Für eine Art PTA sprechen das massiv erhöhte IgE sowie Erhöhung der spezifischen IGE, allerdings ist der Röntgen-Thoraxbefund bezüglich einer entsprechenden Veränderung heute unauffällig. Daher wäre eine CT-Thorax indiziert Der Patient berichtet aber von einer Kontrastmittelallergie und wünscht stattdessen ein MR der Lunge) wird folgender Sachverhalt ermittelt:

Unter Berücksichtigung des vorliegenden Befundes aus dem psychiatrischen Fachgebiet ist zwar eine passagere Arbeitsunfähigkeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt gegeben, jedoch kann der Antragwerber auf einem geschützten Arbeitsplatz oder einem integrativen Betrieb einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

Der Umstand, dass dem Beschwerdeführer im Verfahren vor dem Sozialgericht das Pflegegeld im Ausmaß der Stufe 1 zuerkannt wurde und dass der Antragwerber seit 2015 eine Witwenpension bezieht, steht dem im Gutachten getroffenen Kalkül hinsichtlich der Zumutbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel nicht entgegen.

Die vorliegende Beschwerdesymptomatik von Seiten des Leidens am Stützapparat wurde im Gutachten unter If. Nr. 1) und 3) ausreichend gewürdigt und bewirkt unter Berücksichtigung der neu vorgelegten Befunde keine Änderung im Kalkül. Der nichtinsulinpflichtige Diabetes mellitus wird im Gutachten unter If. Nr. 2) adäquat den vorliegenden Befunden mit 30 % eingeschätzt, wobei unter diesem Leiden die Spätschäden (diabetische Polyneuropathie, diabetische Nephropathie) ausreichend berücksichtigt werden. Die Nierenfunktionsstörung wird im Leiden unter If. Nr. 8) ausreichend erfasst.

Das Lungenleiden wird unter Berücksichtigung der Aspergillose und der allergischen Disposition unter If. Nr. 6) erfasst und erreicht unter Würdigung der neu vorgelegten Befunde kein abweichendes Kalkül. Die Veränderung der Bauchspeicheldrüse bedingt keine unmittelbare therapeutische Konsequenz und erreicht ohne signifikante Klinik nach der aktuellen Einschätzungsverordnung keinen Grad der Behinderung.

Der Gesamtgrad der Behinderung beträgt 30 %, da das führende Leiden unter If. Nr. 1) durch die Gesundheitsschädigungen unter If. Nr. 2) bis 10) nicht erhöht wird, weil kein maßgebliches ungünstiges Zusammenwirken besteht.

Wie schon im Gutachten auf ABL 263 Rückseite ausgeführt erreichen Übergewicht, erhöhter Blutfettspiegel und erhöhter Harnsäurespiegel keinen zusätzlichen Grad der Behinderung.

Die Einschränkung der Gehleistung erreicht kein Ausmaß, welches dem Antragwerber daran hindert in einer als Gehen zu bezeichnenden Fortbewegungsart zumindest 300 m alleine ohne starke Schmerzen, ohne Unterbrechung und ohne Anwendung von Hilfsmitteln, welche die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel unmöglich machten, zurückzulegen.

Die Nervenschädigung infolge Ischialgie und Buring feet wird im Gutachten unter If. Nr. 1) und 5) ausreichend gewürdigt. Hier kommt der untere Rahmensatz zur Anwendung, da keine Atrophiezeichen fassbar sind.

Die Abnützungserscheinung an verschiedenen Gelenken wird unter dem Leiden unter If. Nr. 3) eingeschätzt, wobei unter Position 02.02.01 der obere Rahmensatz zur Anwendung kommt, da mehrere große Gelenke betroffen sind, jedoch nur endlagige Funktionsstörung objektivierbar war.

Die unter If. Nr. 7) erfasst Depression wird unter Position 03.06.01 mit 20 % erfasst, wobei hier eine Stufe über dem unteren Rahmensatz zur Anwendung kommt, da zwar eine Kombinationstherapie erforderlich ist, jedoch keine stationäre Behandlung an einer Fachabteilung dokumentiert wird. Die interimistische Arbeitsunfähigkeit ist in dieser Position inkludiert.

Unter Berücksichtigung der neu vorgelegten Befunde ergibt sich hinsichtlich der unter If. Nr. 1) bis 10) erfassten Gesundheitsschädigungen kein abweichendes Kalkül.

Beantwortung der Fragen:

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at