

TE Bwvg Erkenntnis 2018/7/3 W200 2169071-1

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 03.07.2018

Entscheidungsdatum

03.07.2018

Norm

BBG §40

BBG §41

BBG §45

B-VG Art.133 Abs4

Spruch

W200 2169071-1/8E

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 , geb. XXXX , gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 20.07.2017, OB:

22709202600012, 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:

Die beschwerdeführende Partei stellte erstmals am 13.04.2006 einen Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses. Mit Bescheid vom 22.08.2006 wies das Bundessozialamt den Antrag ab und begründete seine Entscheidung damit, dass das eingeholte Gutachten einen Gesamtgrad der Behinderung von 30 vH ergeben habe.

Am 02.03.2017 stellte die beschwerdeführende Partei sodann den nunmehr verfahrensgegenständlichen Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses und begründete dies mit folgenden Gesundheitsschädigungen: Arthrose,

Taubheit im linken Ohr - Tinnitus, Glomustumor Halsschlagader, schwere Depression. Dem Antrag angeschlossen waren ein Schreiben der Beschwerdeführerin vom 01.03.2017 sowie ein Konvolut an medizinischen Unterlagen.

Das Sozialministeriumservice holte ein allgemeinmedizinisches Sachverständigengutachten (vom 18.07.2017) ein, das einen Gesamtgrad der Behinderung von 20 von 100 ergab und im Wesentlichen wie folgt lautet:

"Anamnese:

Operationen, Appendektomie und Tonsillektomie ohne Folgeschaden,

Entfernung eines Isthmus-Adenoms der Schilddrüse 2009 im KH RST ohne Malignitätszeichen und ohne Folgeschaden,

2004 Operation eines Akustikusneurinoms links im AKH Wien, seither Taubheit links, weitere Beschwerden, Ohrgeräusche, Lärmempfindlichkeit, Gleichgewichtsstörungen treten manchmal auf, keine Therapie,

an der Gabelung der linken Halsschlagader einen Glomustumor (Zufallsbefund), keine therapeutische Konsequenz seit 2004 bekannt, kein Wachstum, Verlaufskontrolle in jährlichen Abständen, vor Entdeckung keine Schluckbeschwerden, seit der Diagnosestellung werden Schluckbeschwerden wahrgenommen,

Heberden-Arthrosen an beiden Händen, angeschwollene Fingergelenke mit Einschränkung der groben Kraft, zuletzt nur kurzfristige Besserung durch Bäder vor ein paar Jahren, Med.: Mefenam 500 bei Bed., auch manchmal Novalgin Tbl, Mexalen 500 und Diclofenac 50,

Depressionen seit 2 Jahren ausgelöst durch die gegenwärtigen Lebensumstände, das Alleinsein, Med.: Dulasolan 601-0-0, bei Gebrauch von Schmerzmitte wird diese Arznei nicht angewendet, Wellbutrin 150 auch nur wenn kein anderes Med. genommen wird, die AW hat sonst Magenbeschwerden, keine Psychotherapie, keine stat. Behandlung an einer Fachabteilung,

Coxarthrose, keine Operation, Schmerzen werden mit Analgetika behandelt,

chronische venöse Insuffizienz, keine Operation, keine troph. Hautstörungen, manchmal nächtliche Krämpfe für das Magnesium intermittierend angewendet wird,

Haarausfall konnte durch die Anwendung von HairCaps gebessert werden, auch Alternative Trinkkuren von Hildegard von Bingen wird angewendet

Wechselbeschwerden seit 3 Jahren, Med.: Remifemin 1-0-0, keine nachhaltige Besserung der Schweissausbrüche, besonders nächtens

Nik:0, Alk: selten, P: 2,

Derzeitige Beschwerden:

Wirbelsäulen-Läsion seit Jahren, keine Operation, keine motorischen

Ausfälle, Beschwerden: Schmerzen im Lendenwirbelsäulensegment, auch

Coccygodynie nach Sturz vom Baum in der Kindheit, Medikation:

Analgetika wie oben,

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Mefenam 500, Novalgin, Mexalen 500, Diclofenac 50, Trimipramin, Wellbutrin 150 Dulasolan 60, Magnovit Ultra,

Sozialanamnese:

kein erl. Beruf, zuletzt als Büroangestellte im AKH Wien (Schreibkraft) bis 2010, keine Verlängerung des befristeten Dienstverhältnisses, seither arbeitslos gemeldet, geschieden, zwei erwachsene Kinder, AW lebt alleine in einer Wohnung im 3. Stock mit Lift,

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

farbcodierte Duplexsonographie der extrakraniellen Hirnarterien vom 19.3.2013: dopplersonographisch unauffälliger Befund im Bereich der extrakraniellen Carotiden beidseits, die Intima-Media Dicke im Bereich der Arteria carotis communis beträgt ca. 0,6 mm, die Vertebralarterien erscheint völlig unauffällig, der vor bekannte Glomustumor stellt sich im Bereich der linksseitigen Carotisgabelbereich mit einem maximalen Querdurchmesser von 17 mm dar,

Schilddrüsenultraschall: sonomorphologisch stellt sich ein rechtsbetontes Organ dar, im rechten Schilddrüsenlappen finden sich multiple teils hypoechogene Adenome mit einem Maximaldurchmesser von 8 mm dar,

ärztlicher Befundbericht des Evang. Krankenhauses vom 8.3.2013/Diagnose: derzeit kein Hinweis auf hämodynamisch relevante PAVK, rechts hochgradige, linksmäßig chronisch venöse Insuffizienz, klinisches Stadium I beidseits, Zustand nach Isthmus-Adenom-Operation, Zustand nach Akustikusneurinom links, Senk-Spreizfüße, mit orthopäd. Einlagen versorgt, 1,8 cm Glomustumor Arteria carotis links, Hyperhidrosis, Therapie: Fortführung der konservativen Maßnahmen und Pharmakotherapie wie bisher, zusätzlich Venoruton Granulat und 50 mg HCT bei Bedarf, klinische Verlaufskontrolle,

proktologischer Befund vom 1.7.2013/Indikation: Schmerzen im Steißbeinbereich, anale Hygieneprobleme und Fremdkörpergefühl, Proctoskopie: Noduli haemorrhoidalis II, rektal Digital: normal Sphinkterapparat, kein Hinweis auf Retention- oder Abszessbildung deutlich druckschmerzhafteste Steißbeinspitze im Sinne einer Coccygodynie, Therapieempfehlung: Infiltrationstherapie der Coccygodynie durch den Orthopäden und Abtragung der Marisken aus Hygienegründen in Narkose empfohlen,

Magnetresonanzbefund der Hüften vom 25.2.2014/Ergebnis: 2,5 x 2,5 cm großes Zystenkonvolut im rechten Pfannendächerker, geringe Ausdünnung der Knorpelschicht, mäßige Arthrosezeichen, wenig Erguss, auch links wenig Erguss, Ovarialzyste rechts,

Röntgenbefund Beckenübersicht/Sacrum vom 7.2.2014/Ergebnis:

geringfügige Coxarthrose links, deutlicher rechts, allenfalls minimale Arthrose des rechten Sakroiliakgelenks, Sacrum und Coccygeum im Verlauf unauffällig,

Befundbericht der gynäkologischen Klinik des AKH Wien vom 4.6.2014:

Begutachtung an der Hormonambulanz wegen Effluviums, Therapie wegen

Eisenmangel: Tardyferron 1x1, eventuell Ferritininfusion,

Kernspintomographie des Neurocraniums vom 6.9.2014/Ergebnis: kein Hinweis auf Reste oder Rezidiv eines Akustikusneurinoms, auch sonst normaler Befund am Neurocranium, ein laut Zuweiser bekannter Glomustumor links offenbar ohne Größenzunahme zu 2009,

orthopäd. Befund vom 13.10.2015/Diagnose: höhergradige Coxarthrose rechts, mäßiggradige Coxarthrose links, Lumbalsyndrom bei deutlicher lumbaler Skoliose, aktivierte Fingerarthrosen, Cervicalsyndrom, Patientin in regelmäßiger physikalischer Therapie, eine regelmäßige Schmerztherapie ist erforderlich,

Röntgenbefund der Hals- und Lendenwirbelsäule vom 8.10.2015/Ergebnis: mäßige Streckhaltung Stellung der Halswirbelsäule, sonst unauffällig, deutliche linkskonvexe Rotationsskoliose der Lendenwirbelsäule, sonst unauffällig, kein Hinweis auf Spondylose Beckenübersicht: geringe Sacroiliakgelenksarthrose beidseits, höhergradige Coxarthrose rechts, mäßig auch links,

Magnetresonanzbefund der Lendenwirbelsäule vom 12.6.2016/Ergebnis:

Osteochondrose L5/S1 mit Bandscheibenprotrusion und kurzstreckiger Tangierung der Nervenwurzel S1 beidseits, linksbetonte mäßige ossäre Neuroforamenstenose L5/S1, Chondrose und incipiente Spondylose L4/L5 links betont, kein Bandscheibenprolaps, kein Knochenmarksödem, keine Spinalkanalstenose,

neurologischer fachärztlicher Befundbericht vom 1.10.2016/Diagnose:

Zustand nach Operation eines Akustikusneurinoms links 2004, vertebrogenes Syndrom, neurovegetatives Labilität, Major Depression, Therapieempfehlung: Dulaxolan 30 1-0-0, Dominal forte 80 0-0-1,

farbcodierte Duplexsonographie der großen hirnvorsorgenden zervikalen Gefäße vom 20.12.2016/Ergebnis: geringfügige Intimaverdickung an der Arteria carotis beidseits, Glomustumor links ohne Progression, sonst unauffälliger Befund,

neurologischer fachärztlicher Befundbericht vom 8. 2. 2017/Diagnose:

Major Depression, neurovegetatives Labilität, vertebrogenes Syndrom, Zustand nach Operation eines akuten Akustikusneurinoms links, Therapieempfehlung: Dulaxolan 30 1-0-0-0, Dominal forte 80 0-0-0,

Befundnachreichung: Röntgenbefund der Halswirbelsäule, Sonographie der Halsregion und Videokinematographie des Schluckaktes erstellt durch das Diagnosezentrum Urania am 6.4.2017: zervikaler Streckhaltung der unteren Halswirbelsäule, diffuse deformierende Spondylose und geringe multisegmentale Chondrose, diffuse minimale Facettengelenksarthrose, in der Funktionsaufnahme kein Hinweis auf eine segmentale Blockierung bei herabgesetzter Mobilität der oberen Halswirbelsäule, keine translatorische Instabilität, Zustand nach osteoklastischer Trepanation occipital,

Sonographie der Halsregion: Stoma multinodosa, mit Knoten unterschiedlicher Charakteristik der größte links kaudal mit 12 mm echoarm scharf begrenzt zu sehen, grenzwertig Norm breiter Isthmus, Elongation des Truncus brachiocephalicus, kleinste Lymphknoten im oberflächlichen Mundboden-Schicht rechts (5 mm, reguläre Sonomorphologie), sonst nur normal große Lymphknoten in allen Regionen, seit 2004 ist eine weichteildichte Läsion im Bereich der Carotisgabelbereich vorgeschrieben, unverändert 1,9 cm zu messen, aus meiner Sicht atypisch für die Anamnese, dass hier ein Glomustumor vorliegt, der Umstand, dass die Läsion im Farbdoppler nicht perfundiert erscheint, von der Größe her sicher Befundkonstanz über 13 Jahre,

Videokinematographie des Schluckaktes/Ergebnis Reflux 2 bei axiale Gleithernie

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: guter Allgemeinzustand

Ernährungszustand: guter Ernährungszustand

Größe: 162,00 cm Gewicht: 76,00 kg Blutdruck: 135/80

Klinischer Status - Fachstatus:

Sauerstoffsättigung der Raumluft: pO₂: 98 %, Puls: 93/min, keine Ruhedyspnoe

Kopf: Zähne: Teil-Prothese, Lesebrille, Taubheit links, in der Mastoidregion links blande Narbe nach Operation eines Akustikusneurinoms, sonst Sensorium frei, Zustand nach Tonsillektomie, Nervenaustrittspunkte unauff.,

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

Thorax: symmetrisch,

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 rechtskonvexe Skoliose der Brustwirbelsäule, Fingerbodenabstand 20cm, 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, objektivierbares Kältegefühl an beiden Händen, aufgetriebene Fingergelenke beider Hände, Globalfunktion und grobe Kraft beidseits erhalten, Nacken- und Kreuzgriff möglich,

untere Extremität: frei beweglich, seitengleicher Umfang beider

Kniegelenke: 39cm, keine Involutionstrophie der Unterschenkelmuskulatur, seitengleicher Umfang beider

Unterschenkels: 37cm, keine Ödeme, Besenreiservarizen ohne trophische Hautstörungen, Reflex lebhaft auslösbar, Babinski negativ, Zehen- und Fersengang möglich,

Gesamtmobilität - Gangbild:

unauff. Gangbild, keine Gehhilfe

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 %

1

Depression eine Stufe über dem unteren Rahmensatz, da unter Kombinationstherapie stabil und keine stationäre Behandlung an einer Fachabteilung in der Anamnese; inkludiert behandlungswürdige Wechselbeschwerden

03.06.01

20

2

Coxarthrose beidseits unterer Rahmensatz, da zwar morphologische Veränderungen beschrieben werden, jedoch keine signifikante Funktionsstörung nachweisbar

02.05.08

20

3

degenerative Veränderung der Hals- und Lendenwirbelsäule, vertebrales Syndrom, Bandscheibenschädigung im Lendenwirbelsäulensegment, Coccygodynie, Sacroiliacalgelenksarthrose oberer Rahmensatz, da nachvollziehbare Symptomatik und geringe Funktionseinschränkung

02.01.01

20

4

Taubheit links nach operiertem Akustikusneurinom, normales Hörvermögen rechts Tab. Kolonne 6, Zeile 1

12.02.01

20

5

Tinnitus unterer Rahmensatz, da ohne nennenswerte psychovegetative Begleiterscheinungen

12.02.02

10

6

Fingergelenksarthrose unterer Rahmensatz, da keine signifikante Funktionsstörung nachweisbar

02.06.26

10

7

Chronisch venöse Insuffizienz unterer Rahmensatz, da keine trophischen Hautschäden nachweisbar

05.08.01

10

Gesamtgrad der Behinderung 20 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Das führende Leiden unter If. Nr. 1) wird durch die Gesundheitsschädigung unter If. Nr. 2) bis 7) nicht erhöht, da kein

maßgebliches ungünstiges Zusammenwirken besteht.

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

Glomustumor im Bereich der Carotidgabelbereich ohne signifikante hämodynamische Wirksamkeit, ohne Progressionszeichen und ohne therapeutische Konsequenz bedingt keinen Grad der Behinderung.

Zustand nach operativer Entfernung eines Isthmus-Adenoms ohne Malignitätszeichen und ohne weitere therapeutische Konsequenz bedingt keinen Grad der Behinderung.

Effluvium kann durch Eisensubstitution ausreichend behandelt werden und erreicht keinen Grad der Behinderung.

Das Magenleiden kann üblicherweise mit Protonenpumpenhemmerbehandlung ausreichend therapeutisiert werden und erreicht ohne nachgewiesene Ernährungsstörung keinen Grad der Behinderung.

Struma nodosa ohne Substitutionserfordernis und ohne signifikante Klinik bedingt keinen Grad der Behinderung.

Dauerzustand. [...]"

Mit nunmehr angefochtenem Bescheid des Sozialministeriumservice vom 20.07.2017 wurde der Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses mangels Vorliegen der Voraussetzungen abgewiesen. Begründend wurde ausgeführt, dass das durchgeführte Beweisverfahren einen Gesamtgrad der Behinderung von 20 vH ergeben habe. Dem Bescheid war als Beilage das eingeholte Gutachten als Bescheidbestandteil angeschlossen.

Im Rahmen der fristgerecht dagegen erhobenen Beschwerde führte die Beschwerdeführerin aus, dass die Herabsetzung von 30 auf 20 Prozent nicht nachzuvollziehen sei, da sich ihr Zustand im Vergleich zum Bescheid vom Jahr 2006 größtenteils massiv verschlechtert hätte. Der Beschwerde war ein Schreiben einer Fachärztin für Orthopädie beigegeben.

In weiterer Folge holte das BVwG ein Sachverständigengutachten eines Facharztes für HNO-Krankheiten vom 21.01.2018 ein, welches im Wesentlichen Folgendes ergab:

"[...] STATUS [...]"

Gesicht/Hals: starke Hyoidverspannung sonst frei

Stimme: zögerlich.

Frenzelbrille: kein Spontannystagmus, ein Schlag Kopfschüttelnystagmus nach rechts.

Stellmotirik: Romberg neigt nach links, Unterberger ungerichtet wackelig; Gangversuch, tlw. Korrekturschritt, aber keine Abweichung beim Blindgang.

Koptimpulstest: nach links positiv.

Klinische Hörprüfung: W nach re + R unendl.

6 v 0

>6 V 0

Tonaudiogramm: rechts normales Hörvermögen, links Taubheit

BEANTWORTUNG DER FRAGEN

1. Gesonderte Einschätzung des GdB für jede festgestellte Gesundheitsschädigung (HNO-Bereich)

Taubheit links, normales Hörvermögen rechts 12.02.01 Tabelle Zeile I/Kolonne 6 - fixer Rahmensatz

2.

Tinnitus links 12.02.01 Unterer Rahmensatz da ohne nennenswerte psychovegetative Begleiterscheinungen.

3.

Gleichgewichtsstörung nach Operation eines 12.03.01 Akustikusneurinoms der linken Seite Eine Stufe über dem unteren Rahmensatz, da Schwindelerscheinungen und leichte Unsicherheit bei alltäglichen Belastungen.

2. Ist die Veränderung zu den GA vom 6.7.2006 und zum 18.7.2017 objektivierbar?

zum GA von 2006: der Status von damals ist skartiert; daher ist konkrete Aussage über die gesundheitliche Veränderung seit damals nicht möglich; die Einstufung erfolgte damals noch auf Basis der Richtsatzverordnung.

Derzeit jedenfalls leidet die BF unter einer Gleichgewichtsstörung, die genau den Kriterien für einen GdB von 20% gemäß der Einschätzungsverordnung von 2010 entspricht.

Für eine höhere Einstufung bedürfte es einer stärkeren Ausprägung der funktionellen Einschränkungen. Es kommt daher zu einer Rückstufung der Gleichgewichtsstörung von 30% auf 20% im Verhältnis zu 2006. Das Leiden "Tinnitus" tritt nun hinzu".

zum GA vom 18.7.2017: Die Gleichgewichtsstörung fand hier keinen Niederschlag. Der Gleichgewichtsnerv wurde jedoch durch Operation des Akustikusneurinoms im Jahre 2004 sicherlich lädiert, wenn nicht durchtrennt. Meist kommt es nach längerer Zeit (Monate und Jahre) zu einer weitgehenden Kompensation durch das Gehirn;

Restfunktionsstörungen bleiben aber häufig bestehen. In diesem Fall ist sie durch den positiven Kopfpulstest nachweisbar. Daher Aufnahme der Gleichgewichtsstörung in die Liste der Leiden. Unverändert die Einstufungen von "Taubheit links" und "Tinnitus".

3. Gesamtgrad der Behinderung (HNO)

20 v.H., da kein ungünstiges Zusammenwirken der Leiden vorliegt.

[...]"

In weiterer Folge holte das BVwG ein zusammenfassendes Sachverständigengutachten einer Ärztin für Allgemeinmedizin, Fachärztin für Unfallchirurgie vom 13.04.2018 ein, das Folgendes ergab:

"Sachverständigengutachten mit Zusammenfassung [...]"

GUTACHTEN 1. INSTANZ: Abl. 7 vom 22.08.2006, Gesamt-GdB 30 v.H.

GUTACHTEN 2. INSTANZ: Abl. 32-40 vom 27.04.2017, Gesamt-GdB 20 v.H.

[...]

Medikamente: Amlodipin, Lisinopril, bei Bedarf Novalgin, Miranax, Psychopax, Ascalan

Allergien: Pollen, Birken, Hasel, Pflaster

Nikotin: 0

Laufende Therapie bei Hausarzt Dr. Shokri, 1030

Derzeitige Beschwerden:

„Alles ist schlechter geworden, die Gehstrecke, Beschwerden in Wirbelsäule und Hüftgelenken, Blutdruckprobleme. Beim Gehen spüre ich eine plötzliche Schwäche, alles tut weh, ständig sind die Beine gefühllos, das kommt angeblich von der Wirbelsäule. Es wurde eine Verengung festgestellt. Die meisten Schmerzen habe ich in der Wirbelsäule trotz Gymnastik, benötige immer wieder Schmerzmittel. Das Maximum der Schmerzen ist im Bereich der unteren Brustwirbelsäule. Mache selber Heilgymnastik und regelmäßig Physiotherapie. Schmerzen habe ich auch in der rechten Hüfte. Die Depressionen treten schubweise auf, sind eigentlich etwas besser geworden. Nehme keine Medikamente für die Depressionen, pflanzliche Mittel.“

STATUS:

Allgemeinzustand gut, Ernährungszustand gut.

Größe 164 cm, Gewicht 71 kg, RR 120/70, 59a

Caput/Collum: Narbe nach STE, klinisch unauffälliges Hör- und Sehvermögen bei bekannter Surditas links

Thorax: symmetrisch, elastisch

Atemexkursion seitengleich, sonorer Klopfeschall, VA. HAT rein, rhythmisch.

Abdomen: klinisch unauffällig, keine pathologischen Resistenzen tastbar, kein Druckschmerz.

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.

Heberden'sche Arthrosen Zeigefinger, Mittelfinger und Kleinfinger beidseits mit teilweise geringgradiger Achsenabweichung ohne relevante funktionelle Beeinträchtigung.

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, 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 mit Anhalten möglich. Die tiefe Hocke ist zu 2/3 möglich.

Die Beinachse ist im Lot. Symmetrische Muskelverhältnisse.

Beinlänge ident.

Die Durchblutung ist ungestört, keine Ödeme, keine trophischen Störungen, die Sensibilität wird als ungestört angegeben. Die Beschwellung ist in etwa seitengleich.

Hüftgelenke beids. unauffällig

Sämtliche Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Hüften beidseits S 0/120, IR/AR 30,0/40, Kniegelenke beidseits 0/0/140, Sprunggelenk frei beweglich, geringgradig Senkspreizfuß. Zehen sind seitengleich frei beweglich.

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, mäßig Hartspann, Klopfschmerz im Bereich der unteren BWS

Aktive Beweglichkeit:

HWS: R 50/0/50, F 30/0/30

BWS/LWS: FBA: 10 cm, Seitneigen und Rotation je 30°

Lasegue bds. negativ, Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft auslösbar.

Gesamtmobilität - Gangbild:

Kommt selbständig gehend mit Halbschuhen, das Gangbild hinkfrei, verlangsamt, sonst unauffällig.

Das Aus- und Ankleiden wird selbständig im Sitzen durchgeführt.

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

STELLUNGNAHME:

ad 1) Einschätzung des Grades der Behinderung, einschließlich

Zusammenfassung:

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

Depression 1 Stufe über dem unteren Rahmensatz, da rezidivierende depressive Episoden.

03.06.01

20

2

Hüftgelenksarthrose beidseits Unterer Rahmensatz, da bei radiologisch nachgewiesenen beginnenden Abnützungserscheinungen keine relevante funktionelle Einschränkung nachweisbar.

02.05.08

20

3

Degenerative Veränderung der Wirbelsäule, vertebrales Syndrom, Kokzygodynie Oberer Rahmensatz, da mäßige Verspannungen bei geringgradigen Abnützungserscheinungen und geringen funktionellen Einschränkungen, regelmäßiger Therapiebedarf.

02.01.01

20

4

Taubheit links Tabelle, Zeile 1, Kolonne 6. Fixer Rahmensatz

12.02.01

20

5

Tinnitus links unterer Rahmensatz, da ohne nennenswerte psychovegetative Begleiterscheinungen.

12.02.01

10

6

Fingergelenksarthrose Unterer Rahmensatz, da keine relevante Funktionsstörung gegeben ist.

02.06.26

10

7

Chronisch venöse Insuffizienz Unterer Rahmensatz, da keine trophischen Hautschäden nachweisbar, keine Ödeme.

05.08.01

10

8

Gleichgewichtsstörung nach Operation eines Acusticusneurinoms der linken Seite 1 Stufe über dem unteren Rahmensatz, da Schwindelerscheinungen und leichte Unsicherheit bei alltäglichen Belastungen.

12.03.01

ad 2) Ist eine Veränderung zum Gutachten vom 18. 7. 2017, Abl. 32-40 objektivierbar? Wodurch wird die Veränderung dokumentiert bzw. wie äußert sie sich?

Hinzukommen von Leiden 8, siehe HNO-fachärztliches Gutachten.

Aus unfallchirurgisch/orthopädischer Sicht und allgemeinmedizinischer Sicht keine Veränderung zu GA vom 18.07.2017.

ad 3) Gesamtgrad der Behinderung: 20%

Leiden 1 wird durch die weiteren Leiden nicht erhöht, da kein maßgebliches ungünstiges Zusammenwirken vorliegt.

ad 4) Eine ärztliche Nachuntersuchung ist nicht erforderlich. [...]"

Im zu sämtlichen vom BVwG eingeholten Sachverständigengutachten gewährten Parteiengehör gab die Beschwerdeführerin keine Stellungnahme ab.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1. Feststellungen:

1.1. Die Beschwerdeführerin erfüllt die Voraussetzungen für die Ausstellung eines Behindertenpasses nicht. Der Gesamtgrad der Behinderung beträgt 20 vH.

1.2. Art und Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigungen:

beschwerderelevanter Status:

Allgemeinzustand gut, Ernährungszustand gut.

Caput/Collum: Narbe nach STE, klinisch unauffälliges Hör- und Sehvermögen bei bekannter Surditas links.

Thorax: symmetrisch, elastisch.

Atemexkursion seitengleich, sonorere Klopfeschall, VA. HAT rein, rhythmisch.

Abdomen: klinisch unauffällig, keine pathologischen Resistenzen tastbar, kein Druckschmerz.

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. Heberden'sche Arthrosen Zeigefinger, Mittelfinger und Kleinfinger beidseits mit teilweise geringgradiger Achsenabweichung ohne relevante funktionelle Beeinträchtigung. 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, 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 mit Anhalten möglich. Die tiefe Hocke ist zu 2/3 möglich. Die Beinachse ist im Lot. Symmetrische Muskelverhältnisse. Beinlänge ident. Die Durchblutung ist ungestört, keine Ödeme, keine trophischen Störungen, die Sensibilität wird als ungestört angegeben. Die Beschwiellung ist in etwa seitengleich. Hüftgelenke beids. unauffällig. Sämtliche Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Hüften beidseits S 0/120, IR/AR 30,0/40, Kniegelenke beidseits 0/0/140, Sprunggelenk frei beweglich, geringgradig Senkspreizfuß. Zehen sind seitengleich frei beweglich. 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, mäßig Hartspann, Klopfschmerz im Bereich der unteren BWS.

Aktive Beweglichkeit:

HWS: R 50/0/50, F 30/0/30.

BWS/LWS: FBA: 10 cm, Seitneigen und Rotation je 30°.

Lasegue bds. negativ, Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft auslösbar.

Gesamtmobilität - Gangbild: Kommt selbständig gehend mit Halbschuhen, das Gangbild hinkfrei, verlangsamt, sonst unauffällig. Das Aus- und Ankleiden wird selbständig im Sitzen durchgeführt.

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

1.3. Beurteilung der Funktionseinschränkungen:

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

Depression 1 Stufe über dem unteren Rahmensatz, da rezidivierende depressive Episoden.

03.06.01

20

2

Hüftgelenksarthrose beidseits Unterer Rahmensatz, da bei radiologisch nachgewiesenen beginnenden Abnützungserscheinungen keine relevante funktionelle Einschränkung nachweisbar.

02.05.08

20

3

Degenerative Veränderung der Wirbelsäule, vertebrales Syndrom, Kokzygodynie Oberer Rahmensatz, da mäßige Verspannungen bei geringgradigen Abnützungserscheinungen und geringen funktionellen Einschränkungen, regelmäßiger Therapiebedarf.

02.01.01

20

4

Taubheit links Tabelle, Zeile 1, Kolonne 6. Fixer Rahmensatz

12.02.01

20

5

Tinnitus links Unterer Rahmensatz, da ohne nennenswerte psychovegetative Begleiterscheinungen.

12.02.02

10

6

Fingergelenksarthrose Unterer Rahmensatz, da keine relevante Funktionsstörung gegeben ist.

02.06.26

10

7

Chronisch venöse Insuffizienz Unterer Rahmensatz, da keine trophischen Hautschäden nachweisbar, keine Ödeme.

05.08.01

10

8

Gleichgewichtsstörung nach Operation eines Acusticusneurinoms der linken Seite 1 Stufe über dem unteren Rahmensatz, da Schwindelerscheinungen und leichte Unsicherheit bei alltäglichen Belastungen.

12.03.01

20

Der Gesamtgrad

der Behinderung beträgt 20%, da keine maßgebliche ungünstige wechselseitige Leidensbeeinflussung zwischen dem führenden Leiden 1 und den übrigen vorliegt.

2. Beweiswürdigung:

Die Feststellungen zu Art und Ausmaß der Funktionseinschränkungen gründen sich - in freier Beweiswürdigung - in nachstehend ausgeführtem Umfang auf die vorgelegten und eingeholten Beweismittel:

Das von der belangten Behörde eingeholte Gutachten eines Arztes für Allgemeinmedizin vom 18.07.2017 ist schlüssig und nachvollziehbar, es weist keine Widersprüche auf. Die Beschwerdeführerin litt zu diesem Zeitpunkt an Depression, die unter die Positionsnummer 03.06.01, an Coxarthrose beidseits, die unter 02.05.08, an degenerativer Veränderung der Hals- und Lendenwirbelsäule, vertebrales Syndrom, Bandscheibenschädigung im Lendenwirbelsäulensegment, Kokzygodynie, die unter 02.01.01, an Taubheit links nach operiertem Akustikusneurinom, die unter 12.02.01, an Tinnitus, der unter 12.02.02, an Fingergelenksarthrose, die unter 02.06.26 sowie an chronisch venöser Insuffizienz, die unter 05.08.01 eingestuft wurde.

Aufgrund der Beschwerde und vorgelegten Befunde holte das BVwG zwei weitere Gutachten (HNO-fachärztliches Gutachten vom 21.01.2018 sowie zusammenfassendes allgemeinmedizinisches unfallchirurgisches Gutachten vom 13.04.2018) ein, die grundsätzlich zum gleichlautenden Ergebnis führte

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

© 2025 JUSLINE

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

www.jusline.at