jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Bvwg Erkenntnis 2019/2/12 W173 2193716-1

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 12.02.2019

Entscheidungsdatum

12.02.2019

Norm

BBG §40
BBG §41
BBG §45
B-VG Art.133 Abs4
VwGVG §28 Abs1
VwGVG §31 Abs1

Spruch

W173 2193716-1/9E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Dr. Margit MÖSLINGER-GEHMAYR als Vorsitzende und die Richterin Mag. Angela SCHIDLOF sowie den fachkundigen Laienrichter Franz GROSCHAN als Beisitzer über die Beschwerde in Verbindung mit dem Vorlageantrag von XXXX , geb. XXXX , gegen die Beschwerdevorentscheidung des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen, Landesstelle Burgenland, vom 6.4.2018, betreffend Neufestsetzung des Grades der Behinderung und dem Antrag auf Ersatz der Verfahrenskosten

A)

I. zu Recht erkannt:

Die Beschwerdevorentscheidung vom 6.4.2018 wird behoben. Der Grad der Behinderung von Herr XXXX beträgt sechzig (60) von Hundert (v.H.).

II. beschlossen:

Der Antrag auf Ersatz der ihm entstandenen Verfahrenskosten im gesetzlichen Ausmaß durch den Rechtsträger der belangten Behörde wird zurückgewiesen.

B)

Die Revision gegen die Spruchpunkte A.I. und A.II. ist gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG nicht zulässig.

Text

BEGRÜNDUNG:

I. Verfahrensgang:

1. Auf Grund des Antrages von Herrn XXXX , (in der Folge BF) im Jahr 2013 auf Ausstellung eines Behindertenpasses wurde von der belangten Behörde ein medizinisches Sachverständigengutachten eingeholt. In Gutachten vom 21.11.2013 wurde von Dr. XXXX , FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, ein Gesamtgrad der Behinderung von 60% ermittelt.

Dieser beruhte auf folgendem Leiden: 1. Arthrose des Hüftgelenks links nach Gelenkspfannenbruch 1987 (Pos.Nr. 02.05.11 - GdB 50%), 2. Lähmung des Fußhebernerves links (Pos.Nr. 04.05.13. - GdB 40%), 3. Arthrose des Kniegelenks links bei Zustand nach Schienbeinkopfbruch (Pos.Nr. 02.05.20. - GdB 30%), 4. Degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule (Pos.Nr. 02.01.01. - GdB 20%), 5. Engpasssyndrom des linken Schultergelenks (Pos.Nr. 02.06.03. - GdB 20%), 6. Struma bei Zustand nach Teilentfernung der Schilddrüse (Pos.Nr. 09.01.01. GdB 20%) und 7. Nabelbruch (Pos.Nr. 07.08.01. - GdB 10%). Das führende Leiden 1 wurde durch die Leiden 2 bis 7 um eine Stufe erhöht, da der Gesamtzustand wesentlich negativ beeinflusst wurde. Es handelte sich um einen Dauerzustand. In der Folge wurde dem BF am 14.1.2014 ein Behindertenpass mit einem Gesamtgrad der Behinderung von 60% ausgestellt.

2. Am 21.9.2017 beantrage der BF die Neufestsetzung seines Grades der Behinderung im Behindertenpass. Dazu legte er Befunde vor. Von der belangten Behörde wurde ein medizinisches Sachverständigengutachten eingeholt. Der Sachverständige Dr. XXXX , Arzt für Allgemeinmedizin, führte im Gutachten vom 24.11.2017 nach einer persönlichen Untersuchung des BF auszugsweise Nachfolgendes aus:

"……

Anamnese:

Bezüglich Vorgeschichte siehe Vorgutachten vom 21.11.2013, ges. GdB 60%

Es wird der Zusatzeintrag der Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel beantragt.

Zwischenanamnese:

01/2017 Lungenembolie, vor 6 Wochen Hüfttotalendoprothese links,

Derzeitige Beschwerden:

Unter Belastung bekomme ich wenig Luft. Die linke Schulter schmerzt. Ich kann den Arm nicht hochheben. Das linke Knie schmerzt.

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Medikamente: Euthyrox, Eliquis, Omeprazol, Candesarcomp, Spirolto, Aprednislon, Naprobene, Xatral,

Laufende Therapie: Physiotherapie

Hilfsmittel: 1 Unterarmstützkrücke

Sozialanamnese: Pens.

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

08/2017 Becken-CT beschreibt Coxarthrosezeichen links mehr als rechts bei Zustand nach Hüftpfannenbruch links

Internistischer Befund über Ergometrie, beschreibt als NB unauffällige ventilatorische Funktion

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: altersentsprechend, Ernährungszustand: adipös,

Größe: 180,00 cm, Gewicht: 93,00 kg, Blutdruck:

Klinischer Status - Fachstatus:

Knochenbau: normal, Haut und Schleimhäute: unauffällig

Hals: unauffällig, Pulse vorhanden, Venen nicht gestaut

Thorax: symmetrisch, elastisch, Lunge: sonorer Klopfschall, vesikuläres Atemgeräusch, die Atmung ist oberflächlich, Herz:

rhythmisch, rein.

Abdomen: Bauchdecken weich, kein Druckschmerz, kleiner Nabelbruch.

Obere Extremitäten:

Rechtshänder. Schultergürtel steht horizontal. Symmetrische Muskelverhältnisse.

Durchblutung und Sensibilität sind ungestört. Benützungszeichen sind seitengleich.

Linke Schulter: Druckschmerz über der Sehne der langen Bizepssehne. 0°-Abduktionstest und Außenrotation gegen Kraft sind links schmerzhaft.

Übrige Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Beweglichkeit:

Schultern S rechts 30-0-170, links 30-0-100. F rechts 170-0-50, links 90-0-30. Beim Nackengriff reicht rechts die Daumenkuppe bis C7, links die Hand mit Mühe zum

Hinterhaupt. Kreuzgriff rechts uneingeschränkt, links Daumenkuppe L2. Ellbogen,

Vorderarmdrehung, Handgelenke, Daumen und Langfinger sind seitengleich frei beweglich. Grob- und Spitzgriff sind uneingeschränkt durchführbar, der Faustschluss ist komplett.

rechts

Untere Extremitäten:

Der Barfußgang zeigt einen ausgeprägten Steppergang links. Zehenballstand links eingeschränkt, Fersenstand links nicht möglich, Einbeinstand ist links derzeit nicht möglich, rechts jeweils uneingeschränkt. Die tiefe Hocke ist 1/3 möglich. Die Beinachse ist im Lot.

Muskelverschmächtigung am linken Ober- und Unterschenkel. Beinlänge links +1 cm.

Durchblutung und Sensibilität sind ungestört. Fußsohlenbeschwielung ist links herabgesetzt.

Linke Hüfte: relativ frische etwa 30 cm lange Narbe bis zum Gesäß reichend. Kein Rüttel-, Stauchungs-, oder Extensionsschmerz.

Linkes Knie: Streckhemmung von 10°. Seitlich blasse alte Narben oberhalb vom

Kniegelenksspalt. Gering X-Fehlstellung. Keine vermehrte seitliche Aufklappbarkeit. Kein wesentlicher intraartikulärer Erguss. Kniescheibenbeweglichkeit ist deutlich eingeschränkt. Vorfußheberlähmung links.

Übrige Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Beweglichkeit:

Hüften S rechts 0-0-100, links 0-0-90. R (S 90°) rechts 15-0-30, links 15-0-10. Knie S rechts 0-0-140, links 0-10-125. Oberes Sprunggelenk aktiv rechts 15-0-40, links 0-20-30. Passiv links 0-0-35.

Wirbelsäule:

Schultergürtel ist horizontal. Der linke Beckenkamm steht etwa 1 cm höher. Zarte Ausgleichsskoliose an der Lendenwirbelsäule. Regelrechte Krümmungsverhältnisse. Die Rückenmuskulatur ist symmetrisch ausgebildet. Kein auffälliger Hartspann. Kein Druck- oder Klopfscherz. ISG und Ischiadicusdruckpunkte sind frei.

Beweglichkeit:

Halswirbelsäule: allseits 1/3 eingeschränkt.

Brustwirbelsäule/Lendenwirbelsäule: FBA 25. Seitwärtsneigen und Rotation jeweils endlagig eingeschränkt.

Gesamtmobilität - Gangbild:

Kommt in Turnschuhen zur Untersuchung, verwendet eine Unterarmstützkrücke rechts. Das Gangbild ist links hinkend, nicht auffällig verlangsamt. Aus- und Ankleiden wird im Stehen durchgeführt.

Status Psychicus: wach, Sprache unauffällig

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

Peronaeuslähmung links Wahl dieser Position mit dem oberen Rahmensatz, da komplett

04.05.13

40

2

Hüfttotalendoprothese links mit mäßiger Beweglichkeitseinschränkung Fixer Rahmensatz

02.05.09.

30

3

Kniegelenksarthrose links nach Schienbeinkopfbruch Fixer Rahmensatz

02.05.20.

30

4

Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule Oberer Rahmensatz dieser Position, da geringe Beweglichkeitseinschränkung

02.01.01.

20

5

Engpasssyndrom linke Schulter Fixer Rahmensatz

02.06.03.

20

6

Struma nach Teilentfernung der Schilddrüse Wahl dieser Position mit 1 Stufe über dem unteren Rahmensatz, da Dauermedikation erforderlich ist.

09.01.01.

20

7

Nabelbruch Wahl dieser Position mit dem unteren Rahmensatz, da nur geringe Funktionsbehinderung gegeben ist.

07.08.01.

10

Gesamtgrad der Behinderung

50 v.H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Das führende Leiden 1 wird durch Leiden 2 bis 7 um 1 Stufe erhöht, da der Gesamtzustand wesentlich negativ beeinflusst wird.

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

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Wesentliche Besserung von Leiden 1 nach Implantation einer Hüfttotalendoprothese links.

Begründung für die Änderung des Gesamtgrades der Behinderung:

Durch wesentliche Besserung von Leiden 1, Herabsetzung um 1 Stufe.

X Dauerzustand

....."

3. Mit Schreiben vom 14.12.2017 gab die belangte Behörde dem BF die Feststellung seines Gesamtgrades der Behinderung mit 50% samt Ausstellung des Behindertenpasses bekannt und schloss das eingeholte Sachverständigengutachten vom 24.11.2017 von Dr. XXXX an. In einem weiteren, mit 14.12.2017 datiertem Schreiben wurde dem BF der Behindertenpass im Scheckkartenformat mit dem Hinweis auf die sechswöchige Beschwerdefrist übermittelt.

4. Mit Schreiben vom 9.1.2018 erhob der BF Beschwerde. Begründend wurde vorgebracht, dass das eingeholte Sachverständigengutachten von Dr. XXXX unvollständig und daher nur bedingt verwertbar sei. Seit dem Vorgutachten vom 21.11.2013 habe sich die Bewegungseinschränkung seines Hüftgelenks verschlechtert. Er habe eine Totalendo-prothese bei der linken Hüfte im Oktober 2017 erhalten. Im Rahmen der Operation seien auch teilweise die Verkalkungsstrukturen am linken Hüftkopf und die alte Verschraubung reduziert bzw. entfernt worden. Trotz Besserung der beträchtlichen Bewegungs-einschränkung sei diese noch weiter vorhanden. Zur degenerativen Veränderung der unteren Lendenwirbelsäule in Verbindung mit der Beckenfehlstellung (ca. 7°) und der Beinverkürzung (ca. 2 cm) verwies der BF auf die damit verbundenen, erheblichen Schmerzen beim Stehen länger als 1 Minute. Dabei handle es sich um einen Dauerzustand. Dies sei vom Sachverständigen trotz Hinweis des BF außer Acht gelassen worden. Auf diese Fehlstellung verbunden mit einer unterschiedlichen Belastung der unteren Extremitäten, die sich in der unterschiedlichen Fußsohlenbeschielung gezeigt habe, sei der Sachverständige nicht eingegangen.

Außer Acht sei auch die beidseitige Lungenembolie des BF gelassen worden, die negative Begleiterscheinungen mit sich gebracht habe. Der BF habe darauf hingewiesen, trotz medikamentöser Behandlung selbst bei geringer Belastung weniger Luft zu bekommen, worauf auf Kurzatmigkeit geschlossen worden sei. Der Befund von Dr. XXXX belege eine COPD II, die in der Regel mit einer arteriellen Hypertonie verbunden sei. Der BF konsumiere diesbezüglich Medikamente, was vom Sachverständigen unberücksichtigt geblieben sei. Dr. XXXX habe auch Hiatushernie/GERD beim BF diagnostiziert. Damit sei die Reflux-Erkrankung verbunden. Der BF müsse eine Diät einhalten und Medikamente einnehmen. Darauf sei der beigezogene Sachverständige ebenso wenig eingegangen.

Der BF leide auch an einer Hyperurikämie mit einem erhöhten Harnsäurespiegel - Stadium III - mit einer chronischen Niereninsuffizienz und nachgewiesenen beidseitigen Nierenzysten. Trotz medikamentöser Behandlung liege der Harnsäurespiegel über dem zulässigen Wert. Die Gehstrecke sei für den BF dadurch verkürzt, da es zu einer schubartigen, unvorhersehbaren plötzlichen unaufschiebbaren Inkontinenz komme, die medikamentös behandelt werde. Eine Benützung öffentlicher Verkehrsmittel sei nicht möglich. Dies sei vom Sachverständigen ignoriert worden. Dies gelte auch für die offensichtliche Polyneuropathie des BF, die sich besonders bei der linken unteren Extremität zeige. Die Ursache dafür sei bisher ungeklärt.

Die bei der persönlichen Untersuchung getragenen Turnschuhe seien darauf zurückzuführen, dass der BF an diesem Tag unter angeschwollenen Beinen gelitten habe und daher nur auf dieses Schuhwerk zurückgreifen habe können. Dies sei vom Sachverständigen nicht hinterfragt worden.

Das gegenständliche Sachverständigengutachten könne keine taugliche Beurteilungsgrundlage bilden, sodass die

Einholung eines weiteren medizinischen Sachverständigengutachtens beantragt werde. Zur Bemessung des Grades der Behinderung wurde weiter vorgebracht, dass wesentliche Erkrankungen des BF unberücksichtigt geblieben seien. Beim BF sei sogar eine Totallähmung des Peronaeus eingetreten, was sich beim Gehen auswirke. Auch wenn die Totalendoprothese eine Besserung mit sich gebracht habe, liege nach wie vor eine Verkalkung vor und seien alte Verschraubung vorhanden, die zu Einschränkungen und Schmerzen führen würden. Es sei auch der trotz medikamentöser Behandlung vorliegende Schmerzzustand des BF zu berücksichtigen. Es werde eine mündliche Verhandlung beantragt sowie der belangten Behörde den Ersatz der Verfahrenskosten aufzuerlegen.

5. Die belangte Behörde holte ein weiteres medizinisches Sachverständigengutachten ein. Der Sachverständige Dr. XXXX , Arzt für Allgemeinmedizin, führte auf Basis einer persönlichen Untersuchung des BF im Gutachten vom 12.3.2018 auszugsweise Nachfolgendes aus:

"……

Anamnese:

Vorgeschichte - siehe Vorgutachten

Lungenfacharzt Dr. XXXX 5.9.2017:

St.p. PE bds peripher OL und UL, COPD II, Hiatushemie/GERD;

St.p.Hemithyreoidektomie Dr. XXXX 21.6.2016:

Echokardiographie: systolisch gute LVF, Zeichen einer frühdiastolischen

Relaxationsstörung, keine regionalen Wandbewegungsstörungen, geringe MI - nicht relevant.

Ergometrie: 93 % des zu erwartenden Sollwertes, Abbruch wegen allgemeiner Erschöpfung - kein Hw. auf klnisch relevante KHK

Hüft-TEP links 10/2017

Derzeitige Beschwerden:

Schmerzen li Hüfte und li Knie, Missempfindungen in den Waden in Ruhe (v.a. in der Nacht) - deshalb wurde nun eine Restextherapie etabliert.

Behandlung(en)/Medikamente/Hilfsmittel: Euthyrox, Omeprazol, Allopurinol, Eliquis, Candesarcomp 8/12,5, Naprobene, Spiolto Respimat, Inkontan, Xatral, Restex. Eine Peronaeusschiene wird nicht getragen.

Sozialanamnese: pensionierter Bausachverständiger

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

siehe Anamnese - ein urologischer Befundbericht liegt nicht vor

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: gut; Ernährungszustand: überernährt; Größe: 180,00 cm; Gewicht: 93,00 kg, Blutdruck: 149/89

Klinischer Status - Fachstatus:

Rechtshänder, Herz und Lungen auskultatorisch frei, HWS: F 25-0-25, R 70-0-70.

übrige WS: Beckenschiefstand, Seitneigen 1/3 eingeschränkt, Rotation nur diskret endlagig eingeschränkt, FBA 23cm, Lasegue bds. negativ.

OE: mehrere, teils flächige Narben linker Oberarm (nach Verkehrsunfall)

li Schulter: Abduktion 90°, R fast 1/2 eingeschränkt,

UE: li Hüfte: blande OP-Narbe vom li Becken über die linke Hüfte ziehend, S 0-0-90, R 25-0-10; li Knie: S 0-5-125, kein Erguss, bandfest, leichtes Krepitieren, Zohlenzeichen positiv.

das linke Bein ist um ca. 1,5cm länger

Schwäche der Vorfußhebung (KG 3/5), Großzehenhebung kräftig,

Fußpulse bds. tastbar, keine Ödeme,

Abdomen weich, Nabelbruch mit Druckschmerz,

Gesamtmobilität - Gangbild: Gangbild: flüssig, normales Tempo, links hinkend bedingt durch leichten Steppergang. Eine Gehhilfe ist nicht erforderlich.

Einbeinstand bds. durchführbar, Zehenstand bds. durchführbar, Fersenstand links eingeschränkt.

Status Psychicus: allseits voll orientiert, Auffassung, Konzentration und Merkfähigkeit nicht beeinträchtigt, Stimmung ausgeglichen, Gedankengang geordnet und zielführend.

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

Aufbrauchzeichen im Bewegungs- und Stützapparat, Zustand nach Hüftgelenksersatz links 10/2017 bei Zustand nach Acetabulumfraktur 1987, Engpasssyndrom linke Schulter. Oberer Rahmensatz bei mäßig- bis mittelgradiger Funktionsminderung

02.02.02

40

2

Peronaeusschwäche links 1 Stufe unter oberem Rahmensatz, da kein Fallfuß vorliegt und ein Kraftgrad von 3/5 ausgeübt werden kann.

04.05.13.

30

3

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Zustand nach Lungenembolie beidseits Unterer Rahmensatz, da unter laufender inhalativer Therapie stabil. Eine laufende Antikoagulation ist hier mitberücksichtigt.

06.06.02.

30

4

Struma nach Teilentfernung der Schilddrüse 1 Stufe über unterem Rahmensatz bei problemloser Substitutionstherapie

09.01.01.

20

5

Nabelbruch 1 Stufe über unterem Rahmensatz, da druckdolent und nicht zur Gänze reponierbar.

07.08.01.

20

6

Bluthochdruck Fixer Rahmensatz

05.01.01.

10

7

gastroösophageale Refluxsymptomatik bei Hiatushernie Unterer Rahmensatz, da unter medikamentöser Therapie weitgehend beschwerdefrei.

07.03.05.

10

Gesamtgrad der Behinderung

50 v.H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Das führende Leiden 1 wird durch die Leiden 2 und 3 um 1 Stufe erhöht, da eine ungünstige wechselseitige Leidensbeeinflussung zwischen Leiden 2 und dem führenden Leiden vorliegt und ein relevantes Lungenleiden vorliegt, welches allerdings im Alltag keine wesentliche Beeinträchtigung darstellt. Leiden 4 bis 7 erhöhen nicht, weil sie keine maßgebliche funktionelle Beeinträchtigung verursachen, die das Gesamtbild wesentlich negativ beeinflussen könnten.

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

eine mögliche Niereninsuffizienz lässt sich ohne Laborbefunde nicht einschätzen.

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Zusammenfassung der Leiden betreffend den Bewegungs- und Stützapparat, Herabsetzung der Peronaeusparese, da KG 3/5 erhalten. Neu anerkannt wird eine COPD, ein Zustand nach Lungenemolie, eine Hypertonie und eine Refluxsymptomatik.

Begründung für die Änderung des Gesamtgrades der Behinderung:

Der Gesamt-GdB bleibt unverändert bei 50vH.

X Dauerzustand

....."

6. Mit Beschwerdevorentscheidung vom 6.4.2018 wurde die Beschwerde des BF betreffend den Antrag auf Neufestsetzung des Grades der Behinderung abgewiesen und ausgesprochen, dass mit einem Grad der Behinderung von 50% keine Veränderung des bisherigen Grades der Behinderung eingetreten sei. Die belangte Behörde stützte sich auf das angeschlossene, eingeholte medizinische Gutachten von Dr. XXXX , das einen Bestandteil der Bescheidbegründung bilden würde.

7. Mit Vorlageantrag vom 17.4.2018 brachte der BF zur Neubemessung des Grades der Behinderung gestützt auf sein bisheriges Vorbringen in der Beschwerde vom 9.1.2018 vor, dass trotz erfolgter Hinweise auf wesentliche Erkrankungen diese bei der durchgeführten Begutachtung unberücksichtigt geblieben seien, die seinen Gesamtzustand wesentlich negativ beeinflussen würden. Die totale Lähmung des Peronaeus wirke sich beim Gehen aus und führe vermehrt zum Sturz, sodass von keiner Verbesserung auszugehen sei. Trotz Totalendoprothese sei lediglich eine leichte Besserung eingetreten. Die weiter beeinflussenden Erkrankungen seien bei der Neubemessung einzubeziehen. Trotz ordnungsgemäßer medikamentöser Therapie würden immer wieder leichte bis schwere oft plötzliche Schmerzen auftreten. Der BF beantragt die Neubemessung seines Grades der Behinderung sowie die Durchführung einer mündlichen Verhandlung und den Ersatz der Verfahrenskosten. Es sei die mittlerweile sich verstärkte chronische Niereninsuffizienz, die markante Verschlechterung der unteren Extremitäten im Bereich des linken Knies sowie der oberen Extremitäten im Bereich der linken Schulter nicht berücksichtigt worden. Es verwundere, dass ein Gutachten innerhalb von 10-15 Minuten erstellt werden könne. Dabei würde nur der momentane Gesundheitszustand des BF, nicht jedoch die Auswirkungen auf langfristige und lebenslange Lebensführung und

Lebensqualität berücksichtigt. Das eingeholte Gutachten vom 12.3.2018 vermittle den Eindruck, der BF wäre mehr oder mindert kerngesund. Dies treffe insbesondere auf die unteren und oberen Extremitäten und die Lendenwirbelsäule zu. Der BF verwies dazu auf die beiliegenden Befunde zu den Extremitäten und der Lendenwirbelsäule. Wegen der Schmerzen sei eine Gehhilfe erforderlich. Dem Vorlageantrag angeschlossen waren mit Befunden von Dr. XXXX , FA für Radiologie insbesondere zur Lendenwirbelsäule und zum rechten Kniegelenk.

8. Die belangte Behörde legte den Beschwerdeakt am 26.4.2018 zur Entscheidung vor. Das Bundesverwaltungsgericht holte auf Grund des Vorbringens des BF ein weiteres medizinisches Sachverständigengutachten von Dr. XXXX , FÄ für Innere Medizin und Rheumatologie, ein. Basierend auf einer persönlichen Untersuchung des BF wurde im Gutachten vom 23.8.2018 Nachfolgendes auszugsweise ausgeführt:

"……

Anamnese:

Es wurden im Vorfeld bereits 3 Gutachten erstellt:

Vorgutachten 21.11.2013, Dr. XXXX , FA für Orthopädie GdB 60%, keine Unzumutbarkeit

Gutachten: Dr. XXXX , FA für Unfallchirurgie/Allgemeinmedizin 23.11.2017, GdB 50v.H., keine Unzumutbarkeit

Gutachten: Dr. XXXX , Allgemeinmedizin 12.03.2018, keine Unzumutbarkeit

Med. Anamnese:

1987 Verkehrsunfall mit Luxationsfraktur des Acetabulums links - operative Versorgung, Schienbeinkopffraktur - operative Versorgung Osteochondrose L5/S1

Peronaeusparese links

Struma nodosa bei Zustand nach Strumektomie, Nabelhernie

01/2017 Zustand nach Lungeninfarkt

10/2017 St. p Hüfttotalendoprothese links

COPD II

Hiatushernie/GERD

Hypertonie, Hyperurikämie

Prostatahyperplasie bei erhöhtem PSA

Derzeitige Beschwerden:

Im Vordergrund der Begutachtung wird eine zunehmende Atemnot bei vorgenannter COPD II beschrieben. Zunehmend diese vor allem bei Belastung und unter Anstrengung, geringe Sprechdyspnoe in Ruhe.

Schmerzen werden vor allem in der LWS und im rechten und linken Knie angegeben - zunehmend unter Belastung, seit kurzen wird ein Genotrain getragen.

Behandlung/en/Medikamente/Hilfsmittel:

Omeprazol, Ehthyrox, Eliquis, Candesarcomp, Allopurinol, Spirolot Respimat, Diciofenac, Restex, Xatral, Alna

Bandage: Genotrain links

Sozialanamnese:

pensionierter Bausachverständiger

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

1. 22.01.2018: RÖ der Lendenwirbelsäule: degenerative Veränderungen LWK5/ SWK1 (Osteochondrosen), v.a. Deckplattenimpressionen des 1. und 2. Lendenwirbelkörpers, ausgeprägtes Baastrupphänomen LWK 3 und SWK 1, geringer LWK 2 und 3

2. RÖ Befund 12.02.2018: re. und li. Knie ap und seitl.: rechts:

Femoropatellararthrosen, Gelenksspaltverschmälerung bei med. betonter Gonarthrose, linkes Knie Osteosynthesematerial, osteophytäre Anbauten an Femur und Tibia, Gelenks-spaltverschmälerung medial und lateral bei mäßiger Gonarthrose

3. Befund CT des Beckens, 04.08.2017: drei Metallschrauben links; acetabulär in situ, längere Schraube verläuft durch den Gelenksspalt, diffuse Weichteilverkalkung, Coxarthrose re > li, deg. Veränderungen der mitabgebildeten LWS.

4. Befundbericht Dr. XXXX , 21.06.2016: DIAGNOSEN: art. Hypertonie, Übergewicht, Intimamediadickezunahme am Busbus bds., Struma nodosa -St.p. SE - Euthyreose, Steatosis hepatis, kleiner Gallenblasenpolyp, Parenchymcyste linke Niere,

Prostatahyperplasie, PSA Erhöhung,

gastroösophageale Refluxkrankheit st.p. Arthritis urica

5. Arztbrief KH Kittsee, 19.01.2017:

Diagnosen: Pulmonalembolie, Hypothyreose substituiert, Pneumonie

6. Befund vom Lungenfacharzt, Dr. XXXX , 05.09.2017: St.p. PE bds. peripherer OL und UL, COPD II, Unverträglichkeit inhalativer Steroide, Hiatushernie/GERD, St.p. Hemithyreoidektoie

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: normal, Ernährungszustand: normal, Größe: 180cm,

Gewicht: 91kg, Blutdruck: 145/76,

Klinischer Status - Fachstatus:

Kopf frei beweglich, Hirnnervenaustrittspunkte frei,

Hörvermögen gut, Sehvermögen korrigiert, Hals: keine vergrößerten Lymphknoten tastbar, Schilddrüse schluckverschieblich,

Herz: Herztöne rhythmisch, rein, normofrequent,

Lunge: Vesiculäratmen, keine Rasselgeräusche, tachypnoe Lungenbasen verschieblich

Bauch: weich, kein Druckschmerz, keine Abwehrspannung,

Leber und Milz nicht tastbar,

Wirbelsäule: klopfdolent, Seitwärtsneigung 10-0-20

OE:

Schulter: frei beweglich, Nacken und Schürzengriff re. gut möglich, li. möglich E O und Handgelenke: frei beweglich

Finger: frei beweglich, Veränderungen im Sinne von Polyarthrosen

UE:

Hüfte: wesentlich schmerzhafte Bewegungseinschränkung li> re

Knie: schmerzhafte Bewegungseinschränkung li > re., Bandinstabilität li> le

OSG und Vorfüße: frei beweglich

USCH und Vorfüsse: Herabgesetzte Sensibilität

Gesamtmobilität - Gangbild:

feste Schuhe werden getragen, Pat. geht sehr breitbeinig, Verdacht auf Steppergang (Peronäuslähmung) langsam, Schmerzen auch im Sitzen vor allem in der LWS, Lagewechsel nur mit Unterstützung möglich (anhalten am Tisch und es bedarf einiger Zeit damit sich der Pat. aus dem Sitzen aufrichten kann)

Status Psychicus: unauffällig

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

1. Aufbrauchzeichen des Stütz- und Bewegungsapparat, Zustand nach Hüftgelenksersatz links 10/2017 bei Zustand

nach Acetabulumfraktur 1937, Engpasssyndrom der Schulter links, Abnützung im Kniegelenk beidseitig mit Bandinstabilität. 02 02.03. 50 %

Unterer Rahmensatz bei deutlicher Abnützung im Bereich des Bewegungsapparates mit Funktionseinschränkung und laufend notwendiger medikamentöser

Schmerztherapie 2. Peronäusschwäche links 04.05.13 30%

Eine Stufe unter dem oberen Rahmensatz, da kein Fallfuß vorliegt und ein Kraft -grad 3/5 ausgeübt werden kann.

3. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Zustand nach Lungenembolie beidseitig 06.06.02. 40%

Oberer Rahmensatz, da unter zunehmender Luftnot bei Belastung, Unverträglichkeit der medikamentösen Therapie - daher therapeutische Limitation gegeben.

4. Struma nach Teilentfernung der Schilddrüse 09.01.01. 20%

Eine Stufe über dem unteren Rahmensatz bei problemloser Substitutionstherapie

5. Nabelbruch 07.08.01. 20% Eine Stufe über dem unteren Rahmensatz, da druckdolent und nicht zur Gänze reponierbar.

6. Bluthochdruck 05.01.02. 20%

Fixer Richtsatz bei oraler Mehrfachmedikation

7. Gastroösophagealer Refluxsymptomatik bei Hiatushernie 07.03.05. 10%

Unterer Rahmensatz da unter medikamentöser Therapie weitgehend beschwerdefrei.

8. Steatosis Hepatis, Leberverfettung 07.05.03. 10%

Unterer Rahmensatz, da ohne Komplikationen Gesamtgrad der Behinderung 60%

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Das führende Leiden 1 wird aufgrund funktioneller Relevanz der Leiden 2 -7 um eine Stufe erhöht. Das Leiden 8 erhöht bei zu geringer funktioneller Relevanz nicht weiter.

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten vom 12.03.2018:

Erhöhung von Leiden 1 aufgrund der zunehmenden Funktionseinschränkung (Unterstützung im Kniebereich durch Genotrain). Im Vergleich zum Vorgutachten auffallend ist eine zunehmende Atemnot unter Belastung somit eine höhere Beurteilung des Leidens 3.

Erhöhung von Leiden 6 aufgrund der Einnahme eines Kombinationspräparates und somit Mehrfachtherapie.

Neu aufgenommen Leiden 8 - hier erstmals berücksichtigt.

Die übrigen Leiden wurden idem im Vergleich zum Vorgutachten eingeschätzt, da keine weitere Gesundheitseinschränkung festgestellt werden konnte.

Dauerzustand; eine Nachuntersuchung ist derzeit nicht indiziert, da keine wesentliche Verbesserung der Erkrankung zu erwarten ist.

Stellungnahme zu den Einwendungen des Antragstellers

ad 1.) Aufgrund der körperlichen Untersuchung und den abgebildeten Veränderungen in den RÖ Bildern wird eine höhere Einschätzung des Leiden 1 vorgenommen. Es besteht eine wesentliche Funktionseinschränkung (verbreitertes Gangbild, dauerhafter Schmerzzustand, abgebildet in einer andauernd notwendigen Schmerztherapie und tragen eines Genotrain bei Bandinstabilität im Kniegelenk). Zusätzlich bestehen Veränderungen in der Wirbelsäule (bilddokumentiert), die die Funktionseinschränkung unterstützen - weitere Hilfsmittel wurden zur Zeit noch nicht verwendet.

ad 2.) Die Pulmonalembolie per se ist abgeheilt, allerdings seither dauerhafte Blutverdünnung (Eliquis). Die Atemnot besteht aufgrund der bekannten chronisch obstruktiven Lungenerkrankung, wo inhalative Medikamente schlecht vertragen werden (Foster, Spiriya, Berodual wurden bereits verordnet und wegen Unverträglichkeit beendet, derzeit

Therapieversuch mit Spiolto Respimat). Die Atemnot vor allem unter Belastung auftretend, allerdings hier auch geringe Atemnot in Ruhe (während der Untersuchung nach nur kurzer Gehstrecke = ca 20 m Ganglänge und Gehweg in die Ordination).

ad 3.) der Bluthochdruck wurde bereits im Vorgutachten berücksichtigt und wird hier aufgrund einer Kombinationstherapie (Candesarcomp) beurteilt.

ad 4.) Die Hiatushernie/GERD wurde im Leiden 7 abgebildet. Das Leiden unter medika-mentöser Dauertherapie stabil und keine rezente Gastroskopie beigebracht. Somit beurteilt im unteren Rahmensatz, da keine wesentliche Funktionseinschränkung daraus resultiert, Schleimhautveränderungen sind nicht beurteilbar ohne invasive Untersuchung.

ad 5.) Die Hyperurikämie (Gichtanfall) derzeit nicht darstellbar - eine Laborveränderung per se auch wenn unter med. Therapie stellt keine Funktionseinschränkung dar. Die abgebildeten Gelenke (Rö, CT) geben keinen Hinweis für abgelaufenen Gichtanfälle, die Untersuchung im Rahmen dieses Gutachtens unauffällig. Eine Hyperurikämie verursacht keine Inkontinenz. Aufgrund fehlender fachärztlicher Befunde kann hier keine Aussage getroffen werden.

Im Arztbrief Dr. XXXX vom 19.01.2017 wird eine Vergrößerung der Prostata in den Diagnosen angeführt mit Erhöhung des laborchemischen Wertes der Prostata (PSA) - hier keine weiterführende Abklärung ersichtlich und kann somit in die Funktionsbeurteilung nicht mit aufgenommen werden.

ad 6.) Die Peronäusschwäche wurde abgebildet im Leiden 2. Hier keine fachärztlichen Befunde zur weiterführenden Beurteilung vorliegend - ob eine partielle oder vollständig Lähmung besteht, müsste von einem FA für Neurologie verifiziert werden. Die Polyneuropathie kann hier nicht berücksichtigt werden, da neurologische fachärztliche Befunde sowie Nervenleitgeschwindigkeitsmessungen fehlen.

ad 7.) Eine isolierte Nierenparenchymcyste führt zu keiner Funktionseinschränkung und stellt auch keinen weiterführenden Krankheitswert dar. Es kommt dadurch auch nicht zwingend zu einer Veränderung der Nierenfunktionsparameter. Eine entsprechende Diagnostik nicht ersichtlich.

....."

9. Das eingeholte Gutachten vom 23.8.2018 wurde dem Parteiengehör unterzogen. Der BF brachte vor, dass sich sein Gesundheitszustand mittlerweile seit der Begutachtung am 23.8.2018 vor mehreren Monaten zu einzelnen Leiden zum Teil erheblich verschlechtert habe. Er halte sein bisheriges Vorbringen aufrecht. Zum Gutachten vom 23.8.2018 verweise er auf die Schmerzzustände, die sich verschlechtert und vermehrt hätten. Die Schmerztherapie zu NSAR bzw. NSAID-Präparaten müsse altersbedingt und wegen des Blutdrucks, der Magen- und Darmbeschwerden abgesetzt und auf Procain Infusionstherapie in Verbindung mit Analgetika und gering dosierte NSAR-Zugabe bis auf Weiteres (3x wöchentlich) umgestellt werden. Die steigenden Schmerzen in den Kniegelenken seien zunächst mit physiotherapeutischen Maßnahmen behandelt worden, die nicht erfolgreich gewesen wären. Nach einer Untersuchung habe sich herausgestellt, dass am rechten Knie eine mässige Gonarthrose und am linken Knie eine starke Gonarthrose und Chondropathie (vermutlich IV. Grades) bestehe und eine Läsion der Menisci vorliege. Vor einer empfohlenen Operation sollen noch weitere Untersuchungen in einer Spezialklink Mitte Dezember erfolgen, um die Möglichkeit einer Chondropathie-Behandlung und damit eine Operation zu verhindern bzw. auf das Notwendigste einzuschränken. Die Therapieversuche mit Spirolto Respimat sei mittlerweile auf Grund auftretender Probleme bzw. Nebenwirkungen eingeschränkt worden. Andere erfolgreiche Therapien sei bisher nicht gefunden worden. Es käme daher öfter zu erhöhter Atemnot unter Normalbedingung und besonders unter Belastung. Der BF sei auch nicht im Zuge der Begutachtung zur Vergrößerung der Prostata und der PSA-Werte befragt worden. Der BF hätte diesfalls darauf hingewiesen, dass die weitere Behandlung seines Leidens entsprechend der ärztlichen Empfehlung erfolgt sei. Auf Grund des Ansteigens der PSA-Werte sei im Sommer 2018 eine MRT der Prostata durchgeführt worden und habe wegen der Vergrößerung der Prostata das Vorliegen eines klinisch signifikanten Karzinoms nicht ausgeschlossen werden können. Geplant sei eine Punktation, um einen klaren Befund zur Therapie zu erhalten. Dies hätte von der Sachverständigen sehr wohl in der Folge in den Befund aufgenommen werden können.

Darüber hinaus vertrete der BF, der als öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für Bauwesen tätig gewesen, die Meinung, dass die Sachverständige - aufgrund ihres öffentlich zugänglichen Berufsprofils ersichtlich - seit 1.4.2015 Chefärztin des Sozialministeriumsservice und auf der Gehaltsliste der belangten Behörde angesiedelt sei. Es

werde zwar die berufliche Qualifikation der Sachverständigen nicht angezweifelt. Sie stehe jedoch in direkter Geschäftsbeziehung mit der belangten Behörde. Die Bedenken zu einer relevanten Befangenheit und fehlenden Neutralität, sowie Objektivität und Unabhängigkeit im gegenständlichen Gutachtensfall könnten daher nicht gänzlich ausgeräumt werden. Ein neutraler Sachverständiger ohne Verbindung und Bezug zu einer beteiligten Partei wäre angebracht. Der BF sei auch darüber im Vorfeld nicht befragt worden. Der BF halte seine Anträge aus dem Vorlageantrag aufrecht und begehre auch den Ersatz der ihm entstandenen Verfahrenskosten im gesetzlichen Ausmaß binnen zwei Wochen bei sonstiger Exekution durch den Rechtsträger der belangten Behörde.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1. Feststellungen:

1.1. Bei einem Verkehrsunfall 1987 erlitt der BF eine Luxationsfraktur des Acetabulums links und eine Schienbeinkopffraktur. Die Verletzungen wurden operativ versorgt. Als Folgeverletzung trug der BF eine Peroneuslähmung links davon. In Deutschland wurde dem BF 2013 ein befristeter Behindertenausweis mit einem Grad der Behinderung von 50% ausgestellt.

1.2. Auf Grund seines Antrags auf Ausstellung eines Behindertenpasses in Österreich wurde dem BF mit 14.1.2014 ein unbefristeter Behindertenpass mit einem Gesamtgrad der Behinderung von 60 % ausgestellt. Dieser basierte auf dem eingeholten medizinischen Sachverständigengutachten von Dr. XXXX , FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 21.11.2013, in dem die folgenden Leiden des BF berücksichtigt wurden: 1. Arthrose des Hüftgelenks links nach Gelenkspfannenbruch 1987 (Pos.Nr. 02.05.11 - GdB 50%), 2. Lähmung des Fußhebernerves links (Pos.Nr. 04.05.13. - GdB 40%), 3. Arthrose des Kniegelenks links bei Zustand nach Schienbeinkopfbruch (Pos.Nr. 02.05.20. - GdB 30%), 4. Degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule (Pos.Nr. 02.01.01. - GdB 20%), 5. Engpasssyndrom des linken Schultergelenks (Pos.Nr. 02.06.03. - GdB 20%), 6. Struma bei Zustand nach Teilentfernung der Schilddrüse (Pos.Nr. 09.01.01. GdB 20%) und 7. Nabelbruch (Pos.Nr. 07.08.01. - GdB 10%). Das führende Leiden 1 wurde durch die Leiden 2 bis 7 um eine Stufe erhöht, da der Gesamtzustand wesentlich negativ beeinflusst wurde.

1.3. Im Jahr 2017 erlitt der BF eine Lungenembolie und erhielt eine Hüfttotalendoprothese links. Der BF beantragte in der Folge die Neufestsetzung seines Grades der Behinderung am 21.9.2017. Auf Grund des Neufestsetzungsantrages des BF vom 21.9.2017 wurde ein medizinisches Sachverständigengutachten von Dr. XXXX eingeholt. In diesem wurde eine Gesamtgrad der Behinderung von 50 % ermittelt.

Dieser beruhte auf folgenden Leiden: 1. Peronaeuslähmung links (Pos.Nr. 04.05.13. - GdB 40%), 2. Hüfttotalendoprothese links mit mäßiger Beweglichkeitseinschränkung (Pos.Nr. 02.05.09. - GdB 30%),

3. Kniegelenksarthrose links nach Schienbeinkopfbruch (Pos.Nr. 02.05.20. - GdB 30%), 4. Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule (Pos.Nr. 02.01.01. - GdB 20%), 5. Engpasssyndrom linke Schulter (Pos.Nr. 02.06.03. - GdB 20%), 6. Struma nach Teilentfernung der Sc

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

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