

TE Bvg Erkenntnis 2021/12/9 W217 2236513-1

JUSLINE Entscheidung

⌚ Veröffentlicht am 09.12.2021

Entscheidungsdatum

09.12.2021

Norm

BBG §40

BBG §41

BBG §42

BBG §45

B-VG Art133 Abs4

Spruch

W217 2236513-1/17E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Julia STIEFELMEYER als Vorsitzende und die Richterin Mag. Ulrike LECHNER LL.M. sowie den fachkundigen Laienrichter Franz GROSCHAN als Beisitzer über die Beschwerde von em.-Prof. XXXX MBA MPA LL.M., geb. XXXX, gegen den als Bescheid geltenden Behindertenpass des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 15.09.2020, OB: XXXX, nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung, zu Recht erkannt:

A)

Der Beschwerde, soweit sie gegen die Nichtberücksichtigung der Zusatzeintragung „Der Inhaber/die Inhaberin dieses Passes ist Träger/in von Osteosynthesematerial“ gerichtet ist, wird stattgegeben. Die Zusatzeintragung „Der Inhaber/die Inhaberin dieses Passes ist Träger von Osteosynthesematerial“ ist in den Behindertenpass vorzunehmen.

Die Beschwerde, gerichtet gegen die Höhe des Grades der Behinderung, wird als unbegründet abgewiesen.

B)

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

Text

Entscheidungsgründe:

I. Verfahrensgang:

1. Herr em.-Prof. Mag. Dr. XXXX, MBA MPA LL.M. (in der Folge: „BF“) ist Inhaber eines Behindertenpasses mit einem festgestellten Gesamtgrad der Behinderung von 60%. Am 10.01.2019 beantragte der BF beim Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen (Kurzbezeichnung: Sozialministeriumservice; in der Folge belangte Behörde genannt) einlangend unter Vorlage eines Befundkonvolutes die Neufestsetzung des Grades der Behinderung, die Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel aufgrund einer Behinderung“ sowie die Ausstellung eines Parkausweises gemäß § 29b Straßenverkehrsordnung.

Unter anderem legte er folgendes fachärztliche Gutachten vom 15.01.2019 von Dr. XXXX, Facharzt für Unfallchirurgie, gerichtlich beeideter Sachverständiger, vor:

„Fragestellung:

- Beurteilung der MdE entsprechend den Richtlinien des Bundessozialamtes (§7 KOVG 1957)
- Beurteilung Über die Notwendigkeit einer Berechtigung zur Benutzung von Behindertenparkplätzen §29b StVO)

Unterlagen:

- Gesamtbehandlungsbericht Landesklinik XXXX
- Diverse MRT-Bilder und CT-Bilder und Röntgenbilder in digitaler Form mit Befundung
- Gesamtbehandlungsbericht XXXX
- Behandlungsbericht Rehabilitationszentrum XXXX
- Eigene klinische Untersuchung am 14.01.2019

Diagnosen (aus orthopädischer Sicht):

- Instabile, symptomatische Spondylolisthese L5/S1
- Discusprolaps L4/L5
- Radikulopathie L5 rechts
- Symptomatische Sacroiliacalgelenksarthrose beidseits
- Coxarthrose beidseits
- Incipiente Gonarthrose beidseits
- Posttraumatische OSG-Arthrose links
- Massiver Hallux rigidus links / Hallux rigidus rechts
- (Rheumatoide) Heberden- und Bouchart-Arthrosen beidseits
- Degenerationen der HWS — Progredientes Cervicalsyndrom
- Radikulopathie C6 links
- Symptomatische TFCC-Läsion linkes Handgelenk

Diagnosen (aus internistischer/neurologischer Sicht):

- Coronare Herzerkrankung / 4fach Stent
- Refluxösophagitis (Zustand nach Ulcerus ventr.)
- Arterielle Hypertonie
- Orale Antikoagulation
- NLG-verifizierte Polyneuropathie beide untere Extremitäten (unklarer Genese)
- D.M. Typ 2 (Medikamentenpflichtig)

Orthopädischer Status:

Lokalstatus Wirbelsäule:

Es zeigt sich eine fortgeschrittene Bewegungseinschränkung im unteren HWS-Bereich, im Bereich der unteren BWS und im gesamten LWS-Bereich.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung findet sich eine ausgeprägte Klinik bei L5/S1 und eine persistierende Radikulopathie L5 rechts mit positivem Laseguettest und typischen Gefühlsstörungen an der Oberschenkelaußenseite.

Beide Sacroiliacgelenke sind druckempfindlich.

Der Fingerkuppenbodenabstand beträgt 50 cm.

Lokalstatus untere Extremitäten:

Bewegungsumfang: Rechts: Links:

Hüftgelenk: 0-0-90° 0-0-90°

Kniegelenk: 0-0-110° 0-0-110°

Sprunggelenk: 20-0-40° 20-0-40°

Die tiefe Hocke ist nur angedeutet möglich.

Fersengang und Zehengang können unzureichend demonstriert werden.

Es zeigt sich eine hochgradige Bewegungseinschränkung beider Großzehengrundgelenke mit linksseitiger Betonung - kausal zu einer ausgeprägten Arthrose (Hallux rigidus).

Lokalstatus obere Extremitäten:

Bewegungsumfang: Rechts: Links:

Abduktion Schulter: 150° 150°

Anteversion Schulter: 140° 140°

Ellenbogen: 0-0-140° 0-0-140°

Handgelenk: 60-0-70° 20-0-40°

Lokalstatus linkes Handgelenk:

Es zeigt sich eine reproduzierbare Klinik im ulnaren Kompartiment — kausal zu einer MRT-verifizierten TFCC-Läsion.

Zusammenfassend besteht aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht eine hochgradige funktionelle Beeinträchtigung von Seiten der gesamten Wirbelsäule und der unteren Extremitäten.

Auch unter optimalen therapeutischen Bedingungen wird eine Besserung dieser Funktionsstörungen nicht zu erwarten sein.

Beurteilung der MdE entsprechend den Richtlinien des Bundessozialamtes (§ 7 KOVG 1957)

Zumindest aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht beträgt die MdE entsprechend den Richtlinien des Bundessozialamtes

70 % (von 100)

auf Dauer.

Empfehlenswert sind Fachgutachten aus dem Gebiet:

- Innere Medizin
- Neurologie

Beurteilung über die Notwendigkeit einer Berechtigung zur Benutzung von Behindertenparkplätzen §29b StVO)

Die Benutzung Öffentlicher Verkehrsmittel ist nicht zumutbar.

Eine Berechtigung zur Benutzung von Behindertenparkplätzen §29b StVO) ist im konkreten Fall gerechtfertigt.“

2. Die belangte Behörde holte in der Folge folgendes Sachverständigengutachten von Frau Dr. XXXX , Ärztin für Allgemeinmedizin, ein. Diese hält in ihrem Sachverständigengutachten vom 04.03.2019, basierend auf der persönlichen Begutachtung des BF, Folgendes fest:

„Anamnese:

siehe auch VGA vom 30.01.2013 Degenerative Wirbelsäulenveränderungen 40%, Cervikolumbalsyndrom mit Punktum maximum L5-S1 rechts 30%, Degenerative und posttraumtische Gelenksveränderungen 20%, Diabetes Mellitus 20%, Bluthochdruck 10%, Belastungsreaktion 10%, Gesamt-GdB 50%

Siehe auch VGA vom 13.02.2015

Ablehnung bezüglich der Unzumutbarkeit der öffentlichen Verkehrsmittel

Derzeitige Beschwerden:

Ich komme wegen einer Erhöhung des Grades meiner Behinderung, unter anderem, weil es auch immer wieder Schwierigkeiten im Ministerium gibt. Ich habe auch ein Privatgutachten veranlasst bei einem Orthopäden und Unfallchirurgen, welcher auch Sachverständiger ist, am Landesgericht in XXXX . Von den Beschwerden her habe ich sozusagen einen Dreierkomplex. Ich habe Beschwerden von meinem Zervikalsyndrom, die in den Kopf hinaus ausstrahlen. Da werden dadurch bedingt die Finger der linken Hand immer taub. Vor allem die Außenseite des linken Kleinfingers. Gelegentlich habe ich in der linken Hand auch eine Arthrose. Die Arthrose ist im linken Karpaltunnel. Oft habe ich auch bei schnellen Bewegungen einen Drehschwindel. Auch wenn ich aus dem Auto aussteige und das Gefälle nicht beachte habe ich einen Schmerz, der bis in den Kopf hinauf ausstrahlt. Ich habe Schmerzen in der Brustwirbelsäule, die in den Unterbauch hinaus strahlen, wodurch ich dann auch keine Luft bekomme, was allerdings mit dieser Stentgeschichte sich verbessert hat. Ich habe auch einen übergangenen Herzinfarkt gehabt und vier Herzstents bekommen. Wenn ich mich wo festhalte ist es immer wieder unangenehm, weil ich dann Ausstrahlungen über die Hals- und Brustwirbelsäule habe. Auch sind meine Hüften kaputt. Die linke mehr als die rechte. Die sind komplett arthrosiert, was ich nicht einmal mitbekommen habe. Ich kann oft in der Nacht nicht mehr links oder rechts auf der Hüfte liegen. Operiert kann ich nicht werden, weil ich das Plavix nehme. Bei mir ist auch eine sensible beinbetonte Polyneuropathie nachgewiesen worden, wo ich Taubheitsgefühle in den Zehen habe, die sich außenseitig bis in die Ferse ziehen. Dazu habe ich auch oft ständige Krämpfe in der Nacht, wo sich die Zehen aufstellen. Ich habe auch Taubheitsgefühle auf der rechten Seite, die durch die Spondylolisthesis bestehen und bereits 2011 nachgewiesen wurde. Schmerzen habe ich auch in der Schaufel und beiden Großzehen. Oft habe ich auch ein Ziehen unterhalb der Fußsohlen. Ebenso habe ich auch auf beiden Seiten einen Hallux, wobei die Grundzehe links nahezu zertrümmert ist. Auch hatte ich auf beiden Seiten doppelte Außenknöchelbrüche. Ich hatte auch einen Meniskus links. Durch die Arthrosen sind auch die Kniegelenke angegriffen. Ich habe 4 Zahnimplante.

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

TASS, Plavix, Janumet, Nexium, Hydal ret 2mg, Lyrika, Movikol, Mirtabene, Ezetrol, Praluent Ijssg pen alle 2 Wochen

Sozialanamnese:

verheiratet, 3 Kinder, Beruf: Ministerialrat im XXXX

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Ordination Dr. med. XXXX

Facharzt fu?r Unfallchirurgie

Gerichtlich beeideter Sachverständiger

FACHÄRZTLICHES GUTACHTEN vom 15.01.2019

Zur Vorlage beim Sozialministeriumservice

Diagnosen aus orthopädischer Sicht):

Instabile, symptomatische Spondylolisthese L5/S1

Discusprolaps L4/L5

Radikulopathie L5 rechts

Symptomatische Sacroiliacalgelenksarthrose beidseits

Coxarthrose beidseits

Incipiente Gonarthrose beidseits

Posttraumatische OSG-Arthrose links

Massiver Hallux rigidus links / Hallux rigidus rechts

(Rheumatoide) Heberden- und Bouchart-Arthrosen beidseits

Degenerationen der HWS – Progredientes Cervicalsyndrom

Radikulopathie C6 links

Symptomatische TFCC-Läsion linkes Handgelenk

Diagnosen aus internistischer/neurologischer Sicht):

Coronare Herzerkrankung / 4fach Stent

Refluxösophagitis (Zustand nach Ulcerus ventr.)

Arterielle Hypertonie

Orale Antikoagulation

NLG-verifizierte Polyneuropathie beide untere Extremitäten (unklarer Genese)

D.M. Typ 2 (Medikamentenpflichtig)

Beurteilung der MdE entsprechend den Richtlinien des Bundessozialamtes (§7 KOVG 1957)

Zumindest aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht beträgt die MdE entsprechend den Richtlinien des Bundessozialamtes 70% (von 100)

Beurteilung über die Notwendigkeit einer Berechtigung zur Benutzung von Behindertenparkplätzen (S29b StVO)

Die Benutzung Öffentlicher Verkehrsmittel ist nicht zumutbar

PD Dr. med. univ. XXXX

Fachärztin für Neurologie und Radiologie

Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige

Neurologisches Gutachten vom 12.11.2018

Beurteilung:

1) Lumbale Neuralgie mit Wurzelirritationssymptomatik L4 und L5 rechts f

2) Claudicatio spinalis bei spinaler Enge L5/S1 mit Spondylolisthese L5/S1 und hochgradiger neuroforaminaler Engen mit punctum maximum L5/S1 5t

3) Polyneuropathiesyndrom der unteren Extremitäten mit neuropathischen Schmerzsyndrom 1

4) Cervicalsyndrom mit Wurzelirritationssymptomatik C8 mehr als C7 beidseits linksbetont bei degenerativen Veränderungen der HWS

5) Gliotisches Areal der linken Postzentralregion, in erster Linie posttraumatisch bedingt

6) Coxarthrosen beidseits rechts mehr als links I

7) Hallux rigidus beidseits

8) Heberden- und Bouchart – Arthrosen beidseits

Fachärztliche neurologische Stellungnahme:

Bei Herrn Prof. Mag. Dr. XXXX besteht eine Überlappung der Symptome bei Spondylolisthese im Bereich der LWS, bei

Polyneuropathiedyndrom der unteren Extremitäten, bei Sprunggelenksarthrose, bei beidseitigen Coxarthrosen sowie bei beidseitigen Hallux. Das Zusammenspiel der vorliegenden Erkrankungen führt nicht zu einer starken Schmerzsymptomatik im Bereich der unteren Extremitäten und LWS aber auch zu einer massiven Beeinträchtigung der Mobilität und des Gangbildes. Obwohl Herr Prof. Mag. Dr. XXXX nunmehr permanent mit dem Stock mobil ist, kann er problemlos eine nur sehr kurze Wegstrecke zurücklegen von max. 30 Meter. Es ist momentan aus neurologischer Sicht vorerst auch keine Verbesserung der Mobilität zu sehen aufgrund der multiplen Erkrankungen die sich auf die LWS sowie auf die Gelenke der unteren Extremitäten beziehen, sowie aufgrund der gestörten Tiefensensibilität bei Polyneuropathiesyndrom der unteren Extremitäten.

Herz Reha XXXX vom 18.12.2018

Coronare Herzkrankheit, coronare Mehrgefäßerkrankung mit Zn 4 x DES Implantation ad RCA am 17.09.2018.

Herr Mag. Dr. XXXX konnte während des Aufenthaltes hierorts cardiopulmonal beschwerdefrei kompensiert bei normaler Linksherkfunktion an einem angepassten Bewegungsprogramm teilnehmen mit leichter Wandergruppe, Schwimmen, außerdem wurden Lymphdrainagen, Vierzellenbäder, physiotherapeut. Einzelgymnastik verordnet

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand:

gut

Ernährungszustand:

gut

Größe: 172,50 cm Gewicht: 78,00 kg Blutdruck: 150/80

Klinischer Status – Fachstatus:

63 Jahre

Haut/farbe: rosig sichtbare Schleimhäute gut durchblutet

Caput; Visus: unauffällig Hörvermögen nicht eingeschränkt

keine Lippenyanose, Sensorium: altersentsprechend, HNA frei

Collum: SD: schluckverschieblich, keine Einflusstauung, Lymphknoten: nicht palpabel

Thorax. Symmetrisch, elastisch,

Cor: Rhythmischt, rein, normfrequent

Pulmo: Vesikulärratmung, keine Atemnebengeräusche, keine Dyspnoe

Abdomen: Bauchdecke: weich, kein Druckschmerz, keine Resistenzen tastbar,

Hepar am Ribo, Lien nicht palp. Nierenlager: Frei.

Pulse: Allseits tastbar

Obere Extremität: Symmetrische Muskelverhältnisse. Nackengriff wegen möglicher Schmerzen nicht prüfbar, Schürzengriff bds. Durchführbar, Arme werden bis 90° abgehoben, grobe Kraft links geringgradig vermindert, Faustschluß und Spitzgriff bds. Durchführbar. Die übrigen Gelenke altersentsprechend frei beweglich. Sensibilität wird linkes als vermindert angegeben,

Untere Extremität: Zehenspitzen und Fersenstand sowie Einbeinstand bds. Mit Abstützen wird angedeutet durchgeführt, beide Beine von der Unterlage abhebbar, rechtes jedoch erschwert, grobe Kraft bds. Rechts vermindert, Beweglichkeit in Hüftgelenken ab Rom in S 0-0-70 schmerzangabe in beiden Hüftgelenke, im Sitzen ist die Beugung bis 90° möglich. Beide Kniegelenke können beim Ent- und Bekleiden gut gebeugt werden, kein Erguss, symmetrische Muskelverhältnisse!, Sensibilität wird rechts als vermindert angegeben keine Varikositas, keine Ödeme bds.,

Wirbelsäule: Finger-Bodenabstand im Stehen: wird wegen möglicher Schmerzen nicht durchgeführt

Rotation und Seitwärtsneigung im Bereich der HWS zur Hälfte eingeschränkt, im Bereich der BWS+LWS wegen möglicher Schmerzen nicht prüfbar

Gesamtmobilität – Gangbild:

leicht hinkendes, jedoch sicheres und flüssiges Gangbild, kommt mit einem Gehstock

freies Gangbild nicht prüfbar

Status Psychicus:

bewußtseinsklar, orientiert, kein kognitives-mnestisches Defizit,

Gedankenstruktur: geordnet, kohärent, keine Denkstörung, Konzentration ungestört, Antrieb unauffällig, Stimmungslage ausgeglichen, gut affizierbar, Affekte angepasst, keine produktive Symptomatik, Erhebung des klinischen Status nur eingeschränkt 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

Degenerative Wirbelsäulenveränderungen

oberer Rahmensatz, da symptomatische Spondylolisthese L5/S1, sowie Discusprolaps L4/L5

02.01.02

40

2

Koronare Herzkrankheit

oberer Rahmensatz, da Zustand nach Myocardinfarkt und Stentsetzung, mitberücksichtigt ist der Bluthochdruck

05.05.02

40

3

Cervikolumbalsyndrom mit Punktum maximum L5-S1 rechts

unterer Rahmensatz, da Radikulopathie L5 rechts, sowie Radikulopathie C6 links

04.11.02

30

4

Degenerative und posttraumatische Gelenksveränderungen unterer Rahmensatz, da mäßiggradige Funktionseinschränkungen beider Hüften, sowie geringgradig beider Schulter- und Kniegelenke,

Hallux rigidus beidseits, Zustand nach Außenknöchelbruch und Mittelhandbruch V rechts

02.02.02

30

5

Diabetes Mellitus mittlerer Rahmensatz, da mittels oraler Medikation zufriedenstellende Blutzuckerwerte erzielt werden können.

09.02.01

20

6

Polyneuropathie

unterer Rahmensatz, da im Neurographiebefund Hinweise auf eine beinbetone sensible Polyneuropathie

04.06.01

10

Gesamtgrad der Behinderung 60 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

weil der führende GdB unter der Position 1 durch Leiden 2 um 1 Stufe erhöht wird, da schwerwiegendes Zusatzleiden. Leiden 3+4 erhöhen gemeinsam um eine weitere Stufe, da eine ungünstige wechselseitige Leidensbeeinflussung vorliegt. Die weiteren Leiden erhöhen nicht weiter da keine ungünstige wechselseitige Leidensbeeinflussung vorliegt

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

-

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Gleichblieben von Leiden 1, 2, und 4 des VGA. Wegfall von Leiden 6, da eine Belastungsreaktion befundmäßig nicht mehr belegt ist. Leiden 5 des VGA ist nun in Leiden 2 mitberücksichtigt, welches neu eingestuft wurde. Verschlimmerung von Leiden 3 des VGA. Hinzukommen von Leiden 5

Begründung für die Änderung des Gesamtgrades der Behinderung:

siehe oben

X Dauerzustand

(...)

Aufgrund der vorliegenden funktionellen Einschränkungen liegen die medizinischen Voraussetzungen für die Vornahme nachstehender Zusatzeintragungen vor:

Ja

Nein

Nicht

geprüft

Die / Der Untersuchte

X

?

ist Trägerin oder Träger von Osteosynthesematerial

X

Ist Trägerin oder Träger von Osteosynthesematerial

3. Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel – Welche der festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen lassen das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke, das Ein- und Aussteigen sowie den sicheren Transport in einem öffentlichen Verkehrsmittel nicht zu und warum?

Keine. Es liegen keine erheblichen Funktionsstörungen der oberen und unteren Extremitäten, sowie der Wirbelsäule vor. Die festgestellte, mäßiggradige Einschränkung der Beweglichkeit im Bereich der Wirbelsäule erreicht kein Ausmaß, welches das Erreichen, ein sicheres Ein- und Aussteigen, und die sichere Beförderung der öffentlichen Verkehrsmittel

gefährden oder verunmöglichen würde. Ein sicheres Anhalten ist ebenfalls möglich. Ein sicherer Transport ist gegeben. Kraft und Motorik vor allem im Bereich der unteren Extremitäten sind ebenfalls zufriedenstellend und stellen kein Hindernis dar. Im Rahmen des Reha-Aufenthaltes 12/2018, konnte der Antragsteller auch an leichten Wandergruppen teilnehmen. Die Verwendung eines Gehstocks ist zweckmäßig, steigert dadurch die vermehrte Sicherheit der Gehleistung und erschwert die Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel nicht in hohem Maß.

4. Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel – Liegt eine schwere Erkrankung des Immunsystems vor?

Nein

(...)"

3. Im Rahmen des hierzu erteilten Parteiengehörs erhab der BF unter Vorlage eines weiteren Befundkonvolutes Einwendungen gegen das Gutachten vom 04.03.2019: Die Coxarthrose beidseits, sowie auch die fortgeschrittene Chondropathie im Bereich beider Kniegelenke sei nicht ausreichend gewürdigt worden. Diese Arthrosen würden zu erheblichen Behinderungen der Fortbewegung führen. Hinzu komme eine beginnende schmerzhafte Arthrose im linken Sprunggelenk bei Zustand nach Außenknöchelbruch. Zu einer schweren Gehbehinderung führe außerdem ein radiologisch verifizierter Hallux rigidus beidseits (Arthrose der Großzehengrundgelenke). Zu wenig berücksichtigt seien auch die Probleme der HWS und der Schultern sowie der Hände bds (TFCC-Läsion) bezüglich der Benützung von öffentlichen Verkehrsmitteln. Der BF sei nicht in der Lage, über einen längeren Zeitraum die Haltegriffe in der Straßenbahn oder im Bus zu benutzen oder Niveauunterschiede beim Ein- und Aussteigen gefahrlos zu bewältigen. Der Untersuchungsbefund sei sehr vage, weder die Wirbelsäule noch die Extremitäten seien genau untersucht bzw. vermessen worden. Zudem fehle auch die Beurteilung des Gangbildes. Nicht berücksichtigt sei auch die Unfähigkeit des Fersen- und Zehenganges (Polyneuropathie) und die nachgewiesenen schmerhaften Belastungsreaktionen. Auch ein grundlegender neurologischer Status fehle in dieser gutachterlichen Beurteilung. Der BF leide unter einer gemischten motorisch-sensiblen Polyneuropathie. Auch sei das Hörvermögen des BF durch fa. Vorgelegte Befundung in Form einer sensorineuralen Hörstörung bds eingeschränkt. Die 5malige Teilnahme des BF an der leichten Wandergruppe während des Reha-Aufenthaltes 12/2018 habe kein sportliches Wandern im Gelände dargestellt, lediglich ein therapeutisch langsames Gehen, in Alltagskleidung, mit Gehhilfen auf gepflasterten Wegen (Gehsteigen) mit Halte und Zuwarten, Dauer 20 bis 30 Minuten, Begleitung 2 Therapeutinnen, davon eine mit mobilem Defibrillator.

4. Die belangte Behörde holte sohin weitere Gutachten ein.

4.1. Dr. XXXX , Facharzt für Neurologie, hält in seinem Gutachten vom 19.11.2019, basierend auf der persönlichen Untersuchung des BF, fest:

„Anamnese:

VGA 2/19: 60% Kundeneinwendung, die Beschwerden seitens der Polyneuropathie seien nicht ausreichen eingestuft worden, es bestehen Beschwerden in den OE und UE, Unzumutbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel, es bestehen degenerative Veränderungen in der Wirbelsäule, bisher diesbezüglichen Operation vor 1 Monat L5/S1 bei spinaler Enge, es besteht eine Polyneuropathie. Er stehe 1/a im FA Behandlung bei Dr. XXXX , zuletzt 11/19

Derzeitige Beschwerden:

Beschwerden in den UE mit Schwäche und Sensibilitätsstörungen, sowie Bewegungseinschränkungen in den OE re > li

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Hydal 2, 2,6mg, Neurontin 300mg, Lyrica 25mg, Mirtabene 30mg

Sozialanamnese:

verheiratet, Ministerialbeamter, kein Pflegegeld

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Fa Befund Dr. XXXX : Beurteilung:

1) Lumbale Neuralgie mit Wurzelirritationssymptomatik L4 und L5 rechts f

2) Claudatio spinalis bei spinaler Enge L5/S1 mit Spondylolisthese L5/S1 und hochgradiger neuroforaminaler Engen mit punctum maximum L5/S1 5t

1

!

3) Polyneuropathiesyndrom der unteren Extremitäten mit neuropathischen Schmerzsyndrom 1

4) Cervicalsyndrom mit Wurzelirritationsymptomatik C8 mehr als C7 beidseits

linksbetont bei degenerativen Veränderungen der HWS

5) Gliotisches Areal der linken Postzentralregion, in erster Linie posttraumatisch bedingt

1

6) Coxarthrosen beidseits rechts mehr als links 1

7) Hallux rigidus beidseits

1

8) Heberden-und Bouchart - Arthrosen beidseits

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand:

Ernährungszustand:

Größe: cm Gewicht: kg Blutdruck:

Klinischer Status – Fachstatus:

Die Hirnnerven sind unauffällig, die Optomotorik ist intakt.

An den oberen Extremitäten bestehen rechtsseitig keine Paresen, linksseitig bestehen keine Paresen. Die Muskeleigenreflexe sind seitengleich untermittellehaft auslösbar.

Die Koordination ist intakt.

An den unteren Extremitäten bestehen mäßige re > li distal betonte Paresen, Beweglichkeit schmerzgehemmt eingeschränkt, Muskeln werden angespannt

Fersen/ Zehenspitzen/ Einbeinstand re > li deutlich auch schmerhaft eingeschränkt

die Muskeleigenreflexe sind seitengleich untermittellehaft auslösbar, ASR bds fehlend.

Die Koordination ist intakt.

Die Pyramidenzeichen sind an den oberen und unteren Extremitäten negativ.

Die Sensibilität wird in den OE bds im Bereich C7 und in den UE mit pm. L5 re als gestört angegeben

Das Gangbild ist breitbasig, aber relativ flüssig

Gesamtmobilität – Gangbild:

Status Psychicus:

Zeitlich, örtlich zur Person ausreichend orientiert, Auffassung regelrecht, Antrieb ausreichend, keine kognitiven Einschränkungen, Stimmung euthym, nicht produktiv, nicht suizidal eingeengt

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

Zervikolumbalsyndrom mit Radikulopathie L5 re und C7 li > re

Oberer Rahmensatz da chronische Schmerzen mit Nachweis neurolog. Defizite

04.11.02

40

2

Polyneuropathien und Polyneuritiden, Polyneuropathien und

Polyneuritiden - sensible und motorische Ausfälle leichten Grades

Unterer Rahmensatz, da beinbetonte sensible Polyneuropathie

04.06.01

10

Gesamtgrad der Behinderung 40 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Das führende Leiden wird durch Leiden Nr.2 wegen Geringfügigkeit bzw. Leidensüberschneidung nicht angehoben.

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

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Erhöhung des GdB des Wirbelsäulenleidens mit radikulären Ausfällen zusätzlich wegen des Leidens "Polyneuropathie".

Begründung für die Änderung des Gesamtgrades der Behinderung:

Veränderung des GdB mit radikulären Ausfällen und Polyneuropathie

X Dauerzustand

(...)

Aufgrund der vorliegenden funktionellen Einschränkungen liegen die medizinischen Voraussetzungen für die Vornahme nachstehender Zusatzeintragungen vor:

Ja

Nein

Nicht

geprüft

Die / Der Untersuchte

X

?

ist Trägerin oder Träger von Osteosynthesematerial

X

Ist Trägerin oder Träger von Osteosynthesematerial

1. Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel - Welche der festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen lassen das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke, das Ein- und Aussteigen sowie den sicheren Transport in einem öffentlichen Verkehrsmittel nicht zu und warum?

Keine. Es liegen keine Funktionseinschränkungen aus nervenärztlicher Sicht vor, die das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke (300-400m) das Ein und Aussteigen bei den üblichen Niveauunterschieden ohne fremde Hilfe oder die Beförderung in einem öffentlichen Verkehrsmittel erheblich erschweren. Es liegen keine schwerwiegenden sensomotorischen Ausfälle vor.

2. Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel - Liegt eine schwere Erkrankung des Immunsystems vor?

Nein.

(...)"

4.2. Frau Dr. XXXX, Ärztin für Allgemeinmedizin, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, hält in ihrem Gutachten vom 27.07.2020 fest:

„Anamnese:

Neuerliche Begutachtung im Rahmen des Parteiergehörs.

Letztbegutachtung (neurologisches GA) 11/2019 mit Zuerkennung eines GdB 40 v.H. für Diagnosen: Zervikolumbalsyndrom mit Radikulopathie L5 re und C7 li>re 40%, Polyneuropathien und Polyneuritiden 10%.

VGA 02/2019 mit Zuerkennung eines GdB 60 v.H. für folgende Diagnosen: degenerative Wirbelsäulenveränderungen 40%, Koronare Herzkrankheit 40%, Cervikolumbalsyndrom mit Punktum Maximum L5-S1 rechts 30%, Degenerative und posttraumatische Gelenksveränderungen 30%, Diabetes mellitus 20%, Polyneuropathie 10%.

Derzeitige Beschwerden:

„Beim Gehen habe ich Probleme - ich kann nicht auf den Zehen und Ballen stehen. Ich habe eine Polyneuropathie und der rechte Fuß setzt oft aus. Ich bin extrem sturzgefährdet. Ich hatte doppelte Außenknöchelbrüche. Ich habe auch einen Hallux beidseits; links habe ich die meisten Schmerzen. Ich bekomme Krämpfe an den Zehen, sodass sich die Zehen aufstellen. Schmerzen ziehen sich vom Vorfußbereich auf die Aussenseite des Fußes bis zu den Fersen rauf. Ich bin sehr spät zur OP gegangen und es dauert wohl noch länger, bis sich die Nervenbahnen regeneriert haben. Ich habe einschießende Schmerzen auch an den Oberschenkeln bds. An den Händen habe ich Arthrosen und einen sogenannten Tennisarm. Eine Stoßwellentherapie hat nichts gebracht. Auch wird der kleine Finger und Ringfinger manchmal taub. Links kann man auch nicht auf den Handballen drücken. Wegen Schmerzen lasse ich meine Hüften ständig infiltrieren.“

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Thombo ASS, Neurontin, Mexalen, Janumet, Nexium, Hydal, Lyrica, Movicol, Blopess, Mirtabene, Praluent Pen alle 2 Wochen s.c., Paracetamol b. Bed.

Sozialanamnese:

verheiratet, 1 Sohn mit Ex-Gattin, 2 Stiefsöhne, Ministerialrat im BM für XXXX

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

bereits vorgelegte Befunde:

Ordination Dr. med. XXXX /Facharzt fu?r Unfallchirurgie/Gerichtlich beeideter Sachverständiger 15.01.2019: Diagnosen aus orthopädischer Sicht: Instabile, symptomatische Spondylolisthese L5/S1, Discusprolaps L4/L5, Radikulopathie L5 rechts, Symptomatische Sacroiliacalgelenksarthrose beidseits, Coxarthrose beidseits, Incipiente Gonarthrose beidseits, Posttraumatische OSG-Arthrose links, Massiver Hallux rigidus links / Hallux rigidus rechts, (Rheumatoide) Heberden- und Bouchart-Arthrosen beidseits, Degenerationen der HWS - Progredientes Cervicalsyndrom, Radikulopathie C6 links, Symptomatische TFCC-Läsion linkes Handgelenk. Diagnosen aus internistischer/neurologischer Sicht: Coronare Herzerkrankung / 4fach Stent, Refluxösophagitis (Zustand nach Ulcerus ventr.), Arterielle Hypertonie, Orale Antikoagulation, NLG-verifizierte Polyneuropathie beide untere Extremitäten (unklarer Genese), D.M. Typ 2 (Medikamentenpflichtig). Beurteilung der MdE entsprechend den Richtlinien des Bundessozialamtes (§7 KOVG 1957). Zumindest aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht beträgt die MdE entsprechend den Richtlinien des Bundessozialamtes 70% (von 100). Beurteilung u?ber die Notwendigkeit einer Berechtigung zur Benutzung von Behindertenparkplätzen (S29b StVO). Die Benutzung Öffentlicher Verkehrsmittel ist nicht zumutbar.

PD Dr. med. univ. XXXX /Fachärztin fu?r Neurologie und Radiologie/Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige/Neurologisches Gutachten vom 12.11.2018: Beurteilung: 1) Lumbale Neuralgie mit Wurzelirritationssymptomatik L4 und L5 rechts, 2) Claudicatio spinalis bei spinaler Enge L5/S1 mit Spondylolisthese L5/S1 und hochgradiger neuroforaminaler Engen mit punctum maximum L5/S1, 3) Polyneuropathiesyndrom der unteren Extremitäten mit neuropathischen Schmerzsyndrom, 4) Cervicalsyndrom mit Wurzelirritationssymptomatik C8 mehr als C7 beidseits linksbetont bei degenerativen Veränderungen der HWS, 5) Gliotisches Areal der linken Postzentralregion, in erster Linie posttraumatisch bedingt, 6) Coxarthrosen beidseits rechts mehr als links, 7) Hallux rigidus beidseits, 8) Heberden-und Bouchart - Arthrosen beidseits. Fachärztliche neurologische Stellungnahme: Bei Herrn Prof. Mag. Dr. XXXX besteht eine Überlappung der Symptome bei Spondylolisthese im Bereich der LWS, bei Polyneuropathiesyndrom der unteren Extremitäten, bei Sprunggelenksarthrose, bei beidseitigen Coxarthrosen sowie bei beidseitigen Hallux. Das Zusammenspiel der vorliegenden Erkrankungen fu?hrt nicht zu einer starken Schmerzsymptomatik im Bereich der unteren Extremitäten und LWS aber auch zu einer massiven Beeinträchtigung der Mobilität und des Gangbildes. Obwohl Herr Prof. Mag. Dr. XXXX nunmehr permanent mit dem Stock mobil ist, kann er problemlos eine nur sehr kurze Wegstrecke zu?cken von max. 30 Meter. Es ist momentan aus neurologischer Sicht vorerst auch keine Verbesserung der Mobilität zu sehen aufgrund der multiplen Erkrankungen die sich auf die LWS sowie auf die Gelenke der unteren Extremitäten beziehen, sowie aufgrund der gestörten Tiefensensibilität bei Polyneuropathiesyndrom der unteren Extremitäten.

Herz Reha XXXX vom 18.12.2018: Coronare Herzkrankheit, coronare Mehrgefäßerkankung mit Zn 4 x DES Implantation ad RCA am 17.09.2018. Herr Mag. Dr. XXXX konnte während des Aufenthaltes hierorts cardiopulmonal beschwerdefrei kompensiert bei normaler Linksventrikelfunktion an einem angepassten Bewegungsprogramm teilnehmen mit leichter Wandergruppe, Schwimmen, au?erdem wurden Lymphdrainagen, Vierzellenbäder, physiotherapeut. Einzelgymnastik verordnet

mitgebrachte Befunde: Dr. XXXX 01/2020: rez. Hyperuricaemie, Z.n fract.oss. trapezii dext., Gonarthralgie sin., OSG-Arthrose re bei Z.n. fract. OSG dext., Z.n. fract mall lat. li, Cervikalsyndrom, Hallus rigidus li, durgetretener Knicksenkspreizfu? bds. Beinlängendifferenz, Dorsalgien, Costotransversalneuralgie, Sternumscherzen bei Rundrücken du muskuläre Insuff., ges. WS, Arthralgie Ellenbogen rechts, Epikond. rad. hum re., Dorsolumbalgie, Lumboischialgie dext., bei Z.n. TLIF L5/S1 nach Oisth. L5/S1, Coxarthrolgie bds., Coxarthralgie dext. bei Labrumläsion re Hüfte

Dr. XXXX FA für Orthopädie 05/2020: Diagnose: konsolidierte Rippenfraktur re., Cervikalsyndrom, Dorsalgie, Brustkyphose, TLIF + Dekompression L5/S1, Retrolisthese L4/L5, Diskusprolaps L4/5, Lumboischialgie bds., Spondylarrose, skoliot. WS-Fehlhaltung, inc. Coxarthrose bds., Hallux rigidus li>re, Beinverkürzung li 6mm, sensible PNP bd. UE, TFCC Läsion li Hand, Fingerpolyarthrosen, Epicond. rad. dext, KHK, 4 Fachbypass, Diabetes, Hypertonie

Universitätsklinik XXXX /Neurochirurgie 01/2020: Diagnosen: Z.n. instrumenteller Stabilisierung in Höhe von LWK 5/SWK 1 in TLIF-Technik bei lytischer Spondylolisthese LWK 5/SWK 1 am 8.10.2019, Z.n. Myokardinfarkt mit 4-Stentimplantation, Beinbetonte sensible Neuropathie... Insgesamt zufriedenstellender postoperativer Verlauf...

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand:

64-jähriger Antragsteller in gutem AZ, kommt in Begleitung des Sohnes mit einem Rollator zur Untersuchung.

Ernährungszustand:

unauffällig

Größe: 172,50 cm Gewicht: 81,00 kg Blutdruck:

Klinischer Status – Fachstatus:

Caput: HNAP frei, kein Meningismus, HWS frei beweglich, Sprache unauffällig

Hirnnerven: Pupillen rund, isocor bds., Lichtreaktion prompt und konsensual, Lidspalten gleich weit, Bulbusmotilität in allen Ebenen frei und koordiniert, kein pathologischer Nystagmus, keine Doppelbilder, HN VII seitengleich innerviert, basale HN frei.

OE: Trophik, Tonus und grobe Kraft stgl. unauffällig. VA: kein Absinken, beide Arme werden unter Angabe von Schmerzen nur bis zur Horizontalen angehoben, Feinmotilität nicht beeinträchtigt, BSR, TSR, RPR seitengleich untermittellebhaft auslösbar, Knips bds. negativ, Eudiadochokinese bds., FNV bds. zielsicher, keine unwillkürlichen Bewegungen.

UE: Trophik: Hypotrophie Wadenmuskular und Fußmuskulatur bds., Tonus stgl. unauffällig. PV: kein Absinken, genaue Kraftprüfung unter Angabe von Schmerzen nicht möglich, keine eindeutigen Paresen fassbar, PSR untermittellebhaft bds., ASR bds. nicht auslösbar, KHV bds. nicht durchgeführt, keine unwillkürlichen Bewegungen.

Sensibilität: Angabe einer Hypästhesie Dig 4 und 5 rechts, Angabe einer Hypästhesie lat. OSCH rechts, diffus USCH med. und lat. rechts

Gesamtmobilität – Gangbild:

Gangbild mit 1 Gehstock relativ zügig, Zehen- und Fersengang wird unter Angabe von Schmerzen nicht vorgeführt.

Status Psychicus:

wach, zur Person, örtlich, zeitlich orientiert, Konzentration, Aufmerksamkeit unauffällig, Mnestic altersentsprechend unauffällig, Antrieb unauffällig, Stimmung euthym, Affizierbarkeit in beiden Skalenbereichen gegeben, Ductus kohärent und zielführend, keine produktive Symptomatik

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

Degenerative Wirbelsäulenveränderungen, St.p. TLIF LWK 5/SWK 1 10/2019

Oberer Rahmensatz, da mäßiggradige Bewegungseinschränkung ohne motorisches Defizit. Dieser Rahmensatz inkludiert

Cervikolumbalsyndrom mit mehrsegmentaler Wurzelreizsymptomatik.

02.01.02

40

2

Koronare Herzkrankheit

Oberer Rahmensatz, da Zustand nach Myocardinfarkt und

Stentsetzung. Dieser Rahmensatz inkludiert Bluthochdruck.

05.05.02

40

3

Degenerative und posttraumatische Gelenksveränderungen

Unterer Rahmensatz, da mäßiggradige Funktionseinschränkungen beider Hüften, sowie geringgradig beider Schulter- und Kniegelenke,

Hallux rigidus beidseits, Zustand nach Außenknöchelbruch und Mittelhandbruch V rechts

02.02.02

30

4

Diabetes mellitus

1 Stufe über unterem Rahmensatz, da unter oraler Medikation stabil.

09.02.01

20

5

sensibel betonte Polyneuropathie

Unterer Rahmensatz, da keine motorischen Defizite fassbar.

04.06.01

10

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at