

TE Bvwg Erkenntnis 2021/12/23 W207 2247975-1

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 23.12.2021

Entscheidungsdatum

23.12.2021

Norm

BBG §1 Abs2
BBG §40 Abs1
BBG §41 Abs1
BBG §42 Abs1
BBG §42 Abs2
BBG §45 Abs1
BBG §45 Abs2
B-VG Art133 Abs4

Spruch

W207 2247975-1/4E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch den Richter Mag. Michael SCHWARZGRUBER als Vorsitzender und die Richterin Mag. Natascha GRUBER sowie den fachkundigen Laienrichter Mag. Gerald SOMMERHUBER als Beisitzer über die Beschwerde von XXXX , geboren am XXXX , vertreten durch WIDTER MAYRHAUSER WOLF Rechtsanwälte OG, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 14.07.2021, OB: XXXX , betreffend Abweisung des Antrages auf Ausstellung eines Behindertenpasses, zu Recht erkannt:

A)

Der Beschwerde wird gemäß § 1 Abs. 2, § 40 Abs. 1, § 41 Abs. 1, § 42 Abs. 1 und 2 und § 45 Abs. 1 und 2 Bundesbehindertengesetz (BBG) stattgegeben.

Der angefochtene Bescheid wird aufgehoben.

Die Voraussetzungen für die Ausstellung eines Behindertenpasses liegen auf Grund des festgestellten Grades der Behinderung in Höhe von 50 (fünfzig) von Hundert (v.H.) vor.

B)

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

Text

Entscheidungsgründe:

I. Verfahrensgang:

Das Sozialministeriumservice (in der Folge als belangte Behörde bezeichnet) holte im Zuge eines vormaligen Verfahrens im Jahr 2019 ein orthopädisches Sachverständigengutachten unter Anwendung der Bestimmungen der Einschätzungsverordnung ein. In diesem Gutachten vom 18.03.2019 wurden die Funktionseinschränkungen 1. „Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule“, bewertet mit einem (Einzel)Grad der Behinderung von 30 von Hundert (v.H.) nach der Positionsnummer 02.01.02 der Anlage zur Einschätzungsverordnung, 2. „Kombinierte Hörstörung beidseits“, bewertet mit einem (Einzel)Grad der Behinderung von 30 v.H. nach der Positionsnummer 12.02.01 der Anlage zur Einschätzungsverordnung, 3. „Insulinpflichtiger Diabetes mellitus“, bewertet mit einem (Einzel)Grad der Behinderung von 30 v.H. nach der Positionsnummer 09.02.02 der Anlage zur Einschätzungsverordnung, 4. „Chronisch obstruktive Lungenerkrankung“, bewertet mit einem (Einzel)Grad der Behinderung von 20 v.H. nach der Positionsnummer 06.06.01 der Anlage zur Einschätzungsverordnung, und 5. „Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom“, bewertet mit einem (Einzel)Grad der Behinderung von 20 v.H. nach der Positionsnummer 06.11.02 der Anlage zur Einschätzungsverordnung, sowie ein Gesamtgrad der Behinderung von 40 v.H. festgestellt. Diesbezüglich wurde ausgeführt, dass das klinisch führende Leiden 1 durch das Leiden 2 aufgrund einer funktionellen Zusatzrelevanz um eine weitere Stufe erhöht werde, die Leiden 3-5 hingegen mangels ungünstiger Beeinflussung und mangels maßgeblicher funktioneller Zusatzrelevanz zu keiner weiteren Erhöhung führen würden. In der Folge wies die belangte Behörde den Antrag des Beschwerdeführers auf Ausstellung eines Behindertenpasses mangels Vorliegens eines Grades der Behinderung von mindestens 50 v.H. ab.

Am 20.04.2021 stellte der Beschwerdeführer bei der belangten Behörde den nunmehr verfahrensgegenständlichen Antrag auf Neufestsetzung des Grades seiner Behinderung bzw. auf Ausstellung eines Behindertenpasses. Dem Antrag legte er ein umfangreiches Konvolut an medizinischen Unterlagen, Kopien seines Personalausweises, seiner e-card und eines befristet ausgestellt gewesenen, bereits am 30.09.2016 abgelaufenen Behindertenpasses sowie einen Bescheid der Pensionsversicherungsanstalt vom 12.04.2021 betreffend die Zuerkennung des Pflegegeldes der Stufe 1 bei.

Die belangte Behörde holte in der Folge ein Sachverständigengutachten eines Arztes für Allgemeinmedizin unter Anwendung der Bestimmungen der Einschätzungsverordnung vom 10.06.2021 ein, in welchem auf Grundlage einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 08.06.2021 sowie der vom Beschwerdeführer vorgelegten medizinischen Unterlagen Folgendes, hier in den wesentlichen Teilen und in anonymisierter Form wiedergegeben, ausgeführt wurde:

„...“

Anamnese:

Es gibt ein Vorgutachten von 2019 mit insgesamt 40 % (Wirbelsäule 30, HNO Leiden 30, Diabetes mellitus 30, COPD 20, OSAS 20)

Derzeitige Beschwerden:

Der Antragswerber spricht kaum deutsch der Sohn antwortet für ihn, er beschreibt, dass dem Vater oft Gegenstände aus der Hand fallen würden und dass er außerdem Sensibilitätsstörungen im rechten Bein und im rechten Arm haben würde.

Darüber hinaus würden auch Hörstörungen bestehen und beidseits Hörgeräte verwendet werden.

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Foster 100 mcg/6 mcg pro Sprühstoß, Druckgasinh., Lsg. S: 1-0-0-0 | ind

Lansobene 30 mg Kaps. S: 1-0-0-0

Spiriva Respimat 2,5 mcg Lsg. zur Inh. Nachfüllpackung 60 Hübe S: 0-0-1-0

Pantoloc 40 mg Filmtabl. S: 0-0-1-0

Lactulose "MIP" 650 mg/ml Lsg. zum Einnehmen S: 1-1-1-0 Desloratadin "Genericon" 5 mg Filmtabl. S: 0-0-0-1 |bB
LUUF MARE NA-SPRAY S: 0-0-3-0|b.B.

Amlodipin "+pharma" 10 mg Tabl. S: 2-O-O-2

Rosuvastatin "Genericon" 10 mg Filmtabl. S: 0-0-0-1 Quetiapin "+pharma" 25 mg Filmtabl. S: 0-1-0-1

Duloxetin "+pharma" 30 mg magensaftresistente Hartkaps. S: 1-0-0-0 Duloxelin "1A

Pharma" 60 mg magensaftresistente Hartkaps. S: 1-0-0-0

Novalgine Filmtabl. S: 2-2-0-0

Tramadol retard 100 mg Tabl. S: 0-0-1-0|1 x Woche

Alendronsäure "Bluefish" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. S: 1 -0-0-111 in der Woche.

Diamicron, Tresiba, Synyardy, Trulicity

Sozialanamnese:

Früher Fernsehmechaniker, Invaliditätspension, ist verheiratet und hat vier versorgungspflichtige und drei erwachsene Kinder.

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Internistischer Arztbrief 1/2021: Diabetes mellitus, OSAS, Arterielle Hypertonie, opiatpflichtigen Schmerzen.

Mitgebrachter Befundbericht Orthopädie 12. Juni 2020: Orthese Verschreibung wegen Instabilität des rechten Kniegelenkes.

2019-03 Psychotherapeutin Dr. X: Diagnose(n); NCD minor (leichte kognitive Störung); Depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode; Angstsyndrom; V.a. komplexe Traumafolgestörung

Neurochirurg. Konsiliarbefund 5/2019: Der Patient ist bereits seit 2006 in immer wieder kehrender Betreuung der neurochirurgischen

Abteilung, wobei bislang eine ABF C5/6 erfolgte. Zudem bekannte Discusprotrusionen C6/7.

Auch seitens der Lendenwirbelsäule werden immer wieder Beschwerden angegeben.

Bei der Durchsicht der Krankengeschichte fällt auf, dass der Patient bereits 2008 aufgrund einer Lumboischialgie mit fraglicher Blasenentleerungsstörung vorstellig wurde.

Beim adipösen Patienten bekannt sind multisegmental degenerative Veränderungen mit mäßig gradigen Bandscheibenvorwölbungen der Segmente L2 bis S1, sowie Spondylarthrosen von L3 bis L5.

Trotz zahlreicher konservativer Therapiemaßnahmen scheint der Patient im Sinne einer chronischen Schmerzsymptomatik nicht wirklich beschwerdefrei und gibt an, daß während einer Rehabilitationsübung in Bauchlage ein Schmerz bzw. eher ein Kollapsgeschehen aufgetreten sei und seither wieder Harnverlust, Stuhl unauffällig.

Bei der neurochirurgischen Begutachtung sackt der Patient zusammen und ist in Folge nicht untersuchbar.

Herr X legt MR Aufnahmen der LWS vom 06.05.2019 vor, welche die multisegmentalen Protrusionen L2 bis L5 ohne nennenswerte Wurzelkompressionen bestätigen.

Es erfolgt die umgehende Vorstellung an der neurologischen Ambulanz zum Ausschluss einer höhergradigen Pathologie.

Im Bereich der UE die MER beidseits gesteigert, Kraft nicht prüfbar, Babinski: stumme Sohle, im Bereich der OE eine umfangreiche neurologische Untersuchung ebenso aufgrund der gezeigten Lumboischialgie und laut Neurologen „hüpfender Schmerzentäußerung“ nicht prüfbar.

Urologischer Befund 2019: UB Sonographie Blase o.b., 25 ml RH nach Miktion PH 21 ml

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand:

altersentsprechend

Ernährungszustand:

adipös

Größe: 182,00 cm Gewicht: 105,00 kg Blutdruck: 140/80

Klinischer Status – Fachstatus:

Caput/Collum: keine Lippenzyanose, keine Halsvenenstauung

Sensorium: Umgangssprache wird anstandslos verstanden

Haut: unauffällig

Hals: unauffällig, keine Einflußstauung

Thorax: symmetrisch, mäßig elastisch

Lunge: Vesikuläratmung, keine Atemnebengeräusche, keine Dyspnoe beim Gang im Zimmer pO₂ 95% F 95

Herz: reine Herzgeräusche, rhythmisch, normfrequent

Abdomen: über Thoraxniveau, rektal nicht untersucht

Neurologisch: Störungen der Sensibilität werden in der rechten Körperhälfte angegeben.

WIRBELSÄULE: Untersuchung im Sitzen, AW erhebt sich nicht kaum dem Rollstuhl, beim Aufsetzen werden zitternde Beine demonstriert.

Die Rückenmuskulatur ist symmetrisch ausgebildet, Hartspann der Rückenmuskulatur.

HWS: Drehung und Seitneigung beidseits ca um 1/3 reduziert. KJA: 2 cm

BWS: Rotation und Seitwärtsneigung in allen Ebenen ca 1/3 reduziert

LWS: Die Hände erreichen im Sitzen ca die Mitte des Rollstuhlrades

Obere Extremitäten: Die Benützungszeichen sind seitengleich vorhanden.

Trophik und Tonus seitengleich normal, grobe Kraft bds nicht signifikant vermindert.

Schultergelenk rechts Seitliches Anheben: 140° Anheben nach vorne: 160°

Schultergelenk links Seitliches Anheben: 140° Anheben nach vorne: 160°

Nackengriff: bds möglich Schürzengriff: bds möglich

Ellbogengelenke, Unterarmdrehung, seitengleich frei beweglich.

Hand- und Fingergelenke: keine signifikanten Funktionseinschränkungen, Feinmotorik und Fingerfertigkeit altersentsprechend

Der Pinzettengriff ist beidseits mit allen Fingern möglich.

Der Faustschluß ist beidseits mit allen Fingern möglich.

Untere Extremitäten:

grobe Kraft bds nicht überprüfbar, da starkes Zittern bei Untersuchung, eine Muskelatrophie ist jedoch nicht manifest

Hüftgelenk rechts: passiv Beugung: 90° Rotation: 30-0-30°

Hüftgelenk links: passiv Beugung: 90° Rotation: 30-0-30°

Kniegelenk rechts: 0-0-90° AW trägt Orthese re Knie

Kniegelenk links: 0-0-90°

Sprunggelenke: beidseits annähernd normale passive Beweglichkeit.

Zehenstand und Fersenstand beidseits nicht vorgezeigt, Einbeinstand beidseits nicht vorgezeigt Fußpulse beidseits palpabel.

Keine Ödeme beidseits, keine relevante Varicositas, kein Hinweis für postthrombotisches Syndrom.

Gesamtmobilität – Gangbild:

AW wird vom Sohn im Rollstuhl hereingeschoben, freies Gehen im Untersuchungsraum wird nicht demonstriert.

Status Psychicus:

Aufgrund von beträchtliche Sprachbarriere nicht beurteilbar, AW wirkt sehr passiv

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 Veränderungen der Wirbelsäule

Unterer Rahmensatz, da nachvollziehbare Beschwerden ohne

sensorische Defizite mit ständigem Therapieerfordernis nach Teilversteifung der Halswirbelsäule vorliegen; Dysästhesien in Arme und Beine sind in der Beurteilung mitberücksichtigt.

02.01.02

30

2

Kombinierte Hörstörung beidseits Tabelle

Zeile 5, Kolonne 2

12.02.01

30

3

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus

Unterer Rahmensatz, da relevante Folgeerkrankungen nicht dokumentiert sind.

09.02.02

30

4

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Oberer Rahmensatz, da mit Dauermedikation gut behandelbar

06.06.01

20

5

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

Unterer Rahmensatz, da mit zumutbarer Therapie behandelbar.

06.11.02

20

6

Depression

Eine Stufe über dem unteren Rahmensatz, da therapeutisch stabilisierter Verlauf ohne Interventionsbedarf bei erhaltener sozialer Integration

03.06.01

20

7

Kognitive Abbauerscheinungen

Unterer Rahmensatz, da milde Ausprägung beschrieben.

03.03.01

10

8

Kniegelenksinstabilität rechts

Wahl dieser Pos., da unvollständig kompensiert mit dem unteren Rahmensatz, da einseitig.

02.05.18

10

Gesamtgrad der Behinderung 40 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Das klinisch führende Leiden 1 wird durch Leiden 2 wegen funktioneller Zusatzrelevanz um eine weitere Stufe erhöht.

Die übrigen Leiden erhöhen wegen zu geringer funktioneller Relevanz nicht weiter.

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Neue Antragsleiden ins aktuelle Gutachten aufgenommen (aktuelle Pos. 6,7,8).

x

Dauerzustand

Nachuntersuchung -

[...]

Folgende Gesundheitsschädigungen im Sinne von Mehraufwendungen wegen Krankendiätverpflegung liegen vor, wegen:

JA Tuberkulose, Zuckerkrankheit, Zöliakie, Aids, Phenylketonurie oder eine vergleichbare schwere Stoffwechselerkrankung nach Pos. 09.03.

GdB: 30 v.H.

Begründung:

Anlässlich der ho. Begutachtung wird ein Rollstuhl verwendet, dessen anhaltende, behinderungsbedingte Erfordernis, ist durch entsprechende aktuelle Befundberichte jedoch nicht belegt.

...“

Mit Schreiben der belangten Behörde vom 10.06.2021 wurde der Beschwerdeführer über das Ergebnis der Beweisaufnahme in Kenntnis gesetzt. Dem Beschwerdeführer wurde in Wahrung des Parteiengehörs die Gelegenheit eingeräumt, binnen zwei Wochen ab Zustellung des Schreibens eine Stellungnahme abzugeben. Das eingeholte Gutachten vom 10.06.2021 wurde dem Beschwerdeführer zusammen mit diesem Schreiben übermittelt.

Der Beschwerdeführer brachte mit E-Mail vom 01.07.2021 eine Stellungnahme folgenden Inhalts, hier in den wesentlichen Teilen und in anonymisierter Form wiedergegeben, ein:

“““

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe von Ihnen den Grad der Behinderung von 40 v.H. bekommen. Dem stimme ich nicht zu da meine Krankheiten mich am Alltag und in meinem Leben mehr belasten als beschrieben. Im Alltag brauche ich wegen mein Inkontinenz Windeln die durch meine Schmerzen durch meine Bandscheiben verursacht werden. Durch meine Schmerzen im Rücken die bis zum rechten Bein und rechten Arm ausstrahlen habe ich im Alltag wenig andrang mich zu bewegen. Ich trage eine Orthese an meinem rechten Bein, die ich im Alltag brauche um mein Knie Stabil zu halten. Ohne meiner Orthese besteht die Gefahr das ich Stürze und mich verletze. Und im Brief steht, dass mich mein Sohn im Rollstuhl hereingeschoben hat, was nicht stimmte ich fuhr mit meinem Rollator rein was von mir geschoben wird. Der Rollator habe ich in der Zeit von meiner Reha bekommen. Der Rollator hilft mir im Alltag mich zu stützen. Ich habe auch ein Neuen befund das die Knieinstabilität auch im linken Bein ist durch den Druck der LWS links.

Meine Schmerzen wurden nach all den Jahren mit der Therapie nicht besser und verschlechtert sich stätig. Ich nehme Tabletten und Infusionen wegen meinen Schmerzen. Diese helfen nur eine kurze Zeit bis wieder der Schmerz eintritt.

Ich habe im Jahr 2014 habe ich 60 v.H. bekommen und seither ist mein Gesundheitszustand nicht besser geworden.

Mit freundlichen Grüßen

Name des Beschwerdeführers“

Aufgrund des Inhalts der eingebrachten Stellungnahme holte die belangte Behörde eine ergänzende Stellungnahme jenes Arztes für Allgemeinmedizin, welcher das Gutachten vom 10.06.2021 erstellt hatte, ein. In dieser ergänzenden ärztlichen Stellungnahme vom 12.07.2021 wird, hier in den wesentlichen Teilen wiedergegeben, Folgendes ausgeführt:

“““

Gegen das Gutachten werden Einwendungen vorgebracht.

Beschwerdeführer ist mit der Gesamtbeurteilung nicht zufrieden, er ist der Meinung, dass 40 % Gesamt GdB zu wenig wären. Er würde sehr unter seiner Inkontinenz leiden und außerdem auch Wirbelsäulenschmerzen durch seine Bandscheiben leiden zu haben.

Neue medizinische Befunde werden keine nachgereicht.

STELLUNGNAHME:

In den vorliegenden urologischen Befunden ist keine höhergradige, behinderungsrelevante Harninkontinenz beschrieben.

Die beschriebenen Wirbelsäulenschmerzen sind in Position eins beinhaltet.

Insgesamt sind daher die Einwendungen, unter Berücksichtigung aller vorhandenen Befunde, nicht geeignet eine Änderung des Gesamtkalküls zu bewirken.

...“

Mit Bescheid vom 14.07.2021 wies die belangte Behörde den Antrag des Beschwerdeführers vom 20.04.2021 auf Ausstellung eines Behindertenpasses ab. In der Begründung verwies die belangte Behörde auf das im Ermittlungsverfahren eingeholte Gutachten, wonach der Grad der Behinderung 40 v.H. betrage, sowie auf die ergänzende Stellungnahme des beigezogenen Sachverständigen. Das medizinische Sachverständigengutachten vom 10.06.2021 und die ergänzende Stellungnahme vom 12.07.2021 wurden dem Beschwerdeführer als Beilagen zum Bescheid übermittelt.

Im Wege seiner Rechtsvertretung brachte der Beschwerdeführer mit E-Mail vom 12.08.2021 fristgerecht eine Beschwerde gegen den Bescheid vom 14.07.2021 folgenden Inhaltes, hier in den wesentlichen Teilen und in anonymisierter Form wiedergegeben, ein:

“““

Mit oben genanntem Bescheid wurde mein Antrag vom 20.04.2021 auf Ausstellung eines Behindertenpasses abgewiesen.

Begründet wurde dies zusammenfassend mit den Ergebnissen der eingeholten Sachverständigengutachten.

Tatsächlich hätte das Beweisverfahren jedoch ergeben müssen, dass der Grad meiner Behinderung zumindest 50% beträgt, meinem Antrag hätte daher Folge gegeben werden müssen.

Meine Krankheiten belasten mich mehr im Alltag, sowie in meinem Leben als von der Behörde angenommen.

Täglich brauche ich aufgrund meiner Inkontinenz Windeln, ich leide an erheblichen Schmerzen an den Bandscheiben.

Durch meine Schmerzen im Bereich des Rückens bis hin zum rechten Bein, sowie des rechten Arms ist es mir nur äußerst eingeschränkt möglich mich zu bewegen.

Am rechten Bein trage ich eine Orthese, welche ich brauche um das Knie im Lebensalltag stabil zu halten.

Sofern ich die Orthese nicht trage besteht potenzielle Sturzgefahr.

Ebenfalls bin ich gezwungen im Alltag den Rollator zu benutzen, mittlerweile besteht auch eine Knieinstabilität im Bereich des linken Beines.

Am 12.07.2021 hatte ich eine Untersuchung in der Klinik XXX, die diensthabende Ärztin verschrieb mir statt Tramadol, hydral 4 mg, es handelt sich um ein sehr starkes Medikament um meine Schmerzen einzudämmen.

Am 20.07.2021 erhielt ich einen psychologischen Befund, wonach NDC (leichte kognitive Störung), Depressive Störung, mittelgradige Episode, Angstsyndrom, chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren, sowie komplexe Traumafolgestörungen festgestellt wurden.

Am 15.07.2021 verschrieb mir der Neurologe Pregabalin 75 mg imd Quetiapin 25 mg.

Seit sechs Jahren leide ich an Diabetes Typ 2.

Im Jahr 2015 war ich im XXX und wurde dort eine Biorhythmusstörung diagnostiziert, seither benutze ich jede Nacht das CPAP-Gerät.

Seit 40 Jahren leide ich bereits an Asthma und leide seit 28 Jahren an einer Hörminderung rechts mit 75 Dezibel, links mit 40 Dezibel.

Seit dem Jahr 1999 wurde mir ein Hörgerät verschrieben.

Obwohl diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorliegen, erfolgte laut Gutachten keine Überprüfung darüber, ob sich aufgrund dieser Gesundheitsschädigungen ein höherer Behinderungsgrad ergibt. Wäre die Prüfung erfolgt, so hätte sich jedenfalls ergeben, dass der Grad meiner Behinderung zu mindestens 50% beträgt.

Beweis:

- ? Einholung medizinischer Sachverständigengutachten aus dem Bereich Psychologie, Neurologie, Orthopädie, Pulmologie, Innere Medizin, HNO
- ? eigene Einvernahme
- ? neurologischer Arztbefund vom 15.07.2021 ./A
- ? Patientenbrief 12.07.2021 Klinik Donaustadt ./B
- ? psychologischer Befund Juni 2021 ./C
- ? orthopädischer Befund vom 07.07.2021 ./D
- ? Befund des Diagnosezentrums XXX vom 12.06.2021 ./E
- ? Elektromyographischer Befund vom 29.06.2021 ./F
- ? lungenfachärztlicher Befund vom 03.07.2020 ./G
- ? Befunde aus den Jahren 2018, 2014 ./H
- ? Medikamentenliste erstellt am 22.07.2021 ./I

? Ambulanzprotokoll XXX vom 05.06.2021 .J/

Ich stelle den

ANTRAG

meiner Beschwerde Folge zu geben, den angefochtenen Bescheid aufzuheben und dahingehend abzuändern, dass meinem Antrag vom 20.04.2021 auf Ausstellung eines Behindertenausweises Folge gegeben wird.

[...]

Name des Beschwerdeführers“

Der Beschwerde legte der Beschwerdeführer erneut ein Konvolut an medizinischen Unterlagen bei.

Im Rahmen eines Beschwerdeentscheidungsverfahrens holte die belangte Behörde in der Folge weitere Sachverständigengutachten der Fachrichtungen Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde vom 17.08.2021, Lungenheilkunde vom 22.09.2021, Neurologie vom 14.10.2021 und Unfallchirurgie/Allgemeinmedizin vom 19.10.2021 sowie eine, diese vier Gutachten zusammenfassende Gesamtbeurteilung der beigezogenen Fachärztin für Unfallchirurgie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin vom 28.10.2021 ein.

Im eingeholten Aktengutachten eines Facharztes für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde vom 17.08.2021 wurde auf Grundlage der vom Beschwerdeführer vorgelegten medizinischen Unterlagen Folgendes, hier in den wesentlichen Teilen und in anonymisierter Form wiedergegeben, ausgeführt:

““““

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

2019-03 Orthop. VGA: In der Diagnoseliste gibt es das Leiden "Kombinierte Hörstörung beidseits" mit 30% GdB (Z5/K2). Es kann nicht eruiert werden, auf welcher Basis diese Einstufung erfolgte und wie lange sie schon galt. Er hat "Hörapparat"

2021-06 Allgemeinmed. VGA: die obige Einstufung der Hörstörung wurde übernommen.

Jetzt neu vorgelegt:

2014-09 Ton- und Sprachaudiogramm der XXX: Im Tonaudiogramm kombinierte pantonale Hörstörungen beidseits, rechts bei 70dB, li bei 50-55dB. Hörverlust nach Röser rechts 92%, links 63%.

Das Sprachaudiogramm zeigt überraschend gute Diskrimination, rechts 100% bei 105dB; links 90% bei 85dB.

Behandlung/en / Medikamente / Hilfsmittel:

aktenmäßig

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

kombinierte Hörstörung beidseits, rechts mehr als links

Tabelle Zeile 5/Kolonne 3 - fixer Richtsatz

12.02.01

40

Gesamtgrad der Behinderung 40 v. H.

[...]

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Rechts war schon anerkannt eine "an Taubheit grenzende" Hörstörung (Tabelle Zeile 5). Diese ist unverändert.

Links war bisher eine geringgradige Hörstörung (Tabelle Kolonne 2) anerkannt. Das nunmehr vorgelegten Audiogramme (Ton- und Sprach-) zeigen aber (in der Zusammenschau) links eine mittelgradige Hörstörung. Es ist somit eine höhere Einstufung vorzunehmen.

[...]

x

Dauerzustand

Nachuntersuchung -

...“

Im eingeholten Gutachten eines Facharztes für Lungenheilkunde vom 22.09.2021 wurde auf Grundlage einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 09.09.2021 sowie der vom Beschwerdeführer vorgelegten medizinischen Unterlagen Folgendes, hier in den wesentlichen Teilen und in anonymisierter Form wiedergegeben, ausgeführt:

“...“

Anamnese:

Eingesehen wird der Einspruch gegen das Parteiengehör vom Kunden vom 01.07.2021:

Er sei inkontinent und müsse Windeln tragen, Bandscheibenschaden mit Schmerzzuständen, es würde ein Rollator benötigen, er hätte 2014 einen Grad der Behinderung von 60% erhalten und seither hätte sich der Zustand nicht verbessert. Auf Wirbelsäulenprobleme wird hingewiesen.

Weiters wird die aktuelle Beschwerde über rechtsfreundliche Vertretung eingesehen, wo Inkontinenz, Bandscheibenschaden, Rückenschmerzen, Probleme mit dem rechten Bein, Notwendigkeit eines Rollators wegen linken Kniegelenk, depressive Störung, Angstzustände, Zuckerkrankheit, Schlafapnoe mit CPAP-Beatmung und Asthma bronchiale seit 40 Jahren erwähnt werden. Weiters wird seit 1999 ein Hörgerät wegen Schwerhörigkeit verwendet. Der Grad der Behinderung hätte mindestens 50% erreichen müssen.

Bekämpftes Gutachten Dr. X vom 08.06.2021:

Es werden 40% Grad der Behinderung erreicht, Berücksichtigung finden Wirbelsäule, Schwerhörigkeit, Zuckerkrankheit, COPD, Schlafapnoe, Depression, kognitiver Abbau und degenerative Knieprobleme rechts.

Im gegenständlichen Verfahren ist der endgefertigte Sachverständige als internistisch-, pulmologisch- und allgemeinmedizinischer Gutachter bestellt. Daneben wurden Gutachten in den Fachgebieten Neurologie, Orthopädie und HNO in Auftrag gegeben.

Weiters eingesehen wird das orthopädische Vorgutachten Dr. X vom 12.03.2019, wo ebenfalls 40% Grad der Behinderung erreicht werden konnten.

Vorgelegt wird ein neurologischer Befund 15.07.2021 (nervenärztlich zu beurteilen).

Ein Schlaflaborbefund des XXX vom 13.01.2020 beschreibt eine schwere Schlafapnoe mit Indikation zu Beatmungstherapie, Zuckerkrankheit und Bluthochdruck, unter Behandlung betrug der RDI 2,2 pro Stunde, die Sauerstoffsättigung lag im Normbereich, die Beatmung mittels BiPAP ergab einen guten Erfolg und sollte fortgesetzt werden.

Diabetes mellitus und Schlafapnoe seit 2015 bekannt. Weiters vorbekannt eine COPD I sowie Bluthochdruck.

Ein Laborbefund vom 22.07.2021 ergab erhöhte weiße Blutkörperchen im Rahmen eines Infektes, weiters einen

erhöhten Blutzucker, die Leberwerte waren gering erhöht, die Schilddrüsenwerte im Normbereich. Der HbA1C war mit 7,4% leicht erhöht.

Ein internistischer Befund vom 19.08.2021 bestätigt obige Diagnosen, es besteht eine umfangreiche medikamentöse Behandlung (siehe Liste im Nachhang). Der Blutdruck wurde im Normbereich gemessen.

Vorgelegt wird auch ein lungenärztlicher Befund Dr. X vom 03.07.2020:

Schlafapnoe mit Maskenbeatmung, normale Durchleuchtung der Lungen, in der Lungenfunktion besteht eine leichtgradige Strömungsbehinderung der peripheren Luftwege.

Allergie: es besteht eine nicht näher definierte Medikamentenallergie

Alkohol: negiert, Nikotin; negiert

Derzeitige Beschwerden:

Atemnot vor allem bei Belastungen, Kurzatmigkeit, er bekäme schlecht Luft, auch in der Nacht Kurzatmigkeit, er verwendet ein nächtliches Beatmungsgerät seit Jahren, Asthma sei seit 40 Jahren bekannt, er sei harn inkontinent und müsse eine Windel tragen. Bzgl. der orthopädischen Probleme, psychischen Leiden und Schwerhörigkeit wird auf die jeweiligen Fachgutachten verwiesen.

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Foster, Spiriva, Lansobene, Lactulose, Desloratadin, Novalgin, LUUF Nasenspray, Amlodipin, Candesartan, Rosuvastatin, Hydal, Alendonsäure Blue Fish, Calcium Vitamin D3, Pregabalin, Quetiapin, Diamicon, Tresiba Flex Touch Einheiten, Synjardy, Trulicity, Rheumon Depot, Xyloneural, Deflamat, Novalgin

Sozialanamnese:

Pensionist, verheiratet, 7 Kinder, der Kunde bezieht Pflegegeld der Stufe 1.

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

wie oben bei Anamnese angeführt

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand:

57 jähriger Mann im altersentsprechenden normalen Allgemeinzustand, keine Ruhedyspnoe, keine Lippenzyanose, keine mobile Sauerstoffversorgung.

Ernährungszustand:

übergewichtiger Ernährungszustand

Größe: 182,00 cm Gewicht: 115,00 kg Blutdruck: 160/90

Klinischer Status – Fachstatus:

Kopf, Hals: keine obere Einflusstauung, keine Struma, keine Lippenzyanose, die Hirnnerven frei

Herz: reine rhythmische Herztöne, Frequenz: 99 pro Minute

Lunge: sonorer Klopfeschall, etwas verschärfte Vesikulärratmung mit Hinweisen für Emphysem mit vereinzelt leisen Giemen

Leib: weich, adipös, über Brustkorbniveau, kleiner Nabelbruch, kein Druckschmerz, Leber und Milz nicht tastbar, die Nierenlage frei

Gliedmaßen: keine Krampfader, leichte Knöchelödeme beidseits, zu Wirbelsäule und Gelenken darf auf das orthopädische Gutachten verwiesen werden

Zur Frage der Harninkontinenz wird auf das neurologische Gutachten verwiesen, festgehalten wird, dass der Kunde eine Windelhose trägt.

Gesamtmobilität – Gangbild:

Es wird eine Unterarm-Stützkrücke und ein Rollator mitgeführt, weiters eine Orthese an beiden Kniegelenken getragen.

Siehe aber hierzu jeweiliges Fachgutachten. Grundsätzlich ist das selbsttätige Entkleiden des Oberkörpers, der freie Stand, freies Sitzen sowie Niederlegen und wieder von der Untersuchungsliege aufstehen selbsttätig möglich. Der Kunde ist auch in der Lage, in sitzender Körperhaltung seine orthopädischen Spezialschuhe zu öffnen und auszuziehen.

Status Psychicus:

unauffällig, zeitlich- und örtlich orientiert, keine fassbaren kognitiven Defizite, ausgeglichene, freundliche Stimmungslage

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

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus

Unterer Rahmensatz, da relevante Folgeerkrankungen nicht dokumentiert sind.

09.02.02

30

2

leichtgradige chronisch-obstruktive Bronchitis

Oberer Rahmensatz, da objektivierbare leichtgradige Funktionsstörung, sowie wiederkehrende Beschwerden.

06.06.01

20

3

beatmungspflichtiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

Unterer Rahmensatz, da durch Anwendung einer nächtlichen Beatmungstherapie Atemstillstände vermieden werden können.

06.11.02

20

Gesamtgrad der Behinderung 30 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Das führende Leiden Nr. 1 wird durch die übrigen Leidenszustände wegen fehlender wechselseitiger Leidenspotenzierung bzw. zu geringen Grad der Behinderung nicht weiter erhöht.

Die Leidenszustände am Stütz- und Bewegungsapparat, die Hörstörung, kognitive Abbauerscheinungen und Harninkontinenz wären von den jeweiligen Fachgebieten zu bewerten.

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

Hypertonie: ausreichende Therapieeinstellung, keine sekundären kardiovaskulären Folgeerkrankungen

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Gegenüber dem bekämpften Gutachten Dr. G. vom 08.06.2021 ergibt sich im Bereich Pulmologie/ Innere Medizin / Allgemeinmedizin keine Änderung, die diesbezüglichen Erkrankungen wurden vom Sachverständigen des bekämpften Gutachtens korrekt eingestuft.

Bezüglich der anderen Leiden darf auf die jeweiligen Fachgutachten und Gesamtbeurteilung verwiesen werden.

Änderung des Gesamtgrades der Behinderung im Vergleich zu Vorgutachten:

Siehe Gesamtbeurteilung.

x

Dauerzustand

Nachuntersuchung -

[..]

Folgende Gesundheitsschädigungen im Sinne von Mehraufwendungen wegen Krankendiätverpflegung liegen vor, wegen:

[X] JA Tuberkulose, Zuckerkrankheit, Zöliakie, Aids, Phenylketonurie oder eine vergleichbare schwere Stoffwechselerkrankung nach Pos. 09.03.

GdB: 30 v.H.

Begründung:

Diabetes mellitus

...“

Im eingeholten Gutachten eines Facharztes für Neurologie vom 14.10.2021 wurde auf Grundlage einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 29.09.2021 sowie der vom Beschwerdeführer vorgelegten medizinischen Unterlagen Folgendes, hier in den wesentlichen Teilen und in anonymisierter Form wiedergegeben, ausgeführt:

“...“

Anamnese:

Vorgutachten 8.6.2021

Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule 30%

Kombinierte Hörstörung beidseits 30%

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus 30%

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung 20%

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom 20%

Depression 20%

Kognitive Abbauerscheinungen 10%

Kniegelenksinstabilität rechts 10%

Gesamt GdB 40%

Gegen den Bescheid wird Beschwerde eingereicht, bzw. Einspruch erhoben.

Mein Fachgebiet betreffend:

Am 20.07.2021 erhielt ich einen psychologischen Befund, wonach eine leichte kognitive Störung, depressive Störung, mittelgradige Episode, Angstsyndrom, chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren, sowie komplexe Traumafolgestörungen festgestellt wurden. Am 15.07.2021 verschrieb mir der Neurologe Pregabalin 75 mg und Quetiapin 25 mg. Pflegegeld der Stufe 1 wird mit April 2021 bezogen.

Der AW stammt aus Afghanistan, sei dort als Soldat tätig gewesen, ist seit 1998 in Österreich. Sein Vater sei von der Taliban ermordet worden.

Herr X erscheint im Beisein seines Sohnes, der größtenteils als Dolmetsch fungiert, obwohl der AW selbst ganz gut deutsch versteht. Es wird ein Rollator verwendet, weiters beidseits Handgelenksorthesen, beidseits Kniegelenksorthesen, beidseits Hörgerät sowie Windeln. Der AW klagt über Durchschlafstörungen, mit der Schlafmaske sei dies jedoch besser geworden. Er hätte Schmerzen, deswegen würde er in der Nacht aufwachen, Träume hätte er keine. Er hat Angst vor allem vor fremden Menschen, kann nicht viel reden, deswegen würde auch keine Psychotherapie konsumiert. Produktive Symptomatik wird verneint.

Derzeitige Beschwerden:

siehe oben

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Medikamente (fachspezifisch relevant, aufgrund schriftlicher Angaben des AW):

- Pregabalin 75 mg 1-0-1

- Quetiapin 25 mg 0-0-1/2

Sozialanamnese:

Berufsunfähigkeitspension, verheiratet, 7 Kinder, war von Beruf Fernsehmechaniker

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Arztbrief neurologische Ambulanz XXX, handschriftlich, 30.8.2019:

Diagnosen: vasculäre Leukencephalopathie, CTS rechts, chronisches Schmerzsyndrom

Dr. X, FA Neurologie, 15.7.2021:

Anamnese: Schmerzen im Rücken, Quetiapin "zu stark"

Auszug aus dem Neuro-Status: HN unauffällig, Sensibilität OE links vor rechts CTS, Motorik: Kraft 4 OE und UE (auch schmerzbedingt), MER distal vermindert, PV gehalten, Feinmotorik altersentsprechend, Diadochokinese altersentsprechend

Miktion: nächtliche Inkontinenz, Stand/ Gang: mit Krücke und Schiene

Psych-Status: wach, bewusstseinsklar, allseits voll orientiert, Antrieb vermindert, innere Unruhe, Einsicht gegeben, Auffassung o.B., Ductus geordnet, erreicht das Denkziel, inhaltliche Denkstörung keine, Halluzinationen keine, Stimmung depressiv, ängstlich, sozialer Rückzug, hohe Ermüdbarkeit, Selbstwert und Selbstvertrauen reduziert, teilweise pessimistische Zukunftsgedanken, keine Gefährdung, Affizierbarkeit besser im negativen Bereich gegeben, Psychomotorik stimmungsadäquat

Biorhythmusstörungen ESS gut, dann DSS - gebessert, CPAP-Gerät

Diagnosen: schweres komplexes Schlafapnoesyndrom, Lumbagoischialgie bei Z.n. Operation einer Vertebrostenose 2013, Z.n. HWS OP mit Diskus- Interponat auf Höhe C5/C6, generalisierte Angststörung, PTSD, Dysthymie, CTS rechts

Dr. X klinische Psychologin, Juni 2021:

Diagnosen: leichte kognitive Störung, depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode, Angstsyndrom, chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren gemischt, komplexe Traumafolgestörung

Neurodiagnostik 30.6.2021:

minimal ausgeprägtes CTS rechts

Neurochirurgie, XXX, 24.6.2021:

Wir dürfen auf den Brief von November 2019 verweisen. Der Patient wurde komplett durchuntersucht, Schädel, HWS und LWS.

Es ergab sich hier keine OP Indikation. Der Patient beklagt nun vor allem Schmerzen im LWS Bereich rechtsseitig ohne radikuläre Ausstrahlung, relativ unverändert zum Vorbefund zeigt sich im MR der LWS eine Protrusion bei L2/3, L3/4 und L4/5.

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand:

Ernährungszustand:

Größe: cm Gewicht: kg Blutdruck:

Klinischer Status – Fachstatus:

HN: unauffällig, Brille, Hörgerät bds.

OE: Rechtshändigkeit, FNV zielsicher, Feinmotorik erhalten, grobe Kraft rechte OE ist aufgrund von massiven Schmerzangaben eingeschränkt prüfbar, vom behandelnden Neurologen KG 4 beschrieben, links unauffällig

UE: grobe Kraft aufgrund massiver Schmerzäußerungen nicht prüfbar, lt. Behandelnden Neurologen im Neuro-Status vom 7/2021 KG 4 (schmerzbedingt) sonst unauffällig beschrieben, Trophik, Tonus o.B., Babinski bds. neg., Tonus soweit prüfbar unauffällig Sensibilität: ho. rechte OE und UE herabgesetzt

Gesamtmobilität – Gangbild:

Stand: einige Schritte frei möglich, jedoch nach vorne gebeugtes Gangbild; mit Rollator flüssiges, normalschrittiges Gangbild

Status Psychicus:

deutliche Sprachbarriere, jedoch ausreichend beurteilbar

Pat. klar, wach, orientiert, Duktus nachvollziehbar, das Ziel erreichend, keine produktive Symptomatik oder wahnhafte Verarbeitung, Angabe von Ängsten mit p.m. sozial, Stimmung dysthym/depressiv, bds. eingeschränkt affizierbar, Realitätssinn erhalten, Auffassung, Konzentration ho. unauffällig, keine traumaspezifischen Traumerlebnisse berichtet

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

Angst und Depression im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung

eine Stufe über dem unteren Rahmensatz, da soziale Rückzugstendenz ohne antidepressive Medikation, ohne dokumentierte Psychotherapie

03.06.01

20

2

kognitive Abbauerscheinungen

unterer Rahmensatz, da milde Ausprägung beschrieben

03.03.01

10

Gesamtgrad der Behinderung 20 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Leiden 1 wird durch Leiden 2 im GdB nicht angehoben, wegen Geringfügigkeit

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

siehe Gesamtgutachten

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

keine Änderung

[..]

x

Dauerzustand

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

© 2024 JUSLINE

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

www.jusline.at