

TE Bvg Erkenntnis 2024/7/15 W207 2280560-1

JUSLINE Entscheidung

⌚ Veröffentlicht am 15.07.2024

Entscheidungsdatum

15.07.2024

Norm

BBG §40

BBG §41

BBG §45

B-VG Art133 Abs4

1. BBG § 40 heute
2. BBG § 40 gültig ab 01.01.2003 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002
3. BBG § 40 gültig von 01.07.1994 bis 31.12.2002 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994
4. BBG § 40 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 26/1994
5. BBG § 40 gültig von 01.07.1990 bis 31.12.1993

1. BBG § 41 heute
2. BBG § 41 gültig ab 12.08.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 66/2014
3. BBG § 41 gültig von 01.09.2010 bis 11.08.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 81/2010
4. BBG § 41 gültig von 01.01.2005 bis 31.08.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 136/2004
5. BBG § 41 gültig von 01.01.2003 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002
6. BBG § 41 gültig von 01.07.1994 bis 31.12.2002 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994
7. BBG § 41 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 26/1994
8. BBG § 41 gültig von 01.07.1990 bis 31.12.1993

1. BBG § 45 heute
2. BBG § 45 gültig ab 19.07.2024 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 98/2024
3. BBG § 45 gültig von 12.08.2014 bis 18.07.2024 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 66/2014
4. BBG § 45 gültig von 01.06.2014 bis 11.08.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2013
5. BBG § 45 gültig von 01.01.2014 bis 31.05.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 71/2013
6. BBG § 45 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 51/2012
7. BBG § 45 gültig von 01.01.2011 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 111/2010
8. BBG § 45 gültig von 01.01.2003 bis 31.12.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002
9. BBG § 45 gültig von 01.09.1999 bis 31.12.2002 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 177/1999
10. BBG § 45 gültig von 01.07.1994 bis 31.08.1999 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994
11. BBG § 45 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 26/1994

12. BBG § 45 gültig von 01.07.1990 bis 31.12.1993
1. B-VG Art. 133 heute
2. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2019 bis 24.05.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2017
3. B-VG Art. 133 gültig ab 01.01.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 22/2018
4. B-VG Art. 133 gültig von 25.05.2018 bis 31.12.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 22/2018
5. B-VG Art. 133 gültig von 01.08.2014 bis 24.05.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 164/2013
6. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2014 bis 31.07.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 51/2012
7. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2004 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2003
8. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.1975 bis 31.12.2003 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 444/1974
9. B-VG Art. 133 gültig von 25.12.1946 bis 31.12.1974 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 211/1946
10. B-VG Art. 133 gültig von 19.12.1945 bis 24.12.1946 zuletzt geändert durch StGBl. Nr. 4/1945
11. B-VG Art. 133 gültig von 03.01.1930 bis 30.06.1934

Spruch

W207 2280560-1/14E

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 Dr. Wolfgang SCHIMEK Rechtsanwalt GMBH, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Niederösterreich, vom 31.08.2023, OB: XXXX, betreffend Abweisung des Antrages auf Ausstellung eines Behindertenpasses, zu Recht erkannt: 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 römisch 40 geboren am römisch 40, vertreten durch Dr. Wolfgang SCHIMEK Rechtsanwalt GMBH, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Niederösterreich, vom 31.08.2023, OB: römisch 40, 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 Beschwerde wird gemäß Paragraph eins, Absatz 2,, Paragraph 40, Absatz eins,, Paragraph 41, Absatz eins,, Paragraph 42, Absatz eins und 2 und Paragraph 45, Absatz eins 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. Die Revision ist gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG nicht zulässig.

Text

Entscheidungsgründe:

I. Verfahrensgang:römisch eins. Verfahrensgang:

Der Beschwerdeführer war Inhaber eines bis 31.03.2016 befristet ausgestellten Behindertenpasses. Der Gesamtgrad der Behinderung betrug 50%.

Am 21.01.2022 beantragte der Beschwerdeführer beim Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen (kurz: Sozialministeriumservice; in der Folge auch als belangte Behörde bezeichnet) einlangend unter Vorlage eines Konvolutes an medizinischen Befunden die Ausstellung eines Behindertenpasses. Hierzu holte die belangte Behörde medizinische Sachverständigengutachten ein. Der beigezogene Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie stellte schließlich in seinen Gutachten vom 30.08.2022 und 02.09.2022 einen Gesamtgrad der Behinderung von 40 v.H. fest. Mit Bescheid vom 02.12.2022 wurde der Antrag des Beschwerdeführers auf Ausstellung eines Behindertenpasses abgewiesen. Begründend wurde auf das Ergebnis des ärztlichen Begutachtungsverfahrens hingewiesen, wonach der Gesamtgrad des Beschwerdeführers 40 v.H. betrage. Gegen diesen Bescheid er hob der Beschwerdeführer, vertreten durch seine rechtsfreundliche Vertretung, fristgerecht Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht.

Am 25.04.2023 fand in Anwesenheit des amtssachverständigen Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie eine mündliche Verhandlung vor dem Bundesverwaltungsgericht statt. In Zuge der mündlichen Verhandlung zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde gegen den Bescheid vom 02.12.2022 zurück, dies im Wesentlichen deshalb, weil er neue Leiden vorbringen wollte, die aber im Beschwerdeverfahren der Neuerungsbeschränkung des § 46 BBG unterlagen. Am 25.04.2023 fand in Anwesenheit des amtssachverständigen Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie eine mündliche Verhandlung vor dem Bundesverwaltungsgericht statt. In Zuge der mündlichen Verhandlung zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde gegen den Bescheid vom 02.12.2022 zurück, dies im Wesentlichen deshalb, weil er neue Leiden vorbringen wollte, die aber im Beschwerdeverfahren der Neuerungsbeschränkung des Paragraph 46, BBG unterlagen.

Mit Beschluss des Bundesverwaltungsgerichtes vom 25.04.2023, W217 2264828-1/9E, wurde das Verfahren wegen Zurückziehung der Beschwerde eingestellt.

Ebenfalls am 25.04.2023 legte der Beschwerdeführer bei der belangten Behörde weitere Befunde vor, mit denen das Vorliegen einer Encephalitis disseminata (Multiple Sklerose) dargetan werden soll, was von der belangten Behörde als neuer Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses – sohin des nunmehr verfahrensgegenständlichen Antrages – gewertet wurde.

Die belangte Behörde holte in der Folge ein Sachverständigengutachten eines Facharztes für Neurologie auf Grundlage der Bestimmungen der Anlage zur Einschätzungsverordnung vom 19.06.2023, basierend auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 14.06.2023, ein. In diesem medizinischen Sachverständigengutachten wurde das Vorliegen folgender Funktionseinschränkungen festgestellt:

„[...]“

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

Posttraumatische Coxarthrose rechts nach Beckenringbruch.

Fixer Rahmensatz. Periartikuläre Verkalkungen und Beinverkürzung sind inkludiert.

02.05.09

30

2

Posttraumatisches Funktionsdefizit der rechten Sprunggelenke. Eine Stufe über dem oberen Rahmensatz, da auch Verdickung Mittelfuß, Belastungsdefizit und lokale Arthrosen.

02.05.32

30

3

Posttraumatische Gonarthrose rechtes Knie nach Schienbeinkopfbruch rechts.

Oberer Rahmensatz, da Belastungsdefizit.

02.05.18

20

4

Hörstörung bds.

Tabelle C3/K2-fixer Rahmensatz.

12.02.01

20

5

Encephalomyelitis disseminata - Multiple Sklerose - schubförmiger Verlauf

Unterer Rahmensatz, da kein neurologisches Defizit objektiverbar, keine Funktionseinschränkung, kein Fatiguesyndrom.

04.08.01

20

6

Chronischer Tinnitus bds.

Unterer Rahmensatz, da keine nennenswerten psychovegetativen Begleiterscheinungen dokumentiert.

12.02.02

10

Gesamtgrad der Behinderung 40 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Leiden 1 wird durch Leiden 2 und 3 wegen wechselseitiger Leidensbeeinflussung um eine Stufe erhöht. Leiden 4 bis 6 erhöhen wegen fehlender wechselseitiger Leidensbeeinflussung und zu geringer Leidenshöhe nicht weiter.

[.....]“

Mit Schreiben der belangten Behörde vom 26.06.2022 wurde der Beschwerdeführer über das Ergebnis der Beweisaufnahme in Kenntnis gesetzt. Das eingeholte Gutachten vom 19.06.2023 wurde dem Beschwerdeführer mit diesem Schreiben übermittelt. Dem Beschwerdeführer wurde in Wahrung des Parteiengehörs die Gelegenheit eingeräumt, binnen zwei Wochen ab Zustellung des Schreibens eine Stellungnahme abzugeben.

Der Beschwerdeführer brachte keine Stellungnahme ein.

Mit dem nunmehr angefochtenen Bescheid der belangten Behörde vom 31.08.2023 wurde der Antrag des Beschwerdeführers vom 25.04.2023 auf Ausstellung eines Behindertenpasses abgewiesen, da er mit einem Grad der Behinderung von 40% die Voraussetzungen nicht erfülle. Begründend wurde ausgeführt, dass im Ermittlungsverfahren ein Gutachten eingeholt worden sei, wonach der Grad der Behinderung 40% betrage. Die wesentlichen Ergebnisse des ärztlichen Begutachtungsverfahrens seien der Beilage, die einen Bestandteil der Begründung bilde, zu entnehmen. Dem Beschwerdeführer sei Gelegenheit gegeben worden, zum Ergebnis des Ermittlungsverfahrens Stellung zu nehmen. Da eine Stellungnahme nicht eingelangt sei, habe vom Ergebnis des Ermittlungsverfahrens nicht abgegangen

werden können. Die Ergebnisse des ärztlichen Begutachtungsverfahrens seien als schlüssig erkannt und in freier Beweiswürdigung der Entscheidung zugrunde gelegt worden. Das Sachverständigengutachten vom 19.06.2023 wurde dem Beschwerdeführer als Beilage zum Bescheid abermals übermittelt.

Mit Anwaltsschriftsatz vom 11.10.2023 brachte der Beschwerdeführer unter Vorlage weiterer medizinischer Unterlagen fristgerecht eine Beschwerde gegen den Bescheid vom 31.08.2023 ein.

Die belangte Behörde legte dem Bundesverwaltungsgericht am 02.11.2023 die Beschwerde und den Bezug habenden Verwaltungsakt zur Entscheidung vor.

Zur Überprüfung des Beschwerdegegenstandes holte das Bundesverwaltungsgericht ein weiteres medizinisches Sachverständigengutachten einer Ärztin für Allgemeinmedizin und Fachärztin für Unfallchirurgie mit der Zusatzausbildung Orthopädie vom 11.06.2024, beruhend auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 07.03.2024, auf Grundlage der Bestimmungen der Einschätzungsverordnung ein. In diesem medizinischen Sachverständigengutachten vom 11.06.2024 wurde – hier in den wesentlichen Teilen und in anonymisierter Form wiedergegeben – Folgendes ausgeführt:

„[....]

Im Beschwerdevorbringen des BF vom 02.05.2022, Abl. 34-40, wird, rechtsfreundlich vertreten durch Dr. S., RA, eingewendet, dass eine Verschlechterung des

Hüftleidens vorliege, sodass eine Operation notwendig sei und für Anfang Juli 2022 bereits angesetzt sei. Wegen Schmerzen im Hüftbereich und Knieproblemen sei es dem Antragsteller unmöglich, irgendwelche Gehstrecken schmerzfrei zu absolvieren, die mögliche Gehstrecke sei erheblich verkürzt. Auch im Bereich des Vorfußes lägen schwerste degenerative Veränderungen vor, das rechte Knie werde immer schlechter und schwelle an, was eine psychische Belastung darstelle.

Es lägen weiters eine massive Beeinträchtigung des Gehörs vor, Hörverlust aufgrund eines Knalltraumas, es lägen lediglich eine Gehörleistung von 60 % vor, er sei schwer hörbehindert.

Die Gehstrecke sei nicht ausreichend, ein sicheres Ein- und Aussteigen und ein sicherer Transport seien nicht gewährleistet.

In Abl. 49-51 vom 23.05.2022 wird, rechtsfreundlich vertreten durch Dr. S., RA, eingewendet, dass eine ausgeprägte Innenohrschwerhörigkeit beidseits vorliege, er sei schwer hörbehindert.

In Abl. 74 - 77 vom 22.08.2022, wird, rechtsfreundlich vertreten durch Dr. S., RA, eingewendet, dass die vorgesehene OP coronabedingt nicht habe stattfinden können. Das rechte Bein sei 2, 5 cm kürzer, eine operative Verlängerung sei durchzuführen. Dass die Schwierigkeiten keine Auswirkungen auf die Leiden im Bereich von Bein und Hüfte hätten, sei nicht nachvollziehbar. Auch das Gleichgewichtsorgan sei betroffen und führe zu

Schwierigkeiten bei den Bewegungsabläufen. Bestehende rheumatische Beschwerden seien nicht berücksichtigt worden.

In Abl. 79-81 vom 28.09.2022, wird, rechtsfreundlich vertreten durch Dr. S., RA, eingewendet, dass eine weitere Untersuchung aus dem Gebiet der Rheumatologie vorzunehmen sei, die Einwendungen zu berücksichtigen seien und dass sich die 5 Leiden negativ beeinflussten und erhöhend wirkten.

In Abl. 96-102 vom 19.12.2022, wird, rechtsfreundlich vertreten durch Dr. Dr. S., RA, eingewendet, dass ein Gutachten aus den Bereichen Rheumatologie einzuholen gewesen wäre. Die weiterhin beschriebenen Leiden würden zu einer wechselseitigen

Leidensbeeinflussung führen, insbesondere im Hinblick auf die Gehfähigkeit und Innenohrproblematik in Verbindung mit den orthopädischen Einschränkungen.

In Abl. 132-138 vom 11.10.2023, wird, rechtsfreundlich vertreten durch Dr. Dr. S.,

RA, eingewendet, dass lediglich ein neurologisches Gutachten eingeholt worden sei, weitere Gutachten, insbesondere aus dem Fachgebiet der Rheumatologie, seien erforderlich gewesen.

Multiple Sklerose müsse, in Zusammenscheu mit der Innenohrschädigung und den orthopädischen Leiden, zu einer Änderung des Gesamtgrades der Behinderung führen.

Es sei zu einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Er leide unter massiven Schmerzzuständen im Bereich beider Hüften, Beckenschiefstand verursache erhebliche Schmerzen. Er leide unter massiven Kniesten.

Die Nasenatmung sei behindert. Die Wirbelsäule sei verkrümmt.

Die MS habe sich verschlechtert.

Er habe Schatten auf der Lunge und es liege ein Verdacht auf Aneurysma vor.

In Abl. 151-153 vom 30.01.2024, wird, rechtsfreundlich vertreten durch Dr. S., RA, eingewendet, dass das rechte Bein um 33mm kürzer sei als das linke.

Eine Beinverkürzung an sich ergebe bereits einen Grad der Behinderung von über 50%.

Vorgeschichte:

AE, TE, Schlüsselbeinbruch links, gebrochene Füße im Jugendalter

Bursektomie rechtes Knie 06/2013

2013 Motorradunfall: Polytrauma mit Becken-Hüftpfannenbruch, Schienbeinbruch,

Trümmerbruch/Verrenkungsbruch rechtes Sprunggelenk, Mittelfußknochenbrüche, operative Versorgung KH X, dann 10/2013 bis 02/2014 Rehabilitation W. Hüftpfannenbruch rechts, Osteosynthese, Metall in situ MS seit 2008: rezidivierende GesichtsfeldstörungTrümmerbruch/Verrenkungsbruch rechtes Sprunggelenk, Mittelfußknochenbrüche, operative Versorgung KH römisch zehn, dann 10/2013 bis 02/2014 Rehabilitation W. Hüftpfannenbruch rechts, Osteosynthese, Metall in situ MS seit 2008: rezidivierende Gesichtsfeldstörung

Zwischenanamnese seit 6/2023:

Keine Operationen, kein stationärer Aufenthalt.

Befunde:

Abl. 25 CT rechte Hüfte 28.12.2021 (Deutliche Zeichen der Coxarthrose mir deutlicher

Osteophytenbildung Bei Z.n. Osteosynthese an der Gelenkpfanne von dorsal aktuell keine Zeichen einer Pseudarthrose. Einzelne kleine freie Gelenkskörper.)

Abl. 41 Röntgen Beckenübersicht 12.10.2021 (Beckenschiefstand, der Beckenkamm links steht ca. 2 cm höher. Z.n. Osteosynthese rechts. Acetabulum mit 4 Verschraubungen, Deutliche Coxarthrosezeichen rechts mit Gelenkspaltverschmälerung und verstärkter subchondraler Sklerose der korrespondierenden Gelenkstflächen

Leichte Coxarthrosezeichen SI Gelenksarthrose links

Das rechte SI-Gelenk kaum abzugrenzen — Ankylose?

Osteodensitometrie T-Score: -2,3

Möglicherweise posttraumatische Coxarthrose rechts. Incipiente Coxarthrose links. Osteopenie / Fortgeschrittene Osteopenie/beginnende Osteoporose)

Abl. 42, 44, 45 Röntgen Knie rechts Vorfuß rechts 17.03.2022 (Status post Tibiakopffraktur, ausgeprägte Gonarthrosezeichen.

Schwerste degenerative Veränderungen im Bereich des Vorfußes mit osteolytischen

Veränderungen am Köpfchen des Os metatarsale IV + V (rheumatoide Grunderkrankung?). Veränderungen am Köpfchen des Os metatarsale römisch IV + römisch fünf (rheumatoide Grunderkrankung?).)

Abl. 43 Medikamentenverschreibung vom 17.03.2022

Abl. 52 - 54 Audiometriebefund 13.10.2021

Abl. 55 Dr. F. FA für HNO 4.5.2022 (Hochtonhörstörung bds rechts mit

Steilabfall, Nasenatmungsbehinderung. Sepumdeviation, Z.n. Knalltrauma Hörgeräteversorgung empfohlen)

Abl. 117 MR — Gehirn vom 2008.04.22 (Es zeigt sich eine Bereich der Pons zentral eine knapp 1 cm im Durchmesser haltende gliotische Läsion. Oleovit D3

Veränderungen nehmen zum jetzigen Zeitpunkt kein Kontrastmittel auf — Multiple WML's periventrikulär und in unmittelbarer Nachbarschaft der Balkenregion! Bezuglich dem Jahr 2000 besteht eine deutliche Befundverschlechterung. Zudem besteht auch eine inaktive Läsion im Bereich der Pons.

Zusammenfassend ist eine Encephalitis disseminata durchaus möglich)

Abl. 119 X Militärspital Dr. J. für Neurologie u. Psychiatrie Abl. 119 römisch zehn Militärspital Dr. J. für Neurologie u. Psychiatrie

15.12.2010 (Encephalomyelitis diss., schubförmiger Verlauf, sogenanntes FatigueSyndrom, rez Gesichtsfeldausfälle (z.B. Aura ohne Migräne). Lumbago bei bekannten deg.

LWS-Veränderungen u. Osteoporose Dysthymia somatoform

Bzgl. der Enc.diss. eingeschränkte Belastbarkeit: Vermeidung von körperlicher Belastung mit Erschöpfung bzw. Vermeidung extremer Temperaturen bzgl. Längerem Stehen Anbindung an ein MS-Zentrum empfohlen.)

Abl. 139 =142 Abteilung für Pneumologie 22.09.2023 (in gut 3 Monaten CT-Thorax Kontrolle empfohlen)

Abl. 140 Dr. A. (In der Jugend Nasentrauma ca 20. Jj- seither tw behinderte Nasenatmung, morgens Nasenrinnen, seit 1 Mo vermehrt Probleme mit Nasenatmung keine Allergien bek- letzter Epicutan Allergietest neg

FA Derma lt Pat, keine Allergien bekSt p Nasentrauma im ca 20. Jj, Va Allergische Rhinitis FA Derma römisch eins t Pat, keine Allergien bekSt p Nasentrauma im ca 20. Jj, römisch fünf a Allergische Rhinitis,

Innenohrläsion, chron Tinnitus bds- va in Ruhe störend, Cerumen br Th: exakte mikroskopische Ohrsäuberung, MOMETASON Na-SPRAY 18G 2x tgl 1 Coldamaris, Mg bez HG gesprochen- Pat will abwarten)

Abl. 141 Abteilung für Pneumologie 06.09.2023 (Befundbesprechung einer auswärtig durchgeführten CT-Angiographie, die im Rahmen einer Aortenektasie durchgeführt wurde. In dieser zeigt sich als Nebenbefund eine knapp 2 cm große Veränderung im linken

Unterlappen paramediastinal. Einer Nikotinanamnese von Candesartan 120 pack years ist hier naturgemäß ein malignes Geschehen nicht auszuschließen, als nächster Schritt wird eine PET-CT für 19.09.2023 geplant, die Aufklärung erfolgt noch heute. Befundbesprechung am selben Tag mit, je nach Befund, Planung weiterer Schritte. Eine cerebrale MRT wird kommende Woche ohnehin aufgrund einer fraglichen MS-Erkrankung durchgeführt werden, sodass ein Staging potenziell komplett wäre, je nach PET-CT Befund dann Planung weiteren Schritte bezüglich Histologiegewinnung.)

Abl. 143 Röntgen HWS mit Funktionsaufnahmen 22.08.2023 (Homogene knöcherne Struktur.

Streckstellung. Keine Gefügestörung, die Beweglichkeit imponiert unauffällig

Atlantodentalgelenksarthrose Incipiente Osteochondrose C4/C5 Leichte rechtsbetonte Spondylarthrosezeichen.

Geringe linkskonvexe Skoliose thoracolumbal, unauffällige Form der Brustwirbelkörper.

Geringe Osteochondrosen L4-S1. Spondylarthrose L3-S1.

Oberhalb der Bifurkation imponiert die abdominelle Aorta erweitert

Osteodensitometrie: Osteopenie

Beckenübersicht: Homogene knöcherne Struktur. Beckenschiefstand, Caput femoris links ist

2,5 cm höherstehend. Z.n. Osteosynthese im Bereich des rechten Acetabulums.

Höchstgradige Coxarthrose rechts ggr Coxarthrose links. Ausgeprägte Vasosklerose.)

Abl. 145 MR Schädel 12.09.2023 (Deutliche plaqueartige Marklagerveränderungen, vorwiegend am Rande des Balkens sowie in der Umgebung Vorder- und Hinterhömer, deutlich progradient gegenüber 2008 — durchaus gut zu einer Encephalitis disseminata passend

Kein Hinweis auf eine rezente Aktivität der Plaques.

Diffuse cerebrale Atrophie. Diffuse cerebrale Atrophie, Sinusitis der Nasennebenhöhlen.)

Abl. 154 Röntgen Ganzbeinstandaufnahme beidseits 22.01.2024 (Moderate Coxarthrose. Liegende Schrauben im Bereich der rechten Hüfte. Gonarthrose. Das rechte Bein ist deutlich kürzer als das linke (links +33 mm))

Sozialanamnese: ledig, keine Kinder, lebt alleine in Wohnung im Erdgeschoß

Berufsanamnese: Beamter im Ruhestand mit 62 Jahren, zuvor Heeresbediensteter

Medikamente: Aglandin, Atorvastatin, Calciduran, Oleovit D3, Rilmenidin, TASS

Allergien: 0

Nikotin: 20

Hilfsmittel: 0

Laufende Therapie bei Hausarzt Dr.R.

Derzeitige Beschwerden:

„Der Termin für die Hüfttotalendoprothese rechts konnte wegen Personalmangels nicht wahrgenommen werden.

Demnächst ist eine Katarakt Op geplant.

Ich habe eine Beinlängendifferenz von 33 mm, trage einen Längenausgleich mit

Aufdoppelung von 2,5 cm.

Bei der 1. Op der rechten Hüfte ist die Metallentfernung geplant, ein Ausgleich von 33 mm ist in einer Operation nicht möglich, geplant ist als 2. Schritt eine Verlängerung links, derzeit in Planung.

2013 hatte ich eine Patellafraktur rechts, keine OP. Immer wieder Schmerzen

Schmerzen habe ich in der rechten Hüfte, im rechten Kniegelenk und rechten Sprunggelenk.

Schmerzen habe ich in der LWS, BS Vorfälle vor vielen Jahren, keine Ausstrahlung der Schmerzen.

Stiegensteigen ist ohne Gehstock schwierig.

Die MS ist schlechter geworden, habe einen Schleier im rechten Auge, verwende Augentropfen. Letzte augenärztliche Untersuchung war 2023.

Die MS verläuft schubförmig, 2-4 x im Jahr ein Schub mit Gesichtsfeldausfall, nach 10-15 min wieder Normalisierung, sonst habe ich keine Auswirkungen. Tinnitus habe ich vor allem am Abend."

STATUS:

Allgemeinzustand gut, Ernährungszustand gut.

Größe 182 cm, Gewicht 96 kg, 66a

Caput/Collum: klinisch unauffälliges Hör- und Sehvermögen Thorax: symmetrisch, elastisch

Atemexkursion seitengleich, sonorer Klopfschall, VA. HAT rein, rhythmisch. Abdomen: klinisch unauffällig, keine pathologischen Resistenzen tastbar, kein

Druckschmerz.

Integument: unauffällig

Schultergürtel und beide oberen Extremitäten:

Rechtshänder. Der Schultergürtel steht horizontal, symmetrische Muskelverhältnisse.

Die Durchblutung ist ungestört, die Sensibilität wird als ungestört angegeben.

Die Benützungszeichen sind seitengleich vorhanden.

Sämtliche Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Schultern, Ellbogengelenke, Unterarmdrehung, Handgelenke, Daumen und Langfinger seitengleich frei beweglich. Grob- und Spitzgriff sind uneingeschränkt durchführbar. Der Faustschluss ist komplett, Fingerspreizen beidseits unauffällig, die grobe Kraft in etwa seitengleich, Tonus und Trophik unauffällig.

Nacken- und Schürzengriff sind uneingeschränkt durchführbar.

Becken und beide unteren Extremitäten.

Freies Stehen sicher möglich, Einbeinstand ist mit Anhalten kurz möglich.

Die Beinachse ist im Lot. Annähernd symmetrische Muskelverhältnisse.

Beinlänge nicht ident, rechts — 3,5 cm.

Die Durchblutung ist ungestört, keine Ödeme, die Sensibilität wird als ungestört angegeben.

Hüftgelenk rechts: Narbe über dem Beckenkamm dorsolateral, keine Bewegungsschmerzen Kniegelenk rechts: Narbe quer über der Patella, Krepitation, mäßige Umfangsvermehrung und Konturvergrößerung

Sprunggelenk rechts: Narbe bei plastischer Deckung über dem Sprunggelenk mit einem DM von 8 cm, Narbe in Hautniveau, Rückfuß rechts Varusstellung vor allem bei Belastung, ggr Hohlfuß, Beschwiebung lateral verbreitert, Abrollen gehemmt, USG versteift.

Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig

Aktive Beweglichkeit: Hüften S links 0/110, rechts 0/95, IRIAR links 10/0/40, rechts 5/0/30, Knie rechts 0/10/90, links 0/0/130, Sprunggelenk rechts 0/0/25, links 10/0/40, USG rechts versteift, links unauffällig, Zehen sind seitengleich frei beweglich.

Das Abheben der gestreckten unteren Extremität ist beidseits bis 60 0 bei KG 5 möglich.

Wirbelsäule:

Becken steht rechts tiefer, in etwa im Lot, skoliotische Fehlhaltung bei Beinlängendifferenz, sonst regelrechte Krümmungsverhältnisse. Die Rückenmuskulatur ist symmetrisch ausgebildet, mäßig Hartspann, kein Klopfschmerz über der Wirbelsäule. Aktive Beweglichkeit:

HWS: in allen Ebenen frei beweglich

BWS/LWS: FBA: 20 cm, F und R 200

Lasegue bds. negativ, Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft auslösbar.

Gesamtmobilität — Gangbild:

Kommt selbständig gehend mit Halbschuhen, das Gangbild ist bei BLD rechts ggr hinkend.

Das Aus- und Ankleiden wird selbständig im Sitzen durchgeführt.

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

STELLUNGNAHME:

ad 1) Gesonderte fachspezifische Einschätzung des Grades der Behinderung (GdB) für jede festgestellte Gesundheitsschädigung:

1 Posttraumatische Coxarthrose rechts nach Beckenringbruch 02.05.09

Wahl dieser Position, da mäßige funktionelle Einschränkung und rezidivierende

Beschwerden bei periartikulärer Verkalkung.

30%

2 Posttraumatisches Funktionsdefizit rechtes Sprunggelenk 02.05.32

30%

1 Stufe unter dem oberen Rahmensatz, da mittelgradige Einschränkung des

Bewegungsumfangs des oberen Sprunggelenks und in Mittelstellung versteiftes unteres

Sprunggelenk, bandstables Gelenk ohne Hinweis für Pseudarthrose.

3 Posttraumatische Kniegelenksarthrose rechts

Wahl dieser Position entsprechend dem Bewegungsumfang.

4 Beinverkürzung rechts über 3 cm

Unterer Rahmensatz, da eine Beinverkürzung von 3,5 cm vorliegt

02.05.20

30%

02.05.02

20%

5 Hörstörung bds. Tabelle Z3/K2

Fixer Rahmensatz.

12.02.01

20%

6 Multiple Sklerose

04.08.01

20%

Unterer Rahmensatz, da kein neurologisches Defizit objektiverbar, keine

Funktionseinschränkung, kein Fatiguesyndrom.

7 Chronischer Tinnitus bds. 12.02.02 10%

Unterer Rahmensatz, da keine nennenswerten psychovegetativen Begleiterscheinungen dokumentiert.

ad 2) Einschätzung und Begründung des Gesamt-GdB: 50%

Auf die Frage, ob eine wechselseitige Beeinflussung der Funktionsbeeinträchtigungen vorliegt, die geeignet ist, eine Erhöhung des Grades der Behinderung zu bewirken, ist mit näherer Begründung gesondert einzugehen.

Leiden 1 wird durch Leiden 2-4 wegen teilweise Leidensüberschneidung (Leiden 1 und 4) und wegen ungünstiger wechselseitiger Leidensbeeinflussung um 2 Stufen erhöht. Leiden 5 bis 7 erhöhen nicht, da keine ungünstige wechselseitige Leidensbeeinflussung vorliegt, es sind nicht die gleichen Organsysteme betroffen.

ad 3) Fachspezifische Stellungnahme, ob und gegebenenfalls inwiefern im aktuell erhobenen Befund im Vergleich zum Gutachten vom 19.06.2023, ABL 120-125, im Hinblick auf den Grad der Behinderung eine Veränderung im Leidenzustand (Verschlimmerung/Verbesserung) objektivierbar ist.

Die objektivierbare Beinverkürzung rechts von 3,5 cm wird entsprechend den Kriterien der Einschätzungsverordnung gesondert eingestuft.

Das Kniegelenksleiden wird entsprechend dem objektivierbaren Umfang der Beweglichkeit neu eingestuft.

Keine Änderung der weiteren Leiden.

Der Gesamtgrad der Behinderung wird um eine Stufe angehoben.

ad 4) Ausführliche fachspezifische Stellungnahme zu den Einwendungen des

Beschwerdeführers ABL 34-40, ABL 49-51, ABL 74-77, ABL 79-81, ABL 86, ABL 96-102, ABL 132-138 sowie insbesondere ABL 151 (zwar ist das Vorbringen in der Stellungnahme vom 30.01.2024, dass „eine Beinverkürzung von über 3 cm bereits an sich einen Grad der Behinderung von über 50% ergebe“, unzutreffend, allerdings wird-sollte tatsächlich eine

Beinverkürzung rechts von 33 mm, sohin über 3 cm, festzustellen sei — auf die gesonderte Einstufung einer solchen Beinverkürzung nach der Positionsnummer 02.05.02 der Anlage zur Einschätzungsverordnung hingewiesen („Beinverkürzung über 3 cm bis 8 cm 20-40%“).

Vorgebracht wird, dass eine Verschlechterung des Hüftleidens vorliege, sodass eine Operation notwendig sei und für Anfang Juli 2022 bereits angesetzt sei. Wegen Schmerzen im Hüftbereich und Knieprob/emen sei es dem Antragsteller unmöglich, irgendwelche Gehstrecken schmerfrei zu absolvieren, die mögliche Gehstrecke sei erheblich verkürzt.

Auch im Bereich des Vorfußes lägen schwerste degenerative Veränderungen vor, das rechte Knie werde immer schlechter und schwelle an, was eine psychische Belastung darstelle.

Es lägen weiters eine massive Beeinträchtigung des Gehörs vor, Hörverlust aufgrund eines

Knalltraumas, es lägen lediglich eine Gehörleistung von 60 % vor, er sei schwer hörbehindert. Die Gehstrecke sei nicht ausreichend, ein sicheres Ein- und Aussteigen und ein sicherer Transport seien nicht gewährleistet.

Die vorgesehene OP habe coronabedingt nicht stattfinden können. Das rechte Bein sei 2, 5 cm kürzer, eine operative Verlängerung sei durchzuführen. Dass die Schwierigkeiten keine

Auswirkungen auf die Leiden im Bereich von Bein und Hüfte hätten, sei nicht nachvollziehbar. Auch das Gleichgewichtsorgan sei betroffen und führe zu Schwierigkeiten bei den Bewegungsabläufen. Bestehende rheumatische Beschwerden seien nicht berücksichtigt worden, eine weitere Untersuchung aus dem Gebiet der Rheumatologie sei vorzunehmen, die Einwendungen seien zu berücksichtigen und dass sich die 5 Leiden negativ beeinflussten und erhöhend wirkten.

Multiple Sklerose müsse, in Zusammenschau mit der Innenohrschädigung und den orthopädischen Leiden, zu einer Änderung des Gesamtgrades der Behinderung führen.

Es sei zu einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Er leide unter massiven Schmerzzuständen im Bereich beider Hüften, Beckenschiefstand verursache erhebliche Schmerzen. Er leide unter massiven Kniesten.

Die Nasenatmung sei behindert. Die Wirbelsäule sei verkrümmt.

Die MS habe sich verschlechtert.

Er habe Schatten auf der Lunge und es liege ein Verdacht auf Aneurysma vor.

Das rechte Bein sei um 33mm kürzer als das linke.

Eine Beinverkürzung an sich ergebe bereits einen Grad der Behinderung von über 50%.

Dem wird entgegengehalten, dass anhand der aktuellen Begutachtung keine maßgebliche Verschlechterung des Hüftleidens rechts festzustellen ist. Die Einstufung mit 30 Prozent deckt in vollem Umfang die mittelgradige Einschränkung der Beweglichkeit ab. Eine wesentliche Verkürzung der Gehstrecke ist, ohne Nachweis höhergradiger degenerative Veränderungen Funktionseinschränkungen, nicht nachvollziehbar. Eine analgetische Dauermedikation nicht etabliert.

Das Kniegelenksleiden rechts wird neu eingestuft.

Ein psychiatrisches Leiden oder psychische Belastungssituation ist nicht durch entsprechende Befunde belegt.

Schwerste degenerative Veränderungen im Bereich des Vorfußes, entsprechend dem radiologischen Befund, führen jedoch nicht zu keinen objektivierbaren Funktionseinschränkungen.

Die Hörstörung wird fachärztlich in korrekter Höhe eingestuft, eine Verschlimmerung ist nicht durch entsprechende Befunde belegt, eine schwere Hörminderung im Sinne der Einschätzungsverordnung liegt nicht vor.

Bei der aktuellen klinischen Untersuchung konnte eine Beinverkürzung rechts von 3, 5 cm festgestellt werden. Dies deckt sich mit dem nachgereichten Befund (33 mm).

Eine operative Versorgung mit Implantation einer Hüfttotalendoprothese rechts mit

Längenausgleich (zumindest teilweise) ist möglich, stellt jedoch keine zumutbare

Therapieoption dar. Für die Einstufung relevant sind objektivierbare Funktionseinschränkungen. Das Ausmaß der Beweglichkeit und das Gangbild bestimmen im Wesentlichen den Grad der Behinderung, es wird daher eine korrekte Einstufung vorgenommen.

Die Beinlängendifferenz wird, da im Vergleich zum Vorgutachten nun stärker ausgeprägt, einer gesonderten Einstufung unterzogen. Wegen teilweise Leidensüberschneidung kommt es jedoch zu keiner Erhöhung des Gesamtgrades der Behinderung durch die BLD.

Eine Gleichgewichtsstörung konnte nicht festgestellt werden. Ein Leiden aus dem Gebiet der Rheumatologie im Sinne einer entzündlichen Gelenkerkrankung ist anhand der vorgelegten Befunde nicht objektivierbar.

Die gegenseitige Leidensbeeinflussung wird bei der Ermittlung des Gesamtgrades der Behinderung besprochen.

Multiple Sklerose bzw. der Verdacht auf Multiple Sklerose ohne spezifische Behandlungserfordernis wird, unter Beachtung der zeitweise auftretenden Augensymptome, einer korrekten Einstufung unterzogen. Eine gegenseitige Leidensbeeinflussung mit den weiteren Leiden liegt nicht vor.

Eine maßgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist im Bereich des rechten Kniegelenks objektivierbar und führt zu einer Neubeurteilung.

Massive Schmerzzustände im Bereich der Hüften bei Beckenschiefstand sind insofern nicht nachvollziehbar, da weder eine höhergradige Einschränkung der Beweglichkeit noch eine höhergradige Gangbildbeeinträchtigung noch eine gehäufte orthopädische bzw. analgetische Behandlung objektivierbar ist.

Eine anhaltende Behinderung der Nasenatmung ist nicht objektivierbar. Der Schatten auf der Lunge wird einer Abklärung unterzogen, derzeit ist kein behinderungsrelevantes Leiden objektivierbar.

Verdacht auf Aneurysma stellt per se kein behinderungsrelevantes Leiden dar.

Dass sich aufgrund der Beinverkürzung von 33 bzw. 35 mm ein Grad der Behinderung von über 50 % ergebe, ist nicht durch die Kriterien der Einschätzungsverordnung gedeckt.

ad 6) Ausführliche fachspezifische Stellungnahme zu den im Beschwerdeverfahren vorgelegten Befunden

vom Diagnosezentrum A. vom 12.10.2021, ABL 41

vom Diagnosezentrum A. vom 17.03.2022, ABL 42

von Dr. S. vom 17.03.2022, ABL 43 von Dr. Sitzung vom 17.03.2022, ABL 43

von Gruppenpraxis für Radiologie OG vom 18.03.2022, ABL 44-45

von Dr. A. vom 04.05.2022, ABL 52-55

von Landesklinikum A. vom 22.04.2008, ABL 117-118

von X Militärspital OA Dr. J. vom 15.12.2010, ABL 119 von römisch zehn Militärspital OA Dr. J. vom 15.12.2010, ABL 119

vom X klinikum Y. vom 22.09.2023, ABL 139 = 142 vom römisch zehn klinikum Y. vom 22.09.2023, ABL 139 = 142

von Dr. S. vom 19.08.2019, ABL 140 von Dr. Sitzung vom 19.08.2019, ABL 140

vom X klinikum Y. vom 06.09.2023, ABL 141 vom römisch zehn klinikum Y. vom 06.09.2023, ABL 141

vom Diagnosezentrum A. vom 22.08.2023, ABL 143-144

vom Landesklinikum A. vom 13.09.2023, ABL 145

sowie insbesondere von der Gruppenpraxis für Radiologie OG vom 22.01.2024, ABL

152 betreffend die Beinlängenverkürzung

Abl. 41 Röntgen Beckenübersicht 12.10.2021 (Beckenschiefstand, der Beckenkamm links steht ca. 2 cm höher. Z.n. Osteosynthese rechts. Acetabulum mit 4 Verschraubungen, Deutliche Coxarthrosezeichen rechts mit Gelenkspaltverschmälerung und verstärkter subchondraler Sklerose der korrespondierenden Gelenkstflächen

Leichte Coxarthrosezeichen SI Gelenksarthrose links

Das rechte SI-Gelenk kaum abzugrenzen — Ankylose?

Osteodensitometrie T-Score: -2,3

Möglicherweise posttraumatische Coxarthrose rechts. Incipiente Coxarthrose links.

Osteopenie / Fortgeschrittene Osteopenie/beginnende Osteoporose) - Befund steht in

Einklang mit getroffener Beurteilung. Die radiologische feststellbare posttraumatische Coxarthrose wird unter Beachtung der mittelgradigen Funktionseinschränkungen korrekt eingestuft. Die aktuell feststellbare Beinlängendifferenz wird neu bewertet.

ABI. 42, 44, 45 Röntgen Knie rechts Vorfuß rechts 17.03.2022 (Status post Tibiakopffraktur, ausgeprägte Gonarthrosezeichen.

Schwerste degenerative Veränderungen im Bereich des Vorfußes mit osteolytischen

Veränderungen am Köpfchen des Os metatarsale IV + V (rheumatoide Grunderkrankung?)

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at