

TE Bvwg Erkenntnis 2026/2/10 L518 2325600-1

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 10.02.2026

Entscheidungsdatum

10.02.2026

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 StGBI. Nr. 4/1945
11. B-VG Art. 133 gültig von 03.01.1930 bis 30.06.1934

Spruch

L518 2325600-1/5E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch den Richter XXXX als Vorsitzenden und den Richter XXXX und den fachkundigen Laienrichter XXXX als Beisitzer über die Beschwerde von XXXX geb. XXXX , gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Oberösterreich, vom 02.07.2025, Zl. OB: 80172495500013 in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt: Das Bundesverwaltungsgericht hat durch den Richter römisch 40 als Vorsitzenden und den Richter römisch 40 und den fachkundigen Laienrichter römisch 40 als Beisitzer über die Beschwerde von römisch 40 geb. römisch 40 , gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Oberösterreich, vom 02.07.2025, Zl. OB: 80172495500013 in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

A)

Der Beschwerde wird gemäß § 28 Abs 1 Verwaltungsgerichtsverfahrensgesetz (VwGVG), BGBl. I Nr. 33/2013 idGF iVm § 1 Abs 2, § 40 Abs 1, § 41 Abs 1 und 2, § 45 Abs 1 bis 3 Bundesbehindertengesetz (BBG), BGBl. Nr. 283/1990 idGF stattgegeben und darüber hinaus festgestellt, dass der Gesamtgrad der Behinderung 50 vH beträgt. Der Beschwerde wird gemäß Paragraph 28, Absatz eins, Verwaltungsgerichtsverfahrensgesetz (VwGVG), Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 33 aus 2013, idGF in Verbindung mit Paragraph eins, Absatz 2,, Paragraph 40, Absatz eins,, Paragraph 41, Absatz eins und 2, Paragraph 45, Absatz eins bis 3 Bundesbehindertengesetz (BBG), Bundesgesetzblatt Nr. 283 aus 1990, idGF stattgegeben und darüber hinaus festgestellt, dass der Gesamtgrad der Behinderung 50 vH beträgt.

B)

Die Revision ist gemäß Art 133 Abs 4 Bundesverfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930 idGF nicht zulässig. Die Revision ist gemäß Artikel 133, Absatz 4, Bundesverfassungsgesetz (B-VG), Bundesgesetzblatt Nr. 1 aus 1930, idGF nicht zulässig.

Text

Entscheidungsgründe:

I. Verfahrensgang: römisch eins. Verfahrensgang:

Die beschwerdeführende Partei (im Folgenden „BF“ bzw. „bP“ genannt) beantragte mit am 11.12.2024 bei der belangten Behörde (folglich „bB“ bezeichnet) einlangenden Schreiben die Ausstellung eines Behindertenpasses. Zur Untermauerung seines Vorbringens brachte der BF ein Konvolut von ärztlichen Unterlagen in Vorlage.

Die bP wurde am 03.06.2025 durch Dr. XXXX , Arzt für Allgemeinmedizin und FA für Orthopädie, klinisch untersucht und wurde in dem am 07.06.2025 vidierten Gutachten wegen Hüftendoprothesen bds., liegende Hüftendoprothesen Implantationsdatum rechts 2020 und links 2022 mit belastungsabhängigen Beschwerden, klinisch Aufhebung der Innenrotation mit einerseits einem bestehenden Rotationsschmerz, reizlose Narben, peritrochantäre Schmerzbild bei Bursitis trochanterica wurde unter dieser Position berücksichtigt; Kniegelenksbeschwerden bds.,

Verschleißerscheinungen an beiden Kniegelenken sowie Abriss des vorderen Kreuzbandes mit subjektivem Instabilitätsgefühl, Kniebandagen werden getragen, gute Beweglichkeit, oberen Fehlstellung, Termin zur Implantation einer KTEP links ist für Ende des Jahres 2025 vorgesehen, MRT-Befunde beider Kniegelenke vorliegend; Schulterprothese rechts, Unmittelbar zurückliegende Implantation einer inversen Schulterprothese rechts, die Schulter selbst im Abduktionsverband daher Bewegungsuntersuchung nicht möglich, radiologische Befunde vorliegend; Wirbelsäulenbeschwerden, Unspezifische Wirbelsäulenbeschwerden mit episodischer Verschlechterung, kein radikuläres sensibles oder motorisches Defizit sowie Bluthochdruckerkrankung, Bluthochdruckerkrankung mit echokardiografisch dokumentiertem Cor hypertonicum bei guter linksventrikulärer Funktion, Aortenklappensklerose ohne relevante Stenose. Kein Perikarderguss, keine antihypertensive Medikation einen Gesamtgrad der Behinderung von 40 v.H. Die bP wurde am 03.06.2025 durch Dr. römisch 40, Arzt für Allgemeinmedizin und FA für Orthopädie, klinisch untersucht und wurde in dem am 07.06.2025 vidierten Gutachten wegen Hüftendoprothesen bds., liegende Hüftendoprothesen Implantationsdatum rechts 2020 und links 2022 mit belastungsabhängigen Beschwerden, klinisch Aufhebung der Innenrotation mit einerseits einem bestehenden Rotationsschmerz, reizlose Narben, peritrochantäre Schmerzbild bei Bursitis trochanterica wurde unter dieser Position berücksichtigt; Kniegelenksbeschwerden bds., Verschleißerscheinungen an beiden Kniegelenken sowie Abriss des vorderen Kreuzbandes mit subjektivem Instabilitätsgefühl, Kniebandagen werden getragen, gute Beweglichkeit, oberen Fehlstellung, Termin zur Implantation einer KTEP links ist für Ende des Jahres 2025 vorgesehen, MRT-Befunde beider Kniegelenke vorliegend; Schulterprothese rechts, Unmittelbar zurückliegende Implantation einer inversen Schulterprothese rechts, die Schulter selbst im Abduktionsverband daher Bewegungsuntersuchung nicht möglich, radiologische Befunde vorliegend; Wirbelsäulenbeschwerden, Unspezifische Wirbelsäulenbeschwerden mit episodischer Verschlechterung, kein radikuläres sensibles oder motorisches Defizit sowie Bluthochdruckerkrankung, Bluthochdruckerkrankung mit echokardiografisch dokumentiertem Cor hypertonicum bei guter linksventrikulärer Funktion, Aortenklappensklerose ohne relevante Stenose. Kein Perikarderguss, keine antihypertensive Medikation einen Gesamtgrad der Behinderung von 40 v.H.

Dem mit Schreiben vom 11.06.2025 gewährten Parteiengehör trat der BF dahingehend entgegen, dass die Knie TEP OP für den 04.08.2025 geplant ist und er die täglichen Tätigkeiten nicht mehr schaffe. Der BF brachte zudem weitere Bescheinigungsmittel in Vorlage.

Der Antrag des BF wurde mit im Spruch bezeichneten Bescheid abgewiesen.

Am 28.10.2025 wurde der BF durch Dr. XXXX, Arzt für Allgemeinmedizin, FA für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, neuerlich klinisch untersucht und erbrachte das am 02.11.2025 vidierte Gutachten im Wesentlichen nachstehendes Ergebnis: Am 28.10.2025 wurde der BF durch Dr. römisch 40, Arzt für Allgemeinmedizin, FA für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, neuerlich klinisch untersucht und erbrachte das am 02.11.2025 vidierte Gutachten im Wesentlichen nachstehendes Ergebnis:

Anamnese:

Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses.

Einwendungen zum Parteiengehör

Voruntersuchung orthop. FA Dr. Roland Bruderhofer vom 03.06.2025: GdB 40 %, keine NU;

- Hüftprothese beidseits (30 %)
- - Implantation rechts am 23.01.2020
- - Implantation links am 02.08.2022
- Kniegelenksbeschwerden beidseits (30 %)
- Schulterprothese rechts am 22.05.2025 (20 %)
- Wirbelsäulenbeschwerden (20 %)
- Bluthochdruck, Cor hypertonicum (10 %)

Zusätzliche Diagnosen:

- Eingeschränktes Hörvermögen - Hörgeräte beidseits

Derzeitige Beschwerden:

Die Befragung und Untersuchung des Patienten erfolgt teilweise unter sprachlicher Unterstützung durch seine Ehefrau.

Der Patient berichtet über multiple Beschwerden des gesamten Bewegungsapparates und führt dies auf seine jahrelange körperlich schwer anstrengende Arbeit als Schlosser zurück. Es wurden bereits beidseits Hüftprothesen implantiert, hier berichtet der Patient über wiederkehrende Belastungsschmerzen. Eine Kontrolle beim Operateur ist für November 2025 geplant.

Der Patient stürzt am 02.10.2023 und luxiert sich dabei die linke Schulter. Es findet dann auch eine spontane Reposition statt. Radiologisch finden sich ausgeprägte Teileinrisse der Rotatorenmanschette (SSC, ISP, SSP). Eine konservative Therapie wird durchgeführt. Der Patient stürzt erneut am 20.06.2024, dabei kam es einerseits zu einer Knieverletzung rechts, andererseits zu einem vollständigen Abriss der Rotatorenmanschette rechts mit Reduktion der Sehnen und Muskelatrophie. Im Mai 2025 war daraufhin ein kombinierter Eingriff mit Implantation einer inversen Schulterprothese rechts sowie Neurolyse des Nervus medianus rechts durchgeführt worden. Die Beweglichkeit der Schulter ist insgesamt gut, der Patient berichtet hier noch über Belastungsschmerzen.

Im Vordergrund stehen derzeit die Kniegelenksbeschwerden beidseits links mehr als rechts. Die Implantation einer Knieendoprothese links ist bereits für 15.12.2025 geplant.

Der Patient berichtet auch über wiederkehrende Beschwerden in der unteren Lendenwirbelsäule. Im Juli 2025 wurden CT-gezielt die Facettgelenke L5/S1 sowie die ISG beidseits einmalig infiltriert, eine Besserung seiner lumbalen Schmerzen hat sich laut Patient dadurch nicht ergeben.

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Behandlungen: derzeit keine;

Es wird keine ärztlich bestätigte Medikamentenliste vorgelegt.

Medikation laut Patient: Metagelan (Metamizol) Tr 500mg/ml bei Bedarf (3-4x pro Woche);

Hilfsmittel: Gleitsichtbrille, Hörgeräte beidseits, Schuheinlagen, Kniebandagen beidseits, Unterarmstützkrücke bei Bedarf;

Alle vorhandenen Befunde wurden eingesehen.

Zusätzliche Befunde wurden nicht vorgelegt.

Arztbrief Orthopädie XXXX vom 30.01.2020:Arztbrief Orthopädie römisch 40 vom 30.01.2020:

- Coxarthrose rechts

- 23.01.2020: HTEP Falcon, Monocon Schraubpfanne Gr. 56C, HxPE Inlay, Schaft Monocon MIS 4N, kurzer Keramikkopf 36mm

Befund Orthopädie XXXX vom 23..09.2020:Befund Orthopädie römisch 40 vom 23..09.2020:

- Facettensyndrom

- HTEP rechts

- Bursitis trochanterica links

- ausgeprägte Lumbalgie, pseudoradikulärer Ausstrahlung nach beidseits gluteal

- Druckschmerz an den unteren Facetten

- Druckschmerz an der Bursa trochanterica links

- Status: Kennmuskulatur Kraftgrad 5, Sensibilität uneingeschränkt, Zehenspitzen- und Fersenstand durchführbar

- MR: ausgeprägte Spondylarthrose, hochgradige Spinalkanalstenose L3, Bandscheibenvorfälle bei L4/5 und L5/S1

- heute Infiltration Bursa trochanterica links mit Volon (Triamcinolon) und Xyloneural

- Zuweisung zur CT-gezielten Facettgelenksinfiltration L4 bis S1 und Physiotherapie

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Arztbrief Orthopädie XXXX vom 08.08.2022:Arztbrief Orthopädie römisch 40 vom 08.08.2022:

- Coxarthrose links

- 02.08.2022: HTEP Falcon, Sphäricon 52 Pfanne Gr. 52B, HxPE Inlay, Schaft ProMIS 4NL, kurzer Keramikkopf 36mm

Röntgenbefund vom 16.02.2023:

BWS:

- diffus demineralisiert Knochenstruktur.

- Flache rechtskonvexe BWS-Skoliose im mittlerer. Drittel, abgeflachte BWS-Kyphose.

- Ausgedehnte rechts-ventrolateral betonte pontifizierende Spondylose, DD: DISH.

- Vorderes und hinteres Aligement intakt. Regelrechte Höhen der Bandscheibenfächer

LWS:

- Verstärkte LWS-Lordose. Demineralisierte Knochenstruktur.

- Vorderes und hinteres Aligement intakt.

- Ausgeprägte pontifizierende Spondylophyten rechts-ventrolateral L1/L2 und links L2/L3.

- Spondylose an den übrigen LWS-Segmenten.

- Mäßig höhengeminderte Bandscheibenfächer L3/L4-L5/S1.

- Bastrup Phänomen L3/L4 und L4/L5.

- Nach caudal zunehmende deutliche Facettgelenksarthrosen.

- Links-betonte ISG-Arthrosen.

Beckenübersicht:

- Bilaterale HTEP, kein Beckenschiefstand.

- Keine Prothesenlockerungszeichen, keine periprothetische Fraktur.

- Altersentsprechende Strahlentransparenz der erfassten Skelettstrukturen,

- keine umschriebenen Osteolysen, keine rezente Fraktur.

Knie links:

- Altersentsprechende Strahlentransparenz der erfassten Skelettstrukturen,

- keine umschriebenen Osteolysen, keine rezente Fraktur. Keine Gefügestörung.

- Minimale Verschmälerung des medialen Kniegelenksspaltes, geringe mediale Gonarthrose.

- Zeichen einer geringen Retiopatellararthrose mit zarten osteopriyären Randausziehungen der zentriert gelegenen Pateha.

Befund Unfallchirurgie XXXX vom 02.10.2023:Befund Unfallchirurgie römisch 40 vom 02.10.2023:

- der Patient hat sich heute in der Arbeit an der linken Schulter verletzt

- Lux omi sin

- der Patient ist gestolpert und gestürzt und hat sich dabei die linke Schulter ausgerenngt, diese wäre anschließend wieder von selber hineingesprungen

- Schmerzen der linken Schulter und Bewegungseinschränkung, keine Sensibilitätsstörungen, speziell nicht im Nervus axillaris

- Röntgenschulter links: leichte degenerative Veränderungen

- Anlage eines Schapfixverbandes, Zuweisung zur MR-Abklärung

Befund Unfallchirurgie KH-Wels vom 12.10.2023:

- MR: ausgedehnte Partialruptur der Subscapularissehne, ISP-Oberrand Läsion, SSP-Ruptur, SLAP-2-Läsion, omarthrotische Veränderungen
- Patient im Verband beschwerdefrei, Taubheitsgefühl im 3. und 4. Finger, kein motorisches Defizit, axillaris-Versorgungsbereich unauffällig
- Zuweisung zur Physiotherapie, Kontrolle in 6 Wochen

Befund Unfallchirurgie XXXX vom 15.12.2023:Befund Unfallchirurgie römisch 40 vom 15.12.2023:

- kein motorisches Defizit im Bereich des Nervus radialis, Dysästhesien er im Verlauf der palmaren radialen 3 Finger
- aus meiner Sicht die Radialisläsion am linken Oberarm in Remission
- Rotatorenmanschetten Tests seitengleich bei Kraftgrad 5, dem Patienten geht es gut
- arbeitsfähig ab 18.12.2023

Befund Orthopädie XXXX vom 29. 01.2024:Befund Orthopädie römisch 40 vom 29. 01.2024:

- HTEP beidseits
- KTEP links
- Omalgie beidseits
- Verdacht auf Somatisierungsstörung
- Kontrolle 6 Monate nach HTEP links
- Status Hüften beidseits: freie Beweglichkeit,, kein IR-oder AR-Schmerz
- Röntgen: stabile Implantatverhältnisse, kein hinwies auf Lockerung, keine frische Fraktur

MR-Befund Schulter rechts vom 28.06.2024:

- Bewegungsartefakte, dadurch eingeschränkte Beurteilbarkeit
- Oberarmkopfhochstand
- Ruptur der SSC- SSP- und ISP-Sehne mit deutlicher Reduktion der Sehnen
- Atrophie sowie geringe fettige Degeneration der Muskelbäuche
- erhaltener Musculus teres minor
- die langen Bizepssehne ist durchgehend erhalten
- deutliche Gelenkserguss mit Synovitis sowie Bursa subacromialis
- pathologische Signalalteration des Labrum
- AC-Arthrose mit Knochenmarksödem, Acromion Typ 2

MR-Befund HWS vom 28.06.2024:

- deutliche degenerative Veränderungen
- Spondyloosteocondrose Punctum maximum C3/4 und C6/7
- Unkarthrosen, Spondylarthrosen, Knochenmarksödem in den Gelenkfortsätzen
- C2/3: unauffällige dorsale Bandscheibenbegrenzung, knöcherne Einengung des linken Neuroforamens
- C3/4: angedeutete Retrolisthese, deutliche dorsale Spondylophyten, mediane Bandscheibenextrusion, knöcherne Einengung beider Neuroforamina
- C4/5: geringe Bandscheibenprotrusion, knöcherne Einengung des linken Neuroforamens
- C5/6: mäßige Breite Bandscheibenprotrusion, knöcherne Einengung beider Neuroforamina
- C6/7: dorsale Spondylophyten mit begleitender Bandscheibe, knöcherne Einengung beider Neuroforamina

- C7/Th1: unauffällige dorsale Bandscheibenbegrenzung
- hochgradige Einengung des Spinalkanales bei C3/4, geringer bei C4 bis C7
- das Myelon bei C3/4. deutlich imprimiert
- unauffälliges Signalverhalten des dargestellten Myelon, kein Hinweis auf Myelopathie

Arztbrief Unfallchirurgie KH-Wels vom 29.06.2024:

- Sturz am 20.06.2024
- Rupt. LCA gen. dext
- Rupt. men. med. gen. dext.
- laterale Impressionsfraktur Tibia rechts
- - konservative Therapie, Oberschenkelgips für 6 Wochen
- Cont omi et excor. omi sin.
- Cont. cox. utr
- SSC, SSP und ISP-Ruptur rechts
- hochgradige Einengung des Spinalkanales C3/C4 mit geringer Einengung der Segmente C4 und C7

Befund Echokardiographie vom 03.07.2024:

- Cor hypertonicum mit guter Linksventrikelfunktion,
- Aortenklappensklerose ohne relevanter Stenose.
- Kein Perikarderguss.

Befund Unfallchirurgie XXXX vom 11.09.2024: Befund Unfallchirurgie römisch 40 vom 11.09.2024:

- an der rechten Schulter geringe Beschwerden jedoch eine deutliche Einschränkung der Bewegung
- aktiv Abduktion, Elevation und Flexion maximal 90°, Außenrotation aktiv 10° und passiv 30°, keine Einsteifungszeichen
- Röntgen: Arthrose und Schulterhochstand passend zum MR
- bezogen auf das Alter von 59 Jahren und die Arbeitsfähigkeit ist die Beweglichkeit nicht wirklich ausreichend
- Eine reverse Prothese in diesem Alter noch dazu einer Arbeitssituation zu implantieren wäre jedoch ein deutlich erhöhtes Risiko für Lockerung oder langfristiges Versagen.
- Im Vergleich zu Juli hat sich die Beweglichkeit verbessert, jedoch nicht ausreichend für die berufliche Tätigkeit.

MR-Befund Knie rechts vom 24.10.2025:

- komplexe Riss des Innenmeniskus und der posterioren Meniskus wurzelt
- Inkarceration der Anteile des Innenmeniskushinterhorn nach intraartikulärer
- intakter Außenmeniskus
- mukoide Degeneration und weitgehende Ruptur des vorderen Kreuzbandes
- intakte Seitenbänder
- Chondropathie Grad 2 medial
- fissurale Chondropathie Grad 3 lateral patellar
- mildere Gelenkserguss, Reizzustand entlang des pes anserinus und Tractus iliotibialis
- prominente Plica mediopatellaris, septierte Bakerzyste

MR-Befund Knie links vom 24. 10.2025:

- Degeneration mit Ruptur des Innenmeniskus am Korpus und Hinterhorn

- milde degenerative Veränderungen des Außenmeniskus
- Ruptur des vorderen Kreuzbandes, Degeneration des hinteren Kreuzbandes
- narbige Veränderungen im medialen und lateralen Seitenband
- Chondropathie Grad 2 medial mit fraglichem instabilen Fragment 0,5 × 0,6 cm
- Chondropathie Grad 2 lateral und femoropatellar
- grenzwertiger Befund zur Trochleadysplasie
- Plica mediopatellaris, septierte Bakerzyste
- milde Insertionstendinopathie an der Quadrizepssehne und Patellasehne

CT-Befund vom 09.07.2025:

- CT-gezielte Infiltration der Facettgelenke L5/S1 und ISG beidseits

Tonaudiogramm vom 22.07.2025:

- Hörminderung von 32 % beidseits ergibt laut Tab. 20 % Behinderung

Befund HNO-Facharzt Dr. Andreas Riedler vom 11.07.2025:

- sensoneurale Schwerhörigkeit bds.
- Audiometrie: die Hörschwelle um 30-40 dB mit Hochtonabfall
- Sprachaudiometrie: sensoneurale Schwerhörigkeit
- Tympanometrie: regelrechte Compliancekurve bds
- HG-Versorgung indiziert

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand:

Gut

Ernährungszustand:

Gut

Klinischer Status – Fachstatus:

ALLERGIE: keine bekannt

NIKOTIN: bis 10 Stück täglich

ALKOHOL: negiert

FBA: 10 cm

CAPUT/COLLUM: keine Schluckbeschwerden, Hörgeräte beidseits, Gleitsichtbrille

THORAX: symmetrisch, unauffällige Atemexkursionen;

PULMO: Vesikuläراتmen beidseits (bds), keine Rasselgeräusche;

COR: Herzaktion rein, rhythmisch und normofrequent, keine pathologischen Geräusche;

ABDOMEN: unauffällig

MIKTION: unauffällig

DEFÄKATION: unauffällig

OBERE EXTREMITÄTEN: an der rechten Schulter keine Rötung, keine Schwellung, blande Narben, Abduktion bis 90° und Anteversion bis 110° möglich, der Nackengriff ist nur mit Unterstützung des linken armes möglich, beim Kreuzgriff wird mühsam das Gesäß erreicht, freie Beweglichkeit der linken Schulter, Kreuzgriff und Nackengriff möglich, Impingement-Zeichen negativ, Ellbogen und Handgelenke beidseits unauffällig, rechts blande Narbe nach

Karpaltunnel-Operation, die Finger unauffällig, keine Rötungen, keine Schwellungen, der Faustschluss ist beidseits vollständig und kräftig, der Pinzettengriff ist zu allen Langfingern möglich

UNTERE EXTREMITÄTEN: keine Beinlängendifferenz, diskret varische Beinachse beidseits, seitengleiches Muskelrelief, Flexion beider Hüften bis knapp 100° möglich, IR/AR 10-0-40°, kein IR-Schmerz und kein Leistendruckschmerz, beidseits geringer Druckschmerz am Trochanter, beidseits blande Narben, an beiden Kniegelenken keine Rötung, deutliche synovitische Schwellung und mäßiger intraartikulärer Erguss, die Beweglichkeit rechts S: 0-10-120° endlagig schmerzhaft, mediale Meniskuszeichen positiv, lateral negativ, Zohlen-Zeichen positiv, die Bänder stabil (sic), links S: 0-10-100°, mediale Meniskuszeichen und Zohlen-Zeichen hoch positiv, deutlicher Druckschmerz über der medialen Femurrolle, verlängerten Weg im vorderen Kreuzband, Sprunggelenke und Füße unauffällig

WIRBELSÄULE: gerade, deutlich abgeflachte Lendenlordose und etwas verstärkte Brustkyphose, HWS-Rotation 60-0-60°, mäßiger Hartspann der paravertebralen Muskulatur an der HWS, BWS und LWS, Druckschmerz über beiden ISG

NEUROLOGIE: kein radikuläres sensomotorisches Defizit an den oberen und unteren Extremitäten erhebbar, die Reflexe seitengleich und mittellebhaft auslösbar, die Pyramidenbahnzeichen negativ

DURCHBLUTUNG: unauffällig

Gesamtmobilität – Gangbild:

Der Patient kommt in Konfektionsschuhen ohne Schuheinlagen und ohne Gehhilfe zur Untersuchung. Schmerzgeplagtes Gangbild mit leichtem Hinken links, barfuß und mit anhalten Zehenspitzen- und Fersengang beidseits möglich, Trendelenburg-Zeichen beidseits negativ, barfuß Seiltänzerengang leicht unsicher, deutliche Unsicherheit im Blindgang;

Status Psychicus:

Es besteht eine klare Bewusstseinslage, die örtliche, zeitliche und situative Orientierung ist gegeben, allgemeinmedizinisch-orthopädisch keine Stimmungsschwankungen feststellbar. Die Kooperation bei der Untersuchung ist gut. Das Verhalten ist der Situation angepasst und höflich.

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

Kniegelenksbeschwerden beidseits;

Bruch des Schienbeinkopfes rechts und Riss des vorderen Kreuzbandes rechts 06/2024 mit konservativer Therapie, radiologisch nachgewiesene ausgeprägte degenerative Veränderungen beidseits mit Meniskussschaden und vorderen Kreuzbandriss (MR 10/2025), beidseits eingeschränkte Beweglichkeit und deutliche Reizzustand, endoprothetische Versorgung links für 12/2025 geplant;

02.05.21

40

2

Wirbelsäulenbeschwerden;

Bekannte degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule (MR 06/2024), der Brustwirbelsäule (Röntgen 02/2023) und der Lendenwirbelsäule (MR 09/2020, Röntgen 02/2023), kein radikuläres neurologisches Defizit, keine Claudicatio spinalis, Muskelverspannungen, Schmerzen an den Wirbelgelenken und Kreuzdarmbeingelenken beidseits, invasive Schmerztherapie (CT-gezielte Infiltration), Schmerzmedikation bei Bedarf;

02.01.02

30

3

Hüftprothese beidseits;

Implantation rechts 01/2020 und links 08/2022, radiologisch korrekte Lage ohne Lockerungshinweis (Röntgen 02/2023), beidseits gute Beweglichkeit in Beugung und Rotation, blande Narben, kein aktueller radiologischer Befund vorliegend;

02.05.08

20

4

Schulterprothese rechts 05/2025;

Eingeschränkte Beweglichkeit, Belastungsschmerzen, blande Narbe, kein aktueller radiologischer Befund vorliegend;

02.06.03

20

5

Eingeschränktes Hörvermögen;

Hörgeräte beidseits, Tonaudiogramm vom 22.07.2025 mit Hörminderung von 32 % beidseits ergibt laut Tab. 20 % Behinderung;

12.02.01

20

6

Bluthochdruck;

Keine Medikation, Cor hypertonicum (Echokardiographie 07/2024), unveränderte Einschätzung zum Vorgutachten

05.01.01

10

Gesamtgrad der Behinderung 50 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Führend ist das Leiden Nummer 1 mit 40 %.

Das Leiden Nummer 2 steigert, aufgrund erheblicher Wechselwirkungen Leiden Nummer 1, um eine Stufe.

Die Leiden Nummer 3, 4 und 5 steigern, mangels erheblicher Wechselwirkungen mit Leiden Nummer 1, nicht weiter.

Das Leiden Nummer 6 steigert wegen Geringfügigkeit nicht weiter.

Somit ergibt sich ein Gesamtgrad der Behinderung von 50 %.

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

- Operation bei grauem Star/Cataract rechts 07/2024 und links 08/2024, Gleitsichtbrille beidseits: kein aktueller augenfachärztliche Befund mit Visus cc vorliegend, daher keine korrekte Einschätzung möglich;
- Magenentzündung/Gastritis, Magengeschwür/Ulcus 08/2024: keine Prophylaxe, kein aktueller Gastroskopiebefund vorliegend;
- Nierenstau/Hydronephrose links 06/2024: keine Beschwerden angegeben, kein aktueller urologischer Fachbefund vorliegend;
- Geplante Karpaltunnel-Operation links (30.10.2025): kein aktueller neurologischer Fachbefund mit ENG vorliegend;

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Die Bewertung der Leiden erfolgt aufgrund des klinischen Zustandsbildes, der vorgelegten Befunde und der Medikamentenliste anhand der derzeit gültigen Einschätzungsverordnung.

Leiden Nummer 1 (Kniegelenksbeschwerden beidseits): Neueinschätzung mit 40 % nach klinischem Zustandsbild

Leiden Nummer 2 (Wirbelsäulenbeschwerden): Neueinschätzung mit 30 % nach klinischem Zustandsbild

Leiden Nummer 3 (Hüftprothese beidseits): Neueinschätzung mit 20 %

Leiden Nummer 4 (Schulterprothese rechts): unveränderte Einschätzung mit 20 %

Leiden Nummer 5 (Eingeschränktes Hörvermögen): neu hinzugekommen mit 20 %

Leiden Nummer 6 (Bluthochdruck): unveränderte Einschätzung mit 10 %

Änderung des Gesamtgrades der Behinderung im Vergleich zu Vorgutachten:

Der Gesamtgrad der Behinderung steigt von 40 % auf 50 % durch Neueinschätzung von Leiden Nummer 1 und 2.

Nachuntersuchung 11/2027 - Mit aktuellen radiologischen Befunden beider Kniegelenke, Besserung der Kniegelenksbeschwerden beidseits und der Mobilität durch Therapie/Operation möglich.

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? Die Mobilität des Patienten ist aufgrund seiner Kniegelenksbeschwerden beidseits derzeit glaubhaft hochgradig eingeschränkt. Es kann eine Wegstrecke von 400m nicht aus eigener Kraft und ohne Pausen zurückgelegt werden. Es werden Gehbehelfe benötigt und es besteht Sturzgefahr. Es besteht eine Einschränkung der Standhaftigkeit. Dies insbesondere im Bezug auf das sichere Stehen, die Sitzplatzsuche oder bei einer notwendig werdenden Fortbewegung im öffentlichen Verkehrsmittel während der Fahrt.

2. Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel - Liegt ein Immundefekt vor im Rahmen dessen trotz Therapie erhöhte Infektanfälligkeit und wiederholt außergewöhnliche Infekte wie atypische Pneumonien auftreten?
Nein

Mit ho. Schreiben vom 12.11.2025 wurde dem BF das Ergebnis der Beweisaufnahme gem.§ 45 Abs. 3 AVG mit der Möglichkeit zur Stellungnahme übermittelt. Bis zur Entscheidungsfindung wurde keine Stellungnahme durch den BF erstattet. Mit ho. Schreiben vom 12.11.2025 wurde dem BF das Ergebnis der Beweisaufnahme gem. Paragraph 45, Absatz 3, AVG mit der Möglichkeit zur Stellungnahme übermittelt. Bis zur Entscheidungsfindung wurde keine Stellungnahme durch den BF erstattet.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen: römisch zwei. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1.0. Feststellungen (Sachverhalt):

Es war festzustellen, dass der BF bei einem Gesamtgrad der Behinderung von 50 v.H. die Voraussetzungen für die Ausstellung eines Behindertenpasses erfüllt.

2.0. Beweiswürdigung:

2.1. Zum Verfahrensgang:

Der oben unter Punkt I. angeführte Verfahrensgang ergibt sich aus dem unzweifelhaften und unbestrittenen Akteninhalt der vorgelegten Verwaltungsakten der bB und des vorliegenden Gerichtsaktes des Bundesverwaltungsgerichtes. Der oben unter Punkt römisch eins. angeführte Verfahrensgang ergibt sich aus dem unzweifelhaften und unbestrittenen Akteninhalt der vorgelegten Verwaltungsakten der bB und des vorliegenden Gerichtsaktes des Bundesverwaltungsgerichtes.

Der oben unter Punkt II.1. festgestellte Sachverhalt beruht auf den Ergebnissen des vom erkennenden Gericht auf Grund der vorliegenden Akten durchgeführten Ermittlungsverfahrens. Der oben unter Punkt römisch zwei.1. festgestellte Sachverhalt beruht auf den Ergebnissen des vom erkennenden Gericht auf Grund der vorliegenden Akten durchgeführten Ermittlungsverfahrens.

Die Feststellungen zu den allgemeinen Voraussetzungen ergeben sich durch Einsicht in das zentrale Melderegister sowie die sonstigen relevanten Unterlagen.

2.2. Aufgrund des vorliegenden Verwaltungsaktes ist das ho. Gericht in der Lage, sich vom entscheidungsrelevanten Sachverhalt im Rahmen der freien Beweiswürdigung ein ausreichendes und abgerundetes Bild zu machen. Die freie Beweiswürdigung ist ein Denkprozess der den Regeln der Logik zu folgen hat und im Ergebnis zu einer Wahrscheinlichkeitsbeurteilung eines bestimmten historisch-empirischen Sachverhalts, also von Tatsachen, führt. Der Verwaltungsgerichtshof führt dazu präzisierend aus, dass eine Tatsache in freier Beweiswürdigung nur dann als erwiesen angenommen werden darf, wenn die Ergebnisse des Ermittlungsverfahrens ausreichende und sichere Anhaltspunkte für eine derartige Schlussfolgerung liefern (VwGH 28.09.1978, Zahl 1013, 1015/76). Hauer/Leukauf, Handbuch des österreichischen Verwaltungsverfahrens, 5. Auflage, § 45 AVG, E 50, Seite 305, führen beispielsweise in Zitierung des Urteils des Obersten Gerichtshofs vom 29.02.1987, Zahl 13 Os 17/87, aus: „Die aus der gewissenhaften Prüfung aller für und wider vorgebrachten Beweismittel gewonnene freie Überzeugung der Tatrichter wird durch eine hypothetisch denkbare andere Geschehensvariante nicht ausgeschlossen. Muss doch dort, wo ein Beweisobjekt der Untersuchung mit den Methoden einer Naturwissenschaft oder unmittelbar einer mathematischen Zergliederung nicht zugänglich ist, dem Richter ein empirisch-historischer Beweis genügen. Im gedanklichen Bereich der Empirie vermag daher eine höchste, ja auch eine (nur) hohe Wahrscheinlichkeit die Überzeugung von der Richtigkeit der wahrscheinlichen Tatsache zu begründen, (...)“. Vergleiche dazu auch VwGH vom 18.06.2014, Ra 2014/01/0032.2.2. Aufgrund des vorliegenden Verwaltungsaktes ist das ho. Gericht in der Lage, sich vom entscheidungsrelevanten Sachverhalt im Rahmen der freien Beweiswürdigung ein ausreichendes und abgerundetes Bild zu machen. Die freie Beweiswürdigung ist ein Denkprozess der den Regeln der Logik zu folgen hat und im Ergebnis zu einer Wahrscheinlichkeitsbeurteilung eines bestimmten historisch-empirischen Sachverhalts, also von Tatsachen, führt. Der Verwaltungsgerichtshof führt dazu präzisierend aus, dass eine Tatsache in freier Beweiswürdigung nur dann als erwiesen angenommen werden darf, wenn die Ergebnisse des Ermittlungsverfahrens ausreichende und sichere Anhaltspunkte für eine derartige Schlussfolgerung liefern (VwGH 28.09.1978, Zahl 1013, 1015/76). Hauer/Leukauf, Handbuch des österreichischen Verwaltungsverfahrens, 5. Auflage, Paragraph 45, AVG, E 50, Seite 305, führen beispielsweise in Zitierung des Urteils des Obersten Gerichtshofs vom 29.02.1987, Zahl 13 Os 17/87, aus: „Die aus der gewissenhaften Prüfung aller für und wider vorgebrachten Beweismittel gewonnene freie Überzeugung der Tatrichter wird durch eine hypothetisch denkbare andere Geschehensvariante nicht ausgeschlossen. Muss doch dort, wo ein Beweisobjekt der Untersuchung mit den Methoden einer Naturwissenschaft oder unmittelbar einer mathematischen Zergliederung nicht zugänglich ist, dem Richter ein empirisch-historischer Beweis genügen. Im gedanklichen Bereich der Empirie vermag daher eine höchste, ja auch eine (nur) hohe Wahrscheinlichkeit die Überzeugung von der Richtigkeit der wahrscheinlichen Tatsache zu begründen, (...)“. Vergleiche dazu auch VwGH vom 18.06.2014, Ra 2014/01/0032.

Nach der ständigen Judikatur des VwGH muss ein Sachverständigengutachten einen Befund und das eigentliche Gutachten im engeren Sinn enthalten. Der Befund ist die vom Sachverständigen - wenn auch unter Zuhilfenahme wissenschaftlicher Feststellungsmethoden - vorgenommene Tatsachenfeststellung. Die Schlussfolgerungen des Sachverständigen aus dem Befund, zu deren Gewinnung er seine besonderen Fachkenntnisse und Erfahrungen benötigt, bilden das Gutachten im engeren Sinn. Eine sachverständige Äußerung, die sich in der Abgabe eines Urteiles (eines Gutachtens im engeren Sinn) erschöpft, aber weder die Tatsachen, auf die sich dieses Urteil gründet, noch die Art, wie diese Tatsachen ermittelt wurden, erkennen lässt, ist mit einem wesentlichen Mangel behaftet und als Beweismittel unbrauchbar; die Behörde, die eine so geartete Äußerung ihrer Entscheidung zugrunde legt, wird ihrer Pflicht zur Erhebung und Feststellung des maßgeblichen Sachverhaltes (§ 37 AVG) nicht gerecht (VwGH vom 17.02.2004, GZ 2002/06/0151). Nach der ständigen Judikatur des VwGH muss ein Sachverständigengutachten einen Befund und das eigentliche Gutachten im engeren Sinn enthalten. Der Befund ist die vom Sachverständigen - wenn auch unter Zuhilfenahme wissenschaftlicher Feststellungsmethoden - vorgenommene Tatsachenfeststellung. Die Schlussfolgerungen des Sachverständigen aus dem Befund, zu deren Gewinnung er seine besonderen Fachkenntnisse und Erfahrungen benötigt, bilden das Gutachten im engeren Sinn. Eine sachverständige Äußerung, die sich in der Abgabe eines Urteiles (eines Gutachtens im engeren Sinn) erschöpft, aber weder die Tatsachen, auf die sich dieses Urteil gründet, noch die Art, wie diese Tatsachen ermittelt wurden, erkennen lässt, ist mit einem wesentlichen Mangel behaftet und als Beweismittel unbrauchbar; die Behörde, die eine so geartete Äußerung ihrer Entscheidung zugrunde legt, wird ihrer Pflicht zur Erhebung und Feststellung des maßgeblichen Sachverhaltes (Paragraph 37, AVG) nicht

gerecht (VwGH vom 17.02.2004, GZ 2002/06/0151).

Hat eine Partei grundlegende Bedenken gegen ein ärztliches Gutachten, dann ist es nach Ansicht des VwGH an ihr gelegen, auf gleichem fachlichen Niveau diesem entgegenzutreten oder unter Anbietung von tauglichen Beweismitteln darzutun, dass die Aussagen des ärztlichen Sachverständigen mit dem Stand der medizinischen Forschung und Erkenntnis nicht vereinbar sind (VwGH vom 20.10.1978, 1353/78).

Eine Partei kann ein Sachverständigengutachten nur dann erfolgreich bekämpfen, wenn sie unter präziser Darstellung der gegen die Gutachten gerichteten sachlichen Einwände ausdrücklich erklärt, dass sie die Einholung eines weiteren Gutachtens bestimmter Fachrichtung zur vollständigen Ermittlung des Sachverhaltes für erforderlich halte und daher einen Antrag auf Beiziehung eines weiteren Sachverständigen stellt (VwGH vom 23.11.1978, GZ 0705/77).

Der VwGH führte aber in diesem Zu

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at