jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Bvwg Erkenntnis 2019/7/17 W200 2218999-1

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 17.07.2019

Entscheidungsdatum

17.07.2019

Norm

BBG §40
BBG §41
BBG §45
B-VG Art. 133 Abs4

Spruch

W200 2218999-1/3E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Scherz als Vorsitzende und durch den Richter Dr. Kuzminski sowie den fachkundigen Laienrichter Mag. Halbauer als Beisitzer über die Beschwerde von XXXX , vertreten durch den Verein ChronischKrank, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 01.04.2019, OB: 36477435000035, über die Beschwerde gegen die Abweisung des Antrages auf Ausstellung eines Behindertenpasses, zu Recht erkannt:

A)

Die Beschwerde wird mit der Maßgabe abgewiesen als der Spruch zu lauten hat:

Der Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses vom 28.05.2018 wird abgewiesen. Der Grad der Behinderung beträgt 40%.

B)

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

Text

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

I. Verfahrensgang:

Der Beschwerdeführer stellte am 28.05.2018 den gegenständlichen Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses. Als Gesundheitsschädigung gab er "lt. Beiliegendem PVA-Gutachten" an und legte ein entsprechendes Gutachten der Pensionsversicherungsanstalt vom 22.02.2018 bei. Diesem lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

ICD-10: M51.1 - St.p. dreimalige Bandscheibenoperation L5/S1 re. mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung und

nach wie vor bestehender deutlicher radikulärer Symptomatik sowie eingeschränkter Gehstrecke bei MR-verifizierter absoluter Vertebrostenose und höhergradigen Neuroforamentstenosen in diesem Segment; ICD-10: M17.9 - Gonarthrose bds. mit mäßiger Funktionseinschränkung bds.; ICD-10: M06.9 - Seropos. Chronische Polyarthritis unter Therapie.

Das erste vom Sozialministeriumservice eingeholte orthopädische Gutachten vom 13.07.2018, basierend auf einer Untersuchung am 10.07.2018, ergab einen Gesamtgrad der Behinderung von 30 vH und gestaltete sich in Auszügen wie folgt:

"Anamnese:

Bezüglich Vorgeschichte siehe Vorgutachten vom 07.09.2017, ges. GdB 30%

Zwischenanamnese: zwischenzeitlich 3x CT-gezielte Infiltrationen an der Lendenwirbelsäule, 1x im Franziskus und 2x im Orthopädisches Spital Speising

Derzeitige Beschwerden:

‚Ich kann nicht gehen, ich kann nicht Stehen, ich kann nicht Leben, ich habe Schmerzen. Nach wenigen Schritten Gehen bekomme ich ein Ziehen vom Kreuz bis zur rechten Ferse nach weiteren Schritten wird der Fuß taub links und rechts. An beiden Händen sind die Finger bis auf den Kleinfinger wulstig, bamstig, taub. Ich kann in der Nacht nicht durchschlafen. Die Zehen 3-5 rechts sind gefühllos..'

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Medikamente: Nebido, Arava, Simponi, Candesartan, Beloc, Norvasc, Atorvastatin, Tramal, Pantoprazol, Diclofenac, Sertralin, Trittico

Laufende Therapie: für 08/2018 ist eine Reha im Orthopädisches Spital Speising geplant, Schmerztherapie

Hilfsmittel: 2 Unterarmstützkrücken

Sozialanamnese:

war Großhandelsangestellter

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

02/2018 GA der PVA

30.04.2018 Neurolog. Befundbericht beschreibt mittelgradige depressive Episode

Allgemeinzustand: altersentsprechend

Ernährungszustand: adipös

Größe: 185,00 cm Gewicht: 125,00 kg

Klinischer Status - Fachstatus:

Caput/Collum: unauffällig

Thorax: symmetrisch, elastisch

Abdomen: klinisch unauffällig, kein Druckschmerz, massiv adipös, Fettschürze

Obere Extremitäten:

Rechtshänder. Der Schultergürtel steht horizontal. Symmetrische Muskelverhältnisse.

Die Durchblutung ist ungestört. Die Sensibilität wird an den Händen als bamstig angegeben. Benützungszeichen sind seitengleich. An den Fingergrundgelenken streckseitig besteht ein nicht gerötetes, psoriatiformes Exanthem, (keine Auffälligkeiten an Ellenbogen- und Kniegelenken).

Sämtliche Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Beweglichkeit:

Auf auffordern werden die Arme seitlich bis zur Horizontalen gehoben. Beim Nackengriff werden die Ellenbogen bis 90° gebeugt, die Hände reichen somit nicht zum Kopf, beim Kreuzgriff reicht die Daumenkuppe bis Th 12 beidseits.

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

Untere Extremitäten:

Der Barfußgang wird breitbasig und wankend ausgeführt, insgesamt verlangsamt aber hinkfrei. Zehenballengang wird verneint aber durchgeführt, Fersengang wird nicht ausgeführt, Anhocken wird ausgesprochen umständlich und etwa 1/3 ausgeführt. Die Beinachse ist im Lot. Symmetrische Muskelverhältnisse. Beinlänge ist gleich. Die Durchblutung ist ungestört, die Sensibilität wird als "komisch" angegeben.

Die klinische Untersuchung gestaltet sich ausgesprochen schwierig bei heftiger Gegeninnervation und schmerzverzehrtem Gesicht. Die Hüftbeugung wird bis 90° toleriert dann werden heftigste Schmerzen im Kreuz angegeben. Die Rotationen in Hüften ist frei. Knie, Sprunggelenke und Zehen sind seitengleich frei beweglich.

Wirbelsäule:

Wirbelsäule insgesamt im Lot. Verstärkte Brustkyphose im unteren Brustwirbelsäulenanteil, regelrechte Lendenlordose. Über der Lendenwirbelsäule besteht eine etwa 4 cm lange mediane Narbe. Es besteht mäßig lumbaler Hartspann umso mehr lumbaler Druckschmerz, Klopfschmerz wird nicht geprüft.

Beweglichkeit:

Halswirbelsäule: konstitutionsbedingt endlagig eingeschränkt.

Brustwirbelsäule/Lendenwirbelsäule: Die Beweglichkeit wird in allen Ebenen hochgradig eingeschränkt gezeigt.

Beim Einreihen der Befunde in einen Ordner nach der klinischen Untersuchung wird der Oberkörper gut 40° nach rechts rotiert. Es bestehen keine auffälligen Einschränkungen in der Beweglichkeit.

Gesamtmobilität - Gangbild:

Kommt in Turnschuhen, in Begleitung der Gattin zur Untersuchung, verwendet eine Unterarmstützkrücke, die teilweise mitgetragen wird.

Beim Entkleiden öffnet die Gattin die Knöpfe des Hemdes und entkleidet das Hemd, in der Folge auch die Hose. Beim Hantieren mit Befunden bei der Anamneseerhebung bestehen keine Einschränkungen in der Fingerfunktion. Das Aus- und Ankleiden wird im Stehen durchgeführt.

Status Psychicus:

wach, Sprache unauffällig

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

Lfd. Nr.

Bezeichnung der körperlichen, geistigen oder sinnesbedingten Funktionseinschränkungen, welche voraussichtlich länger als sechs Monate andauern werden: Begründung der Positionsnummer und des Rahmensatzes:

Pos. Nr.

GdB %

1

Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Zustand nach 3 x Bandscheibenoperation L5/S1 Unterer Rahmensatz, da eingeschränkte Beweglichkeit bei Lumboischialgie, aber ohne neurologisches Defizit.

02.01.02

30

2

Hörminderung beidseits, an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit rechts, geringgradige Schwerhörigkeit links Fixer Richtsatzwert. Tabelle, Zeile 5, Kolonne 2

12.02.01

30

3

Chronische Polyarthritis Oberer Rahmensatz, da Basistherapie erforderlich, unter medikamentöser Einstellung keine relevanten funktionellen Einschränkungen objektivierbar.

02.02.01

20

4

Depressive Störung Wahl dieser Position mit 1 Stufe über dem unteren Rahmensatz, da medikamentöse Therapie erforderlich ist.

03.06.01

20

5

Bluthochdruck Fixer Rahmensatz

05.01.01

10

6

Tinnitus Unterer Rahmensatz, da kompensiert.

12.02.02

10

Gesamtgrad der Behinderung: 30 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Das führende Leiden 1 wird durch die übrigen Leiden nicht erhöht, wegen fehlender wechselseitiger ungünstiger Leidensbeeinflussung und zu geringer funktioneller Relevanz.

(...) Dauerzustand. (...)"

Im gewährten Parteiengehör zum vom Sozialministeriumservice eingeholten Gutachten übermittelte der Beschwerdeführer am 13.09.2018 eine Stellungnahme. Darin monierte er zu den Ausführungen des vom SMS beauftragten Gutachters zu Pos.Nr. 02.01.02, dass laut Gutachten von Dr. XXXX , FA für Orthopädie, sehr wohl eine neurologische Einschränkung und deutliche Einschränkung der Mobilität, Arbeitsfähigkeit und Lebensteilhabe bestehe. Durch eine aktuelle MRT Untersuchung seien ein Massenprolaps mit rechtsbetonter Einengung des Rezesses sowie eine hochgradige Einengung des Spinalkanals festgestellt worden. Somit lägen die Voraussetzungen für eine Einstufung unter 02.01.03 von zumindest 50% (maßgeblich radiologische und/oder morphologische Veränderungen sowie maßgebliche Einschränkungen im Alltag und Arbeitsleben) vor. Zur Pos.Nr. 02.02.01 (chronische Polyarthritis) führte er aus, dass er wegen dieser Erkrankung schon zwei Operationen über sich ergehen lassen hätte müssen. Die chronischen Schmerzen hätten dadurch jedoch nicht beeinflusst werden können. Eine höhere Einschätzung wäre somit angemessen. Bei einem stationären Aufenthalt am 16.08.2018 seien außerdem eine koronare Gefäßerkrankung und Ischämische Kardiomyopathie festgestellt worden. Der Beschwerdeführer legte seiner Stellungnahme einen Patientenbrief vom 16.08.2018 betreffend seine Herzerkrankung sowie einen Befundbericht von Dr. XXXX vom 12.09.2018 bei.

Aufgrund dieser Stellungnahme holte das Sozialministeriumservice ein weiteres Gutachten ein. Dieses vom Sozialministeriumservice eingeholte allgemeinmedizinische Gutachten vom 24.10.2018, basierend auf einer Untersuchung am 24.10.2018, ergab ebenfalls einen Gesamtgrad der Behinderung von 30 vH und gestaltete sich in Auszügen wie folgt:

"Anamnese:

Beschwerde, es wurden nun auch nicht-orthopädische Befunde vorgelegt

Siehe auch VGA vom 10.07.2018: Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Zustand nach 3 x Bandscheibenoperation L5/S1 30%, Hörminderung beidseits, an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit rechts, geringgradige Schwerhörigkeit links 30%, Chronische Polyarthritis 20% Depressive Störung 20%, Bluthochdruck 10%, Tinnitus 10%, Gesamt-GdB 30%

Derzeitige Beschwerden:

‚Ich habe prinzipiell angesucht um eine neuerliche Begutachtung, nachdem ich mit dem Gutachten von Dr. XXXX , welcher mich und meine Gattin als Schauspieler darstellen hat lassen, nicht einverstanden bin. Zusätzlich wurde auch mein Herzleiden im Gutachten nicht berücksichtig. Damals hat mir Dr. XXXX bescheinigt, dass ich 500m am Stück gehen kann. Gleichzeitig überschneidend ist dann mein Herzleiden dazugekommen. Einen Herzinfarkt hatte ich allerdings nicht, allerdings habe ich eine zweifach Stent-Implantation bekommen. Ich bin schweißgebadet, sobald ich irgendetwas mache. Auch von meinem Herzen her sind die Beschwerden nicht besser geworden. Vom Internisten her hatte ich bereits einen Ultraschall. Von seiner Seite her ist alles in Ordnung. In 6 Monaten soll ich einen weiteren Ultraschall durchführen lassen. Von Orthopädischer Seite her haben sich meine Beschwerden nicht verändert. Ich habe nach wie vor Beschwerden im Kreuz, in beiden Beinen. In beiden Knien. Schmerzen in beiden Sprunggelenken und Großzehengelenken. Was jetzt nur dazugekommen ist, sind die Beschwerden in beiden Händen. Ich habe auf beiden Händen ein Karpaltunellsyndrom, welche links mehr als rechts ausgeprägt ist. Diesbezüglich mache ich derzeit eine physikalische Therapie.'

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Candesartan, Tramal, Brilique, Thrombo-ASS, Trittico Retard, Sertralin, Pantoprazol, Diclofenac, Beloc, Atorvastatin, Simponi, Norvasc, Arava

Sozialanamnese:

verheiratet, 3 Kinder, Beruf: bezieht Rehageld

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Donauspital vom 16.08.2018

Diagnosen bei Entlassung:

Koronare 1 Gefäßerkrankung

Herzkatheter vom 10.08.2018: RCA verschlossen, Wiedereröffnung und 2 fach

Stentimplantation

Ischämische Kardiomyopathie, HFpEF

Adipositas

Art. Hypertonie

PcP

NASH

D.M. II (HbA1c 6,9) 6/18

Hyperlipamie LDL 116 6/18

St. p. Nikotinabusus bis 4/18 - 10 py

Spondylarthrose mit rez. Lumb. Diskusprotrusionen

Depressio

Dr. XXXX , MSc., FA für Orthopädie vom 12.09.2018

Diagnose: Lumboischialgie. St.p. 3x Diskus-OP L5/S1, Rezidiv-Massenprolaps L5/S1,

Einengung des Spinalkanals L5/S1, St.p. Abszess gluteal, seropos. rheumatoide

Arthritis, St.p. 2x Arthroskopie und Teil-Synovektomie linkes Knie, CTS li>re.

Mitgebrachter Befund:

Orthopädisches Spital Speising vom 10.09.2018. Auswärtiges MRT der HWS vom 24.07.2018 zeigt eine incipiente Diskopathie C3-C5 ohne Nachweis einer Vertebrostenose oder Foramenstenose

NLG Befund: mäßiggradig bis deutlich ausgeprägtes CTS, links mehr als rechts

Allgemeinzustand: gut

Ernährungszustand: adipös

Größe: 185,00 cm Gewicht: 130,00 kg Blutdruck: 160/100

Klinischer Status - Fachstatus:

46 Jahre

Haut/farbe: rosig sichtbare Schleimhäute gut durchblutet

Caput, Visus: mit Brille korrigiert Hörvermögen mit Hörgeräten nicht eingeschränkt

keine Lippenzyanose, Sensorium: altersentsprechend, HNA frei

Collum: SD: schluckverschieblich, keine Einflussstauung,

Lymphknoten: nicht palpabel

Thorax. Symmetrisch, elastisch,

Cor: Rhythmisch, rein, normfrequent

Pulmo: Vesikuläratmung, keine Atemnebengeräusche, keine Dyspnoe

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

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

Pulse: Allseits tastbar

Obere Extremität: Symmetrische Muskelverhältnisse. Nackengriff und Schürzengriff bds. uneingeschränkt durchführbar, grobe Kraft bds. nicht vermindert, Faustschluss und Spitzgriff bds. durchführbar. Die übrigen Gelenke altersentsprechend frei beweglich. Sensibilität wird unauffällig angegeben,

Untere Extremität: Zehenspitzen und Fersenstand sowie Einbeinstand bds. durchführbar, beide Beine von der Unterlage abhebbar, grobe Kraft bds. nicht vermindert, freie Beweglichkeit in Hüftgelenken und Kniegelenken, bandstabil, kein Erguss, symmetrische Muskelverhältnisse, Sensibilität wird rechts als vermindert angegeben keine Varikositas, keine Ödeme bds.,

Wirbelsäule: Kein Klopfschmerz, Finger-Bodenabstand im Stehen: kurz unterhalb der Knie, reaktionslose Narbe im Bereich der LWS

Rotation und Seitwärtsneigung im Bereich der HWS frei beweglich, im Bereich der BWS+LWS nach rechts zu 1/3 nach links 1/2 schmerzenbedingt eingeschränkt

Gesamtmobilität - Gangbild:

kommt mit 2 Unterarmstützkrücken

Freies Gehen: geringgradig rechtshinkend

Status Psychicus:

Klar, orientiert

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, Zustand nach 3 x Bandscheibenoperation L5/S1 Unterer Rahmensatz, da eingeschränkte Beweglichkeit bei Lumboischialgie, aber ohne neurologisches Defizit.

02.01.02

30

2

Hörminderung beidseits, an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit rechts, geringgradige Schwerhörigkeit links Fixer Richtsatzwert. Tabelle, Zeile 5, Kolonne 2

12.02.01

30

3

Koronare Herzkrankheit unterer Rahmensatz, da Zustand nach erfolgreicher Stentsetzung

05.05.02

30

4

Chronische Polyarthritis Oberer Rahmensatz, da Basistherapie erforderlich, unter medikamentöser Einstellung keine relevanten funktionellen Einschränkungen objektivierbar.

02.02.01

20

5

Depressive Störung Wahl dieser Position mit 1 Stufe über dem unteren Rahmensatz, da medikamentöse Therapie erforderlich ist.

03.06.01

20

6

Carpaltunnelsyndrom beidseits 1 Stufe über dem unteren Rahmensatz, da ohne motorisches Defizit

04.05.06

20

7

Bluthochdruck

05.01.01

10

8

Tinnitus Unterer Rahmensatz, da kompensiert.

12.02.02

10

Gesamtgrad der Behinderung: 30 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Das führende Leiden 1 wird durch die übrigen Leiden nicht erhöht, wegen fehlender wechselseitiger ungünstiger Leidensbeeinflussung und zu geringer funktioneller Relevanz. (...)

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Hinzukommen von Leiden 3+6. Gleichbleiben der übrigen Leiden

(...) Dauerzustand. (...)"

Im gewährten Parteiengehör zu diesem zweiten Gutachten übermittelte der Beschwerdeführer am 10.12.2018 eine Stellungnahme. Darin gab er an, dass er einen Grad der Behinderung von zumindest 50% habe und die Voraussetzungen für die Zusatzeintragung der Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel vorliegen würden. Er legte seinem Schreiben ein orthopädisch-unfallchirurgisches Sachverständigengutachten von Dr. XXXX vom 10.12.2018 bei.

Aufgrund dieser Stellungnahme holte das Sozialministeriumservice ein weiteres Gutachten ein. Dieses vom Sozialministeriumservice eingeholte orthopädische Gutachten vom 13.02.2019, basierend auf einer Untersuchung am selben Tag, ergab erneut einen Gesamtgrad der Behinderung von 30 vH und gestaltete sich in Auszügen wie folgt:

"Anamnese:

Letzte Begutachtung im Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen am 24.10.2018, Ges GdB 30% (Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Zustand nach 3 x Bandscheibenoperation L5/S1 30%, Hörminderung beidseits, an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit rechts, geringgradige Schwerhörigkeit links 30%, Koronare Herzkrankheit 30%, Chronische Polyarthritis 20%, Depressive Störung 20%, Carpaltunnelsyndrom beidseits 20%, Bluthochdruck 10%, Tinnitus 10%)

Zwischenanamnese seit 10/2018:

keine Operation, kein stationärer Aufenthalt

Derzeitige Beschwerden:

‚Beschwerden habe ich vor allem im Bereich der linken Schulter, linkes Handgelenk, linkem Sprunggelenk, linke Großzehe. Beschwerden von der Lendenwirbelsäule ausstrahlend in beide Oberschenkel außenseitig bis zu den Kniegelenken, teilweise Kribbeln im Bereich der Fußsohle, keine Besserung seit einem Jahr. Trage seit 2 Monaten eine Schiene am linken Handgelenk, habe seither einen rheumatischen Schub, chronische Polyarthritis ist seit 2010 bekannt, bin alle 3 Monate in rheumatologischer Ambulanz im AKH, derzeit alle 2 Wochen. Bzgl. Herz geht es mir unverändert seit der Stentsetzung, Schmerzen im Bereich des Brustkorbs links, die Schmerzen sind immer da, bei Belastung mehr. Im März 2018 ist eine weitere Abklärung mittels Szintigraphie im SMZ Ost geplant.'

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Medikamente: Amlodibene, Bisoprolol, Rosuvalan, Candesartan, Tramal ret., Sertralin, Magenschutz, Diclofenac, Simponi100mg, Trittico, ThromboASS, Brilique, Diclofenac.

Allergie: 0

Nikotin: 0 seit 04/2018, vorher 20

Laufende Therapie bei Hausarzt Dr. XXXX , 1210, Rheumatologische Ambulanz AKH, Facharzt für Orthopädie Krankenhaus Speising der OA Dr. XXXX , Psychotherapeutische Ambulanz 3. Bezirk seit 2 Wochen, vor etwa einem halben Jahr Facharzt für Neurologie Dr. XXXX

Sozialanamnese:

verheiratet, 3 Kinder, lebt in Reihenhaus.

Berufsanamnese: gelernter Kellner, Krankenstand seit 2 Jahren, seit 09/2018 Reha Geld, zuletzt 25 Jahre Großhandelsangestellter

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Gutachten Dr. XXXX , FA für Orthopädie vom 10.12.2018

Nachgereichte Dokumente:

Befund Dr. XXXX Facharzt für Psychiatrie und Neurologie 30. 4. 2018 und 9. 7. 2018 (mittelgradige depressive Episode, Behandlung mit Sertralin und Trittico, Zustand nach mehrfachem Diskusprolaps und Operation, empfehle MRT der HWS)

Befund internistisches Zentrum Nord 17. 12. 2018 (Status: 187 cm, 135 kg, Diagnosen: Depressio, Hashimoto-Thyreoiditis, Struma nodosa, koronare Herzkrankheit- Eingefäßerkrankung, Zustand nach zweimal Stent der RCA 08/2018, Adipositas, Hypertonie, Linksventrikelhypertrophie, rheumatoide Arthritis.

Therapieempfehlung: Medikamentenliste, siehe oben)

Bericht rheumatologische Ambulanz 31. 1. 2019 (kommt zur Laborkontrolle, Thoraxschmerz bei bekannter koronare Herzkrankheit, EKG unauffällig, TNT unauffällig, DDimer unauffällig, nach Infiltration vor einer Woche kurzfristige Besserung, nun wieder schlechter. Probleme linkes Handgelenk, Vorfuß beidseits. Nächste Simponi Dosis morgen. Falls Besserung, dann Intervallverkürzung erwägen, bzw. zusätzlich Salazopyrin, falls keine Besserung Switch, Kontrolle 14. 2.)

Labor 30. 1. 2019 (geringgradige Anämie, Harnsäure 9,4, CRP 0,7, Glucose 124, yGT 79)

Allgemeinzustand: gut, 46 Jahre

Ernährungszustand: BMI 39,4

Größe: 185,00 cm Gewicht: 130,00 kg Blutdruck: 130/85

Klinischer Status - Fachstatus:

Caput/Collum: klinisch unauffälliges Sehvermögen, Hörvermögen wird immer wieder als herabgesetzt angegeben, Hörgeräte beidseits

Thorax: symmetrisch, elastisch

Atemexkursion seitengleich, sonorer Klopfschall, VA. HAT rein, rhythmisch.

Abdomen: klinisch unauffällig, keine pathologischen Resistenzen tastbar, kein Druckschmerz.

Integument: Narbe rechter UB

Schultergürtel und beide oberen Extremitäten:

Rechtshänder. Der Schultergürtel steht horizontal, symmetrische gute

Muskelverhältnisse: Bandmaß Unterarm beidseits 35 cm.

Die Durchblutung ist ungestört, die Sensibilität wird im Bereich der Finger als gestört angegeben.

Die Benützungszeichen sind seitengleich vorhanden.

Schulter links Beschwerden werden im Bereich der vorderen Schulterregion, unspezifisch, angegeben, Bewegungsschmerzen ab der Horizontalen, sodass keine weitere Bewegung möglich ist.

Handgelenk links: diskrete Umfangsvermehrung (Bandmaß Handgelenk rechts 20 cm, links 20,5 cm), Beschwerden werden im Bereich des 1. Strahls, Daumensattelgelenks und Handgelenks radialseitig links angegeben, hier keine Schwellung oder Entzündung, keine wesentliche Umfangsvermehrung, bei zufälliger Berührung des linken Handgelenks werden heftige Schmerzen geäußert, sodass von einer passiven Untersuchung des Handgelenks abgesehen wird.

Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Schultern rechts frei, links F und S bis zur Horizontalen möglich, Rotation 1/3 eingeschränkt, Ellbogengelenke beidseits frei, Unterarmdrehung beidseits frei, Handgelenke rechts frei, links S aktiv 50/0/40, F aktiv nicht vorgeführt, von passiver Untersuchung wird abgesehen, Daumen und Langfinger seitengleich frei beweglich. Grob-und Spitzgriff sind uneingeschränkt durchführbar, Opponensfunktion beidseits kraftvoll möglich. Der Faustschluss ist beidseits komplett, Fingerspreizen beidseits unauffällig, die grobe Kraft in etwa seitengleich bis auf Streckung und Beugung im linken Handgelenk, Tonus und Trophik unauffällig.

Nacken- und Schürzengriff sind rechts uneingeschränkt durchführbar, links bis zum linken Ohr bzw. linken Beckenkamm.

Becken und beide unteren Extremitäten:

Freies Stehen nicht vorgeführt, Zehenballenstand rechts mit Anhalten möglich, links bei Schwellung im Bereich des Großzehengrundgelenks nicht durchführbar, Fersenstand beidseits mit Anhalten möglich.

Der Einbeinstand ist mit Anhalten möglich. Die tiefe Hocke ist nicht möglich.

Die Beinachse ist im Lot. Annähernd symmetrische Muskelverhältnisse:

Bandmaß

Oberschenkel beidseits 56 cm, Unterschenkel rechts 44,5 cm, links 43,5 cm.

Beinlänge ident.

Die Durchblutung ist ungestört, keine Ödeme, keine Varizen, die Sensibilität wird als ungestört angegeben. Die Beschwielung ist in etwa seitengleich.

Sprunggelenk beidseits: Bandmaß 24 cm beidseits, äußerlich unauffällig, keine Schwellung, kein Entzündungszeichen, jedoch berührungsempfindlich. Linker Fuß mäßig geschwollen, deutliche Schwellung im Bereich des Großzehengrundgelenks und mäßige Überwärmung und Rötung, Beweglichkeit der Großzehe aktiv eingeschränkt, passiv nicht untersucht, da hochgradige Berührungsempfindlichkeit.

Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Hüften S beidseits 0/90, IR/AR 10/0/30, Knie beidseits 0/0/120, Sprunggelenke rechts frei, links endlagig eingeschränkt, Zehen rechts frei, links vor allem Großzehe deutlich eingeschränkt.

Das Abheben der gestreckten unteren Extremität ist beidseits bis 30° bei KG 5 möglich.

Wirbelsäule:

Schultergürtel und Becken stehen horizontal, in etwa im Lot, regelrechte Krümmungsverhältnisse. Die Rückenmuskulatur ist symmetrisch ausgebildet. Mäßig Hartspann. Klopfschmerz über der gesamten LWS, Narbe LWS median 5 cm, ISG und Ischiadicusdruckpunkte sind frei.

Aktive Beweglichkeit:

HWS: in allen Ebenen 1/3 eingeschränkt beweglich

BWS/LWS: FBA: Nicht durchgeführt unter Schmerzangabe im Bereich der LWS, Rotation und Seitneigen der BWS und LWS deutlich eingeschränkt

Lasegue: Schmerzangabe ab 60°, Muskeleigenreflexe allseits nicht auslösbar

Gesamtmobilität - Gangbild:

Kommt selbständig gehend mit Halbschuhen mit einer Unterarmstützkrücke, trägt eine Schiene am linken Handgelenk und linken Sprunggelenk, das Stehen und Gehen wird nur mit Krücken durchgeführt, das Gangbild deutlich verlangsamt und behäbig, links hinkend unter Vermeidung der Belastung des linken Großzehengrundgelenks. Gesamtmobilität deutlich verlangsamt, Schmerzäußerung beim Hinlegen und Aufstehen, das linke Handgelenk und der linke Arm werden in Schonhaltung gehalten.

Das Aus- und Ankleiden wird zur Gänze von der Gattin durchgeführt

Status Psychicus:

Allseits orientiert; Merkfähigkeit, Konzentration und Antrieb unauffällig; Stimmungslage teilweise dysphorisch.

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, Zustand nach 3 x Bandscheibenoperation L5/S1 Unterer Rahmensatz, da eingeschränkte Beweglichkeit bei Lumboischialgie, aber ohne neurologisches Defizit.

02.01.02

30

2

Hörminderung beidseits, an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit rechts, geringgradige Schwerhörigkeit links Fixer Richtsatzwert. Tabelle, Zeile 5, Kolonne 2

12.02.01

30

3

Koronare Herzkrankheit unterer Rahmensatz, da Zustand nach erfolgreicher Stentsetzung

05.05.02

30

4

Chronische Polyarthritis Oberer Rahmensatz, da Basistherapie erforderlich, unter medikamentöser Einstellung keine relevanten funktionellen Einschränkungen objektivierbar. Berücksichtigt Hyperurikämie und Gichtarthrose linkes Großzehengrundgelenk.

02.02.01

20

5

Depressive Störung Wahl dieser Position mit 1 Stufe über dem unteren Rahmensatz, da unter medikamentöser Therapie stabil.

03.06.01

20

6

Carpaltunnelsyndrom beidseits 1 Stufe über dem unteren Rahmensatz, da ohne motorisches Defizit

04.05.06

20

7

Bluthochdruck

05.01.01

10

8

Tinnitus Unterer Rahmensatz, da kompensiert.

12.02.01

10

Gesamtgrad der Behinderung: 30 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Das führende Leiden 1 wird durch die übrigen Leiden nicht erhöht, wegen fehlender wechselseitiger ungünstiger Leidensbeeinflussung und zu geringer funktioneller Relevanz. (...)

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Keine einschätzungsrelevante Verbesserung oder Verschlechterung objektivierbar

(...) Dauerzustand. (...)"

Mit Schreiben vom 07.03.2019 übermittelte der Beschwerdeführer dem Sozialministeriumservice einen psychologischen Befund vom 04.03.2019.

Aufgrund dieser Stellungnahme holte das Sozialministeriumservice eine medizinische Stellungnahme der mit dem letzten Gutachten vom 13.02.2019 beauftragten Gutachterin ein. Diese gutachterliche Stellungnahme vom 21.03.2019 gestaltete sich in Auszügen wie folgt:

"AW erklärt sich mit dem Ergebnis der Begutachtung vom 13.02.2019 nicht einverstanden und bringt in der Stellungnahme vom 7.3.2019 vor, dass er einen neuen Befund schicken würde.

Befunde:

Befund Mag. A. XXXX 04.03.2019 (Klinisch-psychologische Diagnose gemäß ICD-10: F32.1 Mittelschwere depressive Episode F41.0 Panikstörung F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren)

Stellungnahme:

Der vorgelegte Befund steht nicht in Widerspruch zu getroffener Einstufung, festgestellte psychische Leiden werden berücksichtigt. Depressio ist unter Therapie stabil, erreicht daher keinen höheren Grad der Behinderung, ein stationärer Aufenthalt an einer Fachabteilung ist nicht dokumentiert. Eine Panikstörung ist nicht über einen längeren Zeitraum dokumentiert und erreicht keinen gesonderten Grad der Behinderung. Chronische Schmerzen werden in Leiden 1 und 4 miterfasst.

Befunde, die neue Tatsachen, noch nicht ausreichend berücksichtigte Leiden oder eine

maßgebliche Verschlimmerung belegen könnten, wurden nicht vorgelegt, sodass an der

getroffenen Beurteilung festgehalten wird."

In weiterer Folge überprüfte die ärztlichen Fachabteilung IV/8 des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz die erstatteten Sachverständigengutachten. Wie es zu dieser Prüfung kam, ist dem Akt nicht zu entnehmen. Der überprüfende Arzt hält hierzu fest, dass die erstellten Sachverständigengutachten vom 24.10.2018 und 13.02.2019 hinsichtlich der Anamnese, des klinischen Untersuchungsbefundes und der daraus abgeleiteten Diagnosen ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar seien. Die Beurteilung des Gesamtgrades der Behinderung sei jedoch in beiden Gutachten nicht richtig erfolgt. Das Leiden "Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule bei Zustand nach dreimaligen Banscheibenoperationen L5/S1 mit Beweglichkeitsdefizit im Vordergrund", sei bei beiden Gutachten korrekt mit 30 vH eingeschätzt worden. Des Weiteren bestünden zwei weitere Leiden, die mit jeweils 30 vH eingeschätzt worden seien, eine "Hörminderung" sowie eine "koronare Herzkrankheit". Da es sich bei der Herzkrankheit um ein erhebliches Leiden handle, das wie das erstgereihte Leiden mit 30 vH eingeschätzt worden sei, betrage der Gesamtgrad der Behinderung 40 vH. Alle übrigen Leiden würden zu keiner wechselseitigen negativen Leidensbeeinflussung führen und würden aufgrund ihrer Geringfügigkeit den Gesamtgrad der Behinderung nicht erhöhen.

Mit nunmehr angefochtenem Bescheid des Sozialministeriumservice vom 01.04.2019 wurde der Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses mangels Vorliegen der Voraussetzungen abgewiesen. Begründend wurde ausgeführt, dass das durchgeführte Beweisverfahren einen Gesamtgrad der Behinderung von 40 vH ergeben habe. Aufgrund der ärztlichen Stellungnahme des Abteilungsleiters vom BMASK sei ein Grad der Behinderung von 40 vH festgestellt worden. Dem Bescheid war als Beilage das eingeholte Gutachten vom 13.02.2019 sowie die Stellungnahme der Abt. IV/8 des BMASK als Bescheidbestandteil angeschlossen.

Dagegen erhob der Beschwerdeführer fristgerecht Beschwerde und gab im Wesentlichen an, dass sich der Bescheid

auf die Gutachten vom 24.10.2018 und 13.02.2019 sowie die Stellungnahme der Abteilung IV/8 des BMASK stütze. Mit dieser Stellungnahme seien allerdings nur die beiden oben genannten Gutachten von Seiten der Behörde überprüft worden, aber in keiner Weise auf seine Stellungnahme vom 10.12.2018 eingegangen worden, in welcher er durch Vorlage eines orthopädisch-unfallchirurgischen Gutachtens von Dr. XXXX vom 10.12.2018 das Gutachten der Sachverständigen des SMS vom 24.10.2017 auf gleicher fachlicher Ebene zu entkräften versucht hätte.

In diesem Gutachten komme der gerichtlich beeidete Gutachter zu einer Einschätzung laut Einschätzungsverordnung von 50 bis 60%. In diesem Gutachten werde auch von einer massiven Funktionseinschränkung der Lendenwirbelsäule gesprochen und aufgrund vorliegender radiologischer Veränderungen, einem klinischen Defizit und einer im Gutachten beschriebenen maßgeblichen Einschränkung im Alltag alleine aufgrund dieser Pos.Nr. ein Grad der Behinderung von 50% festgestellt.

In diesem Gutachten sei auch eine Beweglichkeitsprüfung nach der Neutral - 0 - Methode durchgeführt worden. Auf Basis der Untersuchung seien in Folge vom gerichtlich beeideten Gutachter die Einschränkung der Lendenwirbelsäule mit einem Grad der Behinderung von 50% eingeschätzt worden, die Auswirkungen der chronischen Polyarthritis mit 30% und das Carpaltunnelsyndrom ebenfalls mit 30% und in Summe ein Gesamtgrad der Behinderung von 50 bis 60% erhoben worden. Auch die Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmi

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

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