

# TE Bvwg Beschluss 2024/7/22 W166 2283682-1

JUSLINE Entscheidung

⌚ Veröffentlicht am 22.07.2024

## Entscheidungsdatum

22.07.2024

## Norm

B-VG Art133 Abs4

Impfschadengesetz §1b

Impfschadengesetz §3

VwG VG §28 Abs3 Satz2

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

1. § 1b heute

2. § 1b gültig ab 01.08.1991 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 278/1991

1. § 3 heute

2. § 3 gültig ab 30.12.2022 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 215/2022

3. § 3 gültig von 25.05.2018 bis 29.12.2022 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 32/2018

4. § 3 gültig von 01.01.2014 bis 24.05.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 71/2013

5. § 3 gültig von 01.05.2013 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 59/2013

6. § 3 gültig von 01.07.2005 bis 30.04.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 48/2005

7. § 3 gültig von 01.01.2003 bis 30.06.2005 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002

8. § 3 gültig von 01.01.2002 bis 31.12.2002 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 70/2001

9. § 3 gültig von 01.01.1994 bis 31.12.2001 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 27/1994

1. VwG VG § 28 heute

2. VwG VG § 28 gültig ab 01.01.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2017

## Spruch

W166 2283682-1/4E

### BESCHLUSS

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Carmen LOIBNER-PERGER als Vorsitzende und die Richterin Mag. Ivona GRUBESIC sowie den fachkundigen Laienrichter DI Herbert KASBERGER als Beisitzer über die Beschwerde von XXXX , geb. XXXX , vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Georg PRCHLIK, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Kärnten, vom 14.11.2023, betreffend Entschädigung nach dem Impfschadengesetz, beschlossen:Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Carmen LOIBNER-PERGER als Vorsitzende und die Richterin Mag. Ivona GRUBESIC sowie den fachkundigen Laienrichter DI Herbert KASBERGER als Beisitzer über die Beschwerde von römisch 40 , geb. römisch 40 , vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Georg PRCHLIK, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Kärnten, vom 14.11.2023, betreffend Entschädigung nach dem Impfschadengesetz, beschlossen:

A)

In Erledigung der Beschwerde wird der angefochtene Bescheid aufgehoben und die Angelegenheit zur Erlassung eines neuen Bescheides an das Sozialministeriumservice, Landesstelle Kärnten, zurückverwiesen.

B)

Die Revision ist gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG nicht zulässigDie Revision ist gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG nicht zulässig.

## Text

Entscheidungsgründe:

I. Verfahrensgang:römisch eins. Verfahrensgang:

Der Beschwerdeführer stellte am 10.01.2022 beim Sozialministeriumservice, Landesstelle Kärnten, (in der Folge: belangte Behörde) einen Antrag auf Entschädigung nach dem Impfschadengesetz. Begründet wurde der Antrag vom Beschwerdeführer damit, dass bei ihm nach der ersten Covid-19-Impfung am 21.04.2021 mit dem Impfstoff Moderna Beschwerden/Schmerzen (Rötungen und Empfindlichkeit) im Bereich Brustkorb, Bronchien und Lunge, Verdichtungen bzw. Vergrößerungen im Bereich der Lunge, anhaltend erhöhte Entzündungswerte im Blut, vermehrte Schleimbildung und Abhusten von Schleim, Leistungsabfall, Übelkeit, Kopfschmerzen, leichte Sehbeeinträchtigung, sowie Vergrößerung der Lymphe aufgetreten seien. Mit dem Antrag legte der Beschwerdeführer eine Kopie eines Auszuges aus dem Impfpass sowie diverse medizinische Beweismittel vor.

Nach Einholung von weiteren medizinischen Unterlagen von behandelnden Ärzten durch die belangte Behörde wurde ein Sachverständigengutachten einer Ärztin für Allgemeinmedizin vom 13.01.2023, basierend auf der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers, eingeholt, in welchem Nachfolgendes ausgeführt wurde:

„Geltend gemachte Gesundheitsschädigung:

progrediente thorakale Lymphadenopathie als Folge der am 21.4.2021 vorgenommenen Covid-19-Impfung (Moderna).

Das Gutachten wurde auf Basis der Krankengeschichten, Befunde im übermittelten Akt, Literaturrecherche und der eigenen Untersuchung erstellt. Im Gutachten angeführt sind die Bezüge zu den entsprechenden Befunden in Form der Seitenzahl des Aktes.

Befunde/ Auskunft BVAEB:

Auskunft BVAEB bzgl. bewilligter Leistungen (40-49, 59-77: davon 65-70 ohne Jahresangabe): Auszugsweise geht daraus hervor, dass Herr XXXX mehrmals Arbeitsunfälle mit Krankenständen hatte, 2020 erstmals ein Hinweis auf eine

Lymphadenopathie bzw. Lungenerkrankung (72). Auskunft BVAEB bzgl. bewilligter Leistungen (40-49, 59-77: davon 65-70 ohne Jahresangabe): Auszugsweise geht daraus hervor, dass Herr römisch 40 mehrmals Arbeitsunfälle mit Krankenständen hatte, 2020 erstmals ein Hinweis auf eine Lymphadenopathie bzw. Lungenerkrankung (72).

Arztbericht internistische Notaufnahme am 19.2.2019 (141-145): Ausschluss PE, ACS: am 3.2., unwohl gefühlt wie bei Erkältung, Husten Temp. 38°. Antibiose bis vor 10 Tagen, abends immer erschöpft, beim Gehen Müdigkeit, Gefühl nicht durchatmen zu können, Reizhusten, allerdings Besserung mit Wärmeflasche. Empfohlen: Körperliche Schonung, Echo-Ko (dilat. re. Vorhof und etwas erhöhter syst. PA Druck) und Ergometrie. Befund Lungenzintigraphie: normale Perfusion beider Lungen, kein Hinweis für embolisches Geschehen.

Zuweisung wegen protrahiertem respir. Infekt an Dr. XXXX , 19.2.2019 (93). Befund: Zarte Pleuraspitzenschwielen beidseits, kein pulmonales Infiltrat, kein Erguss, kein Herdbefund.Zuweisung wegen protrahiertem respir. Infekt an Dr. römisch 40 , 19.2.2019 (93). Befund: Zarte Pleuraspitzenschwielen beidseits, kein pulmonales Infiltrat, kein Erguss, kein Herdbefund.

Dr. XXXX , FA für Innere Medizin, 13.8.2020 (89-90). Befund: Typ C. Gastritis, GERD, leichte Hypercholesterinämie, Trikuspidalklappeninsuffizienz (PAP ca. 29mmHG). Kardiovaskulär durchaus zufriedenstellende Befunde, regelrechte Lungenfunktion. Laborchemisch kein Hinweis für prothrombotische Entzündung.Dr. römisch 40 , FA für Innere Medizin, 13.8.2020 (89-90). Befund: Typ C. Gastritis, GERD, leichte Hypercholesterinämie, Trikuspidalklappeninsuffizienz (PAP ca. 29mmHG). Kardiovaskulär durchaus zufriedenstellende Befunde, regelrechte Lungenfunktion. Laborchemisch kein Hinweis für prothrombotische Entzündung.

Befunde Dr. XXXX , FA für Lungenkrankheiten, 5.5.2020, 19.5.2020, 8.6.2020 einschließlich. Erwähnung Lungenröntgen und CT-Befunde XXXX (82-85): Reizhusten nach viralem Infekt seit 1 Woche Aerocortin und Sultanol.Befunde Dr. römisch 40 , FA für Lungenkrankheiten, 5.5.2020, 19.5.2020, 8.6.2020 einschließlich. Erwähnung Lungenröntgen und CT-Befunde römisch 40 (82-85): Reizhusten nach viralem Infekt seit 1 Woche Aerocortin und Sultanol.

Thorax Rö: Narbe im li. UF, kleiner Rundherd retrosternal (evtl. einem Granulom entsprechend), eher mitral konfig. Herzschatten, eindeutiges Infiltrat nicht zu erkennen. CT Thorax (mit KM) 5.6.2020: Geringe pulmonale Emphysemzeichen.

Diskret vergrößerte Lymphknoten im Bereich des rechten Hilus sowie geringe möglicherweise postentzündliche Residuen im Bereich des Mittellappens und der Lingula. Derzeit allerdings keine eindeutig suspekten pulmonalen Rundherde. Keine größere Pneumonie, kein Pleuraerguss. Die Pulmonalarterien regulär perfundiert. Bzgl. der gering vergrößerten Lymphknoten am rechten Hilus CT-Kontrolle in ca. 6 Monaten empfohlen. Dgn.: Hyperreagibles Bronchialsystem, St.p. Pneumonie, Aerocortin 100yg Ixtgl. für 2 Wochen.

Befunde Dr. XXXX 29.6.2021,19.7.2021, 16.12.2021 (78-81): Patient bekommt schwer Luft, Brennen im Brustbereich löst trockenen Husten aus, beginnend vor 1 Monat. Zunächst ohne Beschwerden, danach Atemnot bei kleinster Anstrengung.Befunde Dr. römisch 40 29.6.2021,19.7.2021, 16.12.2021 (78-81): Patient bekommt schwer Luft, Brennen im Brustbereich löst trockenen Husten aus, beginnend vor 1 Monat. Zunächst ohne Beschwerden, danach Atemnot bei kleinster Anstrengung.

Corona geimpft zuletzt vor 1 Monat. Röntgen: zunehmende interstitielle Strukturvermehrung, Narbe li. UF, Verdichtungsbezirk retrosterna.

Hyperreagibles Bronchialsystem, St.p. Pneumonie, interstitielle Strukturvermehrung. Therapie: Foster Nexthaler 2xtgl. Thorax-CT DR. XXXX am 9.7.2021: Signifikante thorakale Lymphadenopathie mit einer Progredienz im Vergleich zur Voruntersuchung; disseminierte pulmonale Herde, z.T. neu z.T. großenprogressiv, Verdacht einer pulmonalen und lymphogenen Metastasierung. Vorstellung „fast track Ambulanz „Lungenabteilung. Thorax CT Dr. XXXX vom 2.11.2021: bds. axillär keine vergrößerten Lymphknoten nachweisbar. Die Lymphknoten im Bereich des Mediastinums vor allem infrakarinal und um den rechten Hauptbronchus im Vergleich zur Voruntersuchung minimal größervermindert. Intrapulmonal finden sich rechts nun minimale Verdichtungen im Bereich des schrägen Interlobiums sowie vereinzelte flächige bis 8 mm große Verdichtungen subpleural rechts. Die unspezifischen kleinen knotigen Läsionen subpleural bds. sind in Größe und Konfiguration unverändert und bis maximal 9 mm im Lungenfenster, keine neu aufgetretenen Läsionen kein Pleuraerguss. Dgn.: pulmonale Rundherde, V.a. Sarkoidose.Hyperreagibles Bronchialsystem, St.p. Pneumonie, interstitielle Strukturvermehrung. Therapie: Foster Nexthaler 2xtgl. Thorax-CT DR. römisch 40 am

9.7.2021: Signifikante thorakale Lymphadenopathie mit einer Progredienz im Vergleich zur Voruntersuchung; disseminierte pulmonale Herde, z.T. neu z.T. größerenprogradient, Verdacht einer pulmonalen und lymphogenen Metastasierung. Vorstellung „fast track Ambulanz „Lungenabteilung. Thorax CT Dr. römisch 40 vom 2.11.2021: bds. axillär keine vergrößerten Lymphknoten nachweisbar. Die Lymphknoten im Bereich des Mediastinums vor allem infrakarinal und um den rechten Hauptbronchus im Vergleich zur Voruntersuchung minimal größervermindert. Intrapulmonal finden sich rechts nun minimale Verdichtungen im Bereich des schrägen Interlobiums sowie vereinzelte flächige bis 8 mm große Verdichtungen subpleural rechts. Die unspezifischen kleinen knotigen Läsionen subpleural bds. sind in Größe und Konfiguration unverändert und bis maximal 9 mm im Lungenfenster, keine neu aufgetretenen Läsionen kein Pleuraerguss. Dgn.: pulmonale Rundherde, römisch fünf.a. Sarkoidose.

Arztbriefe Univ.Klinik für Pneumologie der PMU, 29.7.2021, 11.8.2021, 18.8.2021 (97-102): Auszug Diagnosen zuletzt: V.a. Sarkoidose (=entzündliche Erkrankung mit granulomatösen Veränderungen, die verschiedenen Organe v.a. Lunge und Lymphknoten betreffen kann), progrediente thorakale Lymphadenopathie, disseminierte Rundherde, zum Teil größerenprogradient, Erst-CT vor einem Jahr. Weiterhin Probleme richtig durchzuatmen, ein thorakales Druckgefühl sowie rezidivierende Hustenattacken. Arztbriefe Univ.Klinik für Pneumologie der PMU, 29.7.2021, 11.8.2021, 18.8.2021 (97-102): Auszug Diagnosen zuletzt: römisch fünf.a. Sarkoidose (=entzündliche Erkrankung mit granulomatösen Veränderungen, die verschiedenen Organe v.a. Lunge und Lymphknoten betreffen kann), progrediente thorakale Lymphadenopathie, disseminierte Rundherde, zum Teil größerenprogradient, Erst-CT vor einem Jahr. Weiterhin Probleme richtig durchzuatmen, ein thorakales Druckgefühl sowie rezidivierende Hustenattacken.

Tirolkliniken, Univ.Klinik für Innere Medizin, Arztbriefe 10.9.2021 und Ergänzung

13.9.2021 Progrediente thorakale Lymphadenopathie und pulmonale Rundherde, DD Sarkoidose. Zustand nach nicht diagnostischer EBUS-TBNA 08/2021 in Salzburg und am 10.9.2021 an der Uniklinik Innsbruck: reaktive Veränderungen ohne Hinweis auf ein spezifisches entzündliches Geschehen oder Malignität. Die BAL gering entzündlich wie bei akut exazerbierter Alveolitis bei regelhafter T4/T8 Ratio, insgesamt nicht das Bild einer Sarkoidose. Sensitivität der Untersuchung bei 80%. Bei vor stationärem Aufenthalt erforderlichem Cortisonstoß ist ein falsch negativer Befund nicht auszuschließen.

Dr. XXXX , FA für Innere Medizin, 22.8.2021, 1.2.2022(86-88): Multiple pulmonale Rundherde und Lymphadenopathie, laut PET-CT Befund mit Sarkoidose vereinbar. Multiple pulmonale Rundherde und Lymphadenopathie (Schwellung von Lymphknoten im Rahmen von Erkrankungen), Alveolitis nach SARSCOV2 Impfung (Spikevax von Moderna 4/21 und 6/21), Verdacht auf unerwünschte Arzneimittelnebenwirkung nach SARS-COV2 Impfung. Bisher bekannte für derartige Veränderungen ursächliche Erkrankungen wie z.B. Sarkoidose und Tuberkulose konnten als Ursache ausgeschlossen werden. Dr. römisch 40 , FA für Innere Medizin, 22.8.2021, 1.2.2022(86-88): Multiple pulmonale Rundherde und Lymphadenopathie, laut PET-CT Befund mit Sarkoidose vereinbar. Multiple pulmonale Rundherde und Lymphadenopathie (Schwellung von Lymphknoten im Rahmen von Erkrankungen), Alveolitis nach SARSCOV2 Impfung (Spikevax von Moderna 4/21 und 6/21), Verdacht auf unerwünschte Arzneimittelnebenwirkung nach SARS-COV2 Impfung. Bisher bekannte für derartige Veränderungen ursächliche Erkrankungen wie z.B. Sarkoidose und Tuberkulose konnten als Ursache ausgeschlossen werden.

Dr. XXXX , FA für Lungenkrankheiten, 11.4.2022, 11.5.2022, 19.10.2022 (Befunde als Beilage): Diagnosen zuletzt: Bilaterale Pneumonie im Abklingen, V.a. Sarkoidose, Z.n. COVID-19 Feber 2022, progrediente mediastinale + bilhiläre Lymphadenopathie (beginnend Juni 2020), progrediente pulmonale Rundherde beidseits (beginnend Juni 2020), Z.n. 2x bronchoskopischen Gewebsproben ohne Hinweis auf Malignom oder Sarkoidose 2021. In der Beurteilung am 11.5.2022 wird ausgeführt, dass laut Univ. Prof. Dr. XXXX , interdisziplinär an der Univ. Klinik Innsbruck besprochen, ein Malignom ausgeschlossen wurde und eine Sarkoidose als die wahrscheinlichste Diagnose angesehen wurde. Ein Therapieversuch mit hochdosiertem ICS sollte versucht werden. Dr. römisch 40 , FA für Lungenkrankheiten, 11.4.2022, 11.5.2022, 19.10.2022 (Befunde als Beilage): Diagnosen zuletzt: Bilaterale Pneumonie im Abklingen, römisch fünf.a. Sarkoidose, Z.n. COVID-19 Feber 2022, progrediente mediastinale + bilhiläre Lymphadenopathie (beginnend Juni 2020), progrediente pulmonale Rundherde beidseits (beginnend Juni 2020), Z.n. 2x bronchoskopischen Gewebsproben ohne Hinweis auf Malignom oder Sarkoidose 2021. In der Beurteilung am 11.5.2022 wird ausgeführt, dass laut Univ. Prof. Dr. römisch 40 , interdisziplinär an der Univ. Klinik Innsbruck besprochen, ein Malignom ausgeschlossen wurde und eine Sarkoidose als die wahrscheinlichste Diagnose angesehen wurde. Ein Therapieversuch mit hochdosiertem ICS sollte versucht werden.

Anamnese:

Familienanamnese: Eltern gesund.

Vorerkrankungen: AE mit ca. 10 Jahren, Meniskus OP bde. Knie, Kreuzband, Seitenband li.

Ein Infekt 2019 mit nachfolgender Untersuchung an der internistischen Notaufnahme sei nicht in Erinnerung.

Die 1. Impfung erfolgte am 21.4.2021 (Moderna), vermutlich links; Armschmerzen, Fieber (nicht gemessen, aber Schüttelfrost); er habe all dem keine Bedeutung beigemessen. 2-3 Tage Abgeschlagenheit, er könne sich an Schmerzen unter dem linken Arm (möglich vergrößerte Lymphknoten) erinnern. Ca. 1 bis 2 Wochen später trat plötzlich massiver Husten auf, er habe Schmerzen im Brustbereich gehabt. Er sei dann beim Lungenfacharzt gewesen, bei Dr. XXXX zum Röntgen und Überweisung ins Krankenhaus. Es wurden Kortisontabletten verschrieben, damit sei es noch schlechter geworden, er sei monatlang im Krankenstand gewesen, konnte nicht aufstehen, hatte starken Husten und Auswurf. Die 1. Impfung erfolgte am 21.4.2021 (Moderna), vermutlich links; Armschmerzen, Fieber (nicht gemessen, aber Schüttelfrost); er habe all dem keine Bedeutung beigemessen. 2-3 Tage Abgeschlagenheit, er könne sich an Schmerzen unter dem linken Arm (möglich vergrößerte Lymphknoten) erinnern. Ca. 1 bis 2 Wochen später trat plötzlich massiver Husten auf, er habe Schmerzen im Brustbereich gehabt. Er sei dann beim Lungenfacharzt gewesen, bei Dr. römisch 40 zum Röntgen und Überweisung ins Krankenhaus. Es wurden Kortisontabletten verschrieben, damit sei es noch schlechter geworden, er sei monatlang im Krankenstand gewesen, konnte nicht aufstehen, hatte starken Husten und Auswurf.

Die 2. Impfung am 9.6.2021 (Moderna) habe er trotzdem erhalten. Sein Zustand sei immer schlimmer geworden und folgten Untersuchungen an der Klinik. Er habe nicht einmal mehr sprechen können und sei massiv erschöpft gewesen. Die genaue Zeitabfolge ist nicht mehr erinnerlich. Die Kortisontabletten hätten so starke Nebenwirkungen (Schmerzen, Übelkeit, Schwellung des Gesichtes) gehabt, dass sie abgesetzt wurden; er sei dann bei Fr. Dr. XXXX gewesen, die ihn zum Lungenfacharzt Dr. XXXX überwiesen habe, bei dem er seither in regelmäßiger Kontrolle sei. Die letzte Untersuchung erfolgte im November 2022. Während einer Schulung Anfang 2022 in Wien erfolgten Tests. In den Osterferien sei der Test positiv gewesen und er habe starke Beschwerden gehabt, sei bettläufig gewesen. Die 2. Impfung am 9.6.2021 (Moderna) habe er trotzdem erhalten. Sein Zustand sei immer schlimmer geworden und folgten Untersuchungen an der Klinik. Er habe nicht einmal mehr sprechen können und sei massiv erschöpft gewesen. Die genaue Zeitabfolge ist nicht mehr erinnerlich. Die Kortisontabletten hätten so starke Nebenwirkungen (Schmerzen, Übelkeit, Schwellung des Gesichtes) gehabt, dass sie abgesetzt wurden; er sei dann bei Fr. Dr. römisch 40 gewesen, die ihn zum Lungenfacharzt Dr. römisch 40 überwiesen habe, bei dem er seither in regelmäßiger Kontrolle sei. Die letzte Untersuchung erfolgte im November 2022. Während einer Schulung Anfang 2022 in Wien erfolgten Tests. In den Osterferien sei der Test positiv gewesen und er habe starke Beschwerden gehabt, sei bettläufig gewesen.

Derzeitige Beschwerden: Von Jänner bis Mai 2022 habe er kaum körperliche Belastungen gehabt, wodurch die Beschwerden nicht so massiv waren (ausgenommen während der Coronaerkrankung); ab 06/2022 seien die Symptome unterschiedlich gewesen, zeitweise könne er kaum 2 Stockwerke gehen und strenge sich beim Sprechen an. Nach wie vor habe er auch immer wieder einen Druck auf der Brust; Wärme in Form einer Wärmeflasche auf der Brust helfe. Er könne keinen Sport betreiben, die Ärzte würden meinen, dass auch die Entzündungswerte noch hoch seien und nur Kortison helfe.

Die derzeitige Behandlung seien Novolizer Budesonid 400mg 1/0/1 und Inhalation mit Meersalz oder Menthol bei stärkerem Auswurf.

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand und Ernährungszustand: Gut

Größe: 184 cm, Gewicht: 86 kg, Blutdruck: 125/70

Haut/Schleimhaut: Gut durchblutet; blende Narben v.a. linkes Knie nach OP Kopf/Hals: HNAP frei. Okulo- und Pupillomotorik unauffällig. Lesebrille;

Thorax:

Cor: Herztöne rein, rhythmisch, keine Geräusche; HF 64/min

Pulmo: perkutorisch keine Dämpfung; leises Atemgeräusch; diskrete Rasselgeräusche beidseits in Höhe mittlere Brustwirbelsäule.

Hustenreiz bei tieferer Inspiration.

Im Rahmen der Erhebung der Anamnese fällt auf, dass bei längerem Sprechen wiederholt eine Pause für eine tiefere Atmung eingelegt wird.

Abdomen:

Bauchdecken weich; durch Berührungsempfindlichkeit im Epigastrium keine genauere Exploration möglich.

Wirbelsäule:

Gerade, keine Klopft- oder Druckschmerz.

Obere Extremität:

Altersentsprechend beweglich.

Untere Extremität:

Bis auf eine leicht eingeschränkte Streckung und Beugung im linken Knie unauffällig — kein Schmerz bei aktiver oder passiver Bewegung

Neurologischer Status:

Grob neurologisch unauffällig.

Status Psychicus:

Allseits orientiert, Stimmung zwar ausgeglichen, aber doch belastet durch die Erkrankung; Auftreten der Beschwerden teils eingeschränkt erinnerlich und erst durch vorliegende Befunde im Vergleich zuzuordnen. Schlaf gut bis auf seltene Unterbrechung durch Husten.

a. maeu:

Zusammenfassung:

Die Sarkoidose wird als entzündliche Systemerkrankung beschrieben, die häufig die Lunge betrifft und Granulome als auch eine Lymphadenopathie meist bilateral zeigt. Ätiologisch werden genetische Veranlagung, immunologische oder auch infektiöse Ursachen angegeben. Es zeigt sich eine gesteigerte inflammatorische Aktivität und Immunantwort und ist meist die T4/T8 Ratio erhöht. Symptome können u.a. Husten, Atembeschwerden und Druckgefühl in der Brust sein.

Februar 2019: nach einem Infekt Untersuchung an der internistischen Notaufnahme wegen Atemproblemen, Reizhusten, Brustschmerz

Mai 2020: Reizhusten nach viralem Infekt. Im Thorax-Röntgen: Narbe im li. UF, kleiner Rundherd retrosternal (evtl. einem Granulom entsprechend).

Juni 2020: Thorax CT: Geringe pulmonale Emphysemzeichen. Diskret vergrößerte Lymphknoten im Bereich des rechten Hilus sowie geringe möglicherweise postentzündliche Residuen im Bereich des Mittellappens und der Lingula. Derzeit allerdings keine eindeutig suspekten pulmonalen Rundherde.

21.4.2021 erste Impfung, 9.6.2021 zweite Impfung mit Spikevax@. Anamnestisch 1-2 Wochen nach der 1. Impfung starke Beschwerden (Befund Dr. XXXX vom 29.6.2021: seit 1 Monat schwer atmen, trockener Husten, Brennen im Brustbereich. 21.4.2021 erste Impfung, 9.6.2021 zweite Impfung mit Spikevax@. Anamnestisch 1-2 Wochen nach der 1. Impfung starke Beschwerden (Befund Dr. römisch 40 vom 29.6.2021: seit 1 Monat schwer atmen, trockener Husten, Brennen im Brustbereich.

9.7.2021: Thorax-CT Dr. XXXX : Signifikante thorakale Lymphadenopathie mit einer Progredienz im Vergleich zur Voruntersuchung; disseminierte pulmonale Herde, z.T. neu, z.T. großenprogredient. Verdacht einer pulmonalen und lymphogenen Metastasierung, der Primarius dzt. unklar. 9.7.2021: Thorax-CT Dr. römisch 40 : Signifikante thorakale Lymphadenopathie mit einer Progredienz im Vergleich zur Voruntersuchung; disseminierte pulmonale Herde, z.T. neu, z.T. großenprogredient. Verdacht einer pulmonalen und lymphogenen Metastasierung, der Primarius dzt. unklar.

Seither viele Untersuchungen und v.a. lokale und auch systemische Kortisontherapie und Krankenstände. Bis heute bestehen leichte Beschwerden, die einen Sport nicht möglich machen und Therapien und laufende fachärztliche Kontrollen erfordern.

Entsprechend der Literatur s.u., traten die angeführten Lymphadenopathien vorzugsweise auf der Seite der Impfung im Bereich der regionalen Lymphknoten auf, selten in einzeln geschilderten Fällen über dem Schlüsselbein und entsprechend einem im September veröffentlichten Fall in der Leistenregion. Die Lymphknoten zeigten jedoch nach einiger Zeit eine Größenabnahme.

Eine Studie berichtet über einen Fall einer bis dato unbekannten Sarkoidose, die durch die Impfung sozusagen demaskiert wurde.

Literatur:

Paul-Ehrlich-Institut, Langen 7.9.2022. Das Paul-Ehrlich-Institut fasst im aktuellen Sicherheitsbericht die Meldungen über Verdachtsfälle von Nebenwirkungen und Impfkomplikationen zusammen, die es seit Beginn der Impfkampagne in Deutschland am 27.12.2020 bis zum 30.06.2022 erhalten hat. Unter Punkt 3, bekannte Nebenwirkungen der COVID — 19 — Impfstoffe, Tabelle 4: Lymphadenopathie, häufig nach Spikevax®, gelegentlich nach Comirnaty®.

Entsprechend einer Veröffentlichung des BASG vom 19.12.2022 - Spikevax, INN-Elasomeren/imelasomeren/davesomeren- wird im Sicherheitsprofil von Spikevax berichtet, dass es sehr häufig (>1/10) zu Lymphadenopathie kommt (diese wurde als axilläre Lymphadenopathie auf der gleichen Seite wie die Impfstelle erfasst. In manchen Fällen waren andere Lymphknoten (z.B. zervikale, supraklavikuläre) betroffen.

Ulster Med J. 2022 Sep; 91 166-167. Published online 2022 Dec 5. Reactive NonRegional Lymphadenopathy from The COVID-19-mRNA Vaccine: A NOVEL SIDEFFECT.

National Library of medicine 5.12.2022. Unmasking sarcoidosis following SARS-CoV2 vaccination (COX/iran Barekat): a case report. Presented With inflammation of previous tattoo Sites as well as the development of erythema nodosum and systemic lymphadenopathie, suggested a possible link between the Covid vaccination and dysregulation of the inflammatory process and served as a reminder for clinicians to have enough vigilance before proposing booster to these patients.

Fragestellungen:

1. Welches Krankheitsbild bzw. welcher Gesundheitsbeeinträchtigung entspricht die geltende gemachte Gesundheitsschädigung?

Progrediente Lymphadenopathie beziehungsweise einem Verdacht auf Sarkoidose.

2. Ergeben sich daraus maßgebliche Funktionsbeeinträchtigungen?

Atemnot, verringerte körperliche Belastbarkeit, Notwendigkeit einer zumindest inhalativen längerfristigen Kortisontherapie und entsprechenden lungenfachärztlichen Kontrollen.

3. Sind die Symptome als Impfreaktion oder Impfkomplikation in der Literatur bekannt?

In der oben angeführten Literatur sind Lymphadenopathien vorwiegend nach Impfungen mit Spikevax® in den regionalen Lymphknoten beschrieben. Diese Lympadenopathien bildeten sich nach einigen Monaten zurück.

Weiters wurde bei der Literaturrecherche ein Fallbericht, s.o. gefunden in dem von einer Demaskierung einer Sarkoidose berichtet wird.

4. Welche ärztlichen Befunde sprechen für einen Zusammenhang der vorliegenden Gesundheitsschädigung mit der Impfung?

Der zeitliche Zusammenhang der massiven Zunahme der Beschwerden mit vermehrt aufgetretenen vergrößerten Lymphknoten bzw. Rundherden. 14 Tage nach der 1. Impfung mit Spikevax (Moderna) am 21.4.2021 traten starker Husten und Brustschmerzen auf, weshalb eine Untersuchung beim Lungenfacharzt und nachfolgend radiologische, bronchoskopische und histologische Untersuchungen von biotisch als auch Bronchiallavage gewonnenem Proben erfolgten. Diese Untersuchungen zeigten eine progrediente Lymphadenopathie bzw. den Verdacht auf Sarkoidose.

5. Wie wichtig ist jede einzelne dieser Pro-Schlussfolgerung?

Insbesondere der zeitliche Zusammenhang der Impfung mit den vermehrt aufgetretenen Befunden und Symptomen.

6. Welche ärztlichen Befunde sprechen gegen einen Zusammenhang der vorliegenden Gesundheitsschädigung mit der Impfung? (Relevant z. B. bei bekannten Vorerkrankungen)

In diesem Fall sind bereits ähnliche Symptome nach einer Lungenentzündung im Februar 2019 aufgetreten, jedoch noch ohne radiologisch sichtbare Veränderungen. Dann im Mai 2020 nochmals Atembeschwerden, diesmal wurden ein kleiner Rundherd retrosternal (evtl. einem Granulom entsprechend) und im CT vergrößerte Lymphknoten.

7. Wie gewichtig ist jede einzelne dieser contra — Schlussfolgerung?

s.o.

8. Spricht insgesamt erheblich mehr für oder erheblich mehr gegen einen ursächlichen Zusammenhang?

Bei den vorbestehenden, nicht eindeutig nur postentzündlichen Veränderungen (gering vergrößerte Lymphknoten, Rundherd) kann keine eindeutige Pro- oder Kontra- Einschätzung erfolgen.

Die Befunde und die verstärkten Symptome nach den Impfungen mit Spikevax@ lassen einen Zusammenhang möglich erscheinen.

9. Ist daher aus ärztlicher Sicht ein beziehungsweis bzw. kein wahrscheinlicher Zusammenhang anzunehmen?

Aus gutachterlicher Sicht ist ein Zusammenhang wie unter Punkt acht beschrieben als möglich anzunehmen.

10. Insbesondere sind folgende Kriterien zu prüfen:

a. Besteht ein klarer zeitlicher Zusammenhang?

Ja.

b. Entspricht die Symptomatik im Wesentlichen, wenn auch in abgeschwächter Form, dem Bild einer Komplikation nach einer Infektion?

Nein.

c. Gibt es eine andere (wahrscheinlichere) Erklärungsmöglichkeit der Ätiologie?

Die vorbestehenden beschriebenen Lymphknotenschwellungen und der Rundherd im Röntgen und Beschwerden seitens der Atmung, die vor der Impfung nicht eindeutig einem Krankheitsbild zugeordnet werden konnten.

11. Hat die Impfung eine zumindest über drei Monate dauernde Gesundheitsschädigung verursacht?

Die Erkrankung erforderte Krankenstände zunächst von 2 Monaten und danach noch einige Tage zur Durchführung einer stationären Untersuchung

a. Wenn ja, hat sich die Gesundheitsschädigung im Verlauf in ihrer Schwere maßgeblich geändert?

Anfangs musste von Ende Juli 2021 bis Anfang Oktober 2021 ein Krankenstand in Anspruch genommen werden, nach mehr als 1 Jahr ist noch die Belastbarkeit herabgesetzt, es bestehen wiederholt Brustschmerzen und Atemnot, die eine Therapie sowie laufende fachärztliche Kontrollen erfordern.

b. Können daher für bestimmte Zeiträume unterschiedliche Schweregrade angegeben werden?

Wenn man den Berichten des Patienten folgt kam insbesonders nach den Impfungen zu stärkeren Beschwerden mit nachfolgend notwendigen Konsultation der Ärzte; ab 06/2022 seien die Symptome in ihrer Intensität unterschiedlich gewesen.

12. Hat die Impfung zwar keine Dauerfolgen, aber eine schwere Körperverletzung nach §84 Abs. 1 StGB bewirkt? (siehe Beiblatt). 12. Hat die Impfung zwar keine Dauerfolgen, aber eine schwere Körperverletzung nach §84 Absatz eins, StGB bewirkt? (siehe Beiblatt).

Die Dauer der körperlichen Beeinträchtigung hat insgesamt mehr als 2 Monate betragen.“

Aufgrund vom Beschwerdeführer neu vorgelegter lungenfachärztlicher Befunde wurde seitens der belangten Behörde ein Sachverständigengutachten eines Facharztes für Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin vom 28.03.2023 - basierend auf der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers - eingeholt, in welchem Nachfolgendes ausgeführt wurde:

„(...) Krankengeschichte:

Ich möchte zuerst auf die Vorerkrankungen und dann auf den Krankheitsverlauf nach der Impfung eingehen.

Es sind folgende Vorerkrankung (d.h. vor der Zweitimpfung mit Moderna am 21.4.2021 aufgetretene Erkrankungen) erhebbar:

- a) St. p. Appendektomie im 10. Lebensjahr
- b) Kniegelenksverletzung mit Kreuzband- und Seitenbandruptur und operativer Versorgung bei Motorradunfall 1987
- c) Meniskusverletzung rechtes Kniegelenk 2004 mit Operation
- d) Seitenband- und Kreuzbandverletzung linkes Kniegelenk 2004 mit Operation
- e) Tendovaginitis stenosans dig III 2016e) Tendovaginitis stenosans dig römisch III 2016
- f) Prellung Schulter und Oberarm 2016 mit nach wie vor bestehendem Bewegungsschmerz
- g) Akute Urtikaria nach Gartenarbeit 2016
- h) Pneumonie 2019
- i) Typ-c Gastritis, GERD 2020
- j) Allergien: keine

Die im Akt aufliegenden Befunde beginnen im Jahr 2019.

Am 19.2.2019 suchte der Patient die Internistischen Notaufnahme am Universitätsklinikum Salzburg auf. Grund war offensichtlich ein Reizhusten bei kurz zurückliegendem fieberhaftem Infekt. Die Laborwerte zeigten keine Auffälligkeiten, im Besonderen auch keine erhöhten Entzündungswerte. Das damals durchgeführte Echokardiogramm zeigte eine geringe Trikuspidalinsuffizienz mit einem gering erhöhten pulmonalarteriellen Druck. Die Linksventrikelfunktion erschien unauffällig. Der Thoraxröntgenbefund war bis auf zarte Pleuraspitzenschwielen beidseits unauffällig, ebenso wie die akut durchgeführte Lungenzintigraphie.

Am 5.5.2020 suchte Herr B. den niedergelassenen Lungenfacharzt Dr. XXXX in Salzburg wegen Reizhusten nach einem kürzlich zurückliegenden vermutlich viralen Infekt auf. Der PRICK-Test zeigte sich schwach positiv auf Milbe, und war ansonsten unauffällig. Das Thoraxröntgen zeigte nun einen kleinen retrosternalen Rundherd unklarer Ätiologie. Es wurde ein hyperreagibles Bronchialsystem diagnostiziert und eine inhalative Cortisontherapie empfohlen, die der Patient danach aber nicht verwendete, da er sich rasch wieder fit fühlte. Am 5.5.2020 suchte Herr B. den niedergelassenen Lungenfacharzt Dr. römisch 40 in Salzburg wegen Reizhusten nach einem kürzlich zurückliegenden vermutlich viralen Infekt auf. Der PRICK-Test zeigte sich schwach positiv auf Milbe, und war ansonsten unauffällig. Das Thoraxröntgen zeigte nun einen kleinen retrosternalen Rundherd unklarer Ätiologie. Es wurde ein hyperreagibles Bronchialsystem diagnostiziert und eine inhalative Cortisontherapie empfohlen, die der Patient danach aber nicht verwendete, da er sich rasch wieder fit fühlte.

Am 5.6.2020 wurde ein Thorax-CT durchgeführt, das diskret vergrößerte Lymphknoten rechts hilär sowie vermutlich postentzündliche Residuen im Bereich des rechten Mittellappens sowie in der Lingula ergab.

Am 13.8.2020 erfolgte eine Konsultation bei der niedergelassenen Fachärztin für Innere Medizin, Frau Dr. XXXX, in Salzburg. Sie berichtet über eine Refluxerkrankung mit Typ C-Gastritis (Diagnose bei Dr. Gmeiner in Salzburg), die mit Pantoprazol behandelt wurde, sowie über eine kürzlich durchgeführte unauffällige Colonoskopie. Das EKG war unauffällig. Echokardiographisch zeigte sich eine gute Linksventrikelfunktion und morphologisch zeigten sich unauffällige Herzkappen. Bei Vorliegen einer geringen Trikuspidalinsuffizienz war der kalkulierte pulmonalarterielle Druck mit 29mmHg wieder gering erhöht. In der Sonographie des Abdomens zeigte sich eine grenzwertig große Milz, ansonsten aber unauffällige Verhältnisse. Die Carotis-Sonographie war unauffällig. Die Spirometrie zeigte eine Vitalkapazität von 4.911 (93%) und ein FEV 1 von 3,671 (91%). Am 13.8.2020 erfolgte eine Konsultation bei der niedergelassenen Fachärztin für Innere Medizin, Frau Dr. römisch 40, in Salzburg. Sie berichtet über eine Refluxerkrankung mit Typ C-Gastritis (Diagnose bei Dr. Gmeiner in Salzburg), die mit Pantoprazol behandelt wurde, sowie über eine kürzlich durchgeführte unauffällige Colonoskopie. Das EKG war unauffällig. Echokardiographisch

zeigte sich eine gute Linksventrikelfunktion und morphologisch zeigten sich unauffällige Herzklappen. Bei Vorliegen einer geringen Trikuspidalinsuffizienz war der kalkulierte pulmonalarterielle Druck mit 29mmHg wieder gering erhöht. In der Sonographie des Abdomens zeigte sich eine grenzwertig große Milz, ansonsten aber unauffällige Verhältnisse. Die Carotis-Sonographie war unauffällig. Die Spirometrie zeigte eine Vitalkapazität von 4.911 (93%) und ein FEV 1 von 3,671 (91%).

Der Patient war bis zum Zeitpunkt der ersten, aber auch der zweiten Covid-19 Impfung in einem altersentsprechend sehr guten Allgemeinzustand. Radfahren, Berggehen und Schwimmen gehörten zu den gerne ausgeübten regelmäßigen Freizeitaktivitäten.

Die erste Impfung mit dem Impfstoff von Moderna erfolgte am 21.4.2021. Es traten Armschmerzen (Seite der Impfung ist nicht erinnerlich) und Fieber für etwa 3 Tage auf. Danach kam es auch über mehrere Tage zu Schmerzen in der linken Axilla.

Etwa 1-2 Wochen nach der Impfung traten zusätzlich thorakale Schmerzen im Brustbereich und massiver Husten auf, es kam zu vermehrter Schleimbildung und Abhusten von weißlichem bis gelblichem zähem Sekret. Weiter traten Leistungsabfall und Müdigkeit verbunden mit großem Schlafbedürfnis sowie Übelkeit, Kopfschmerzen und eine leichte Sehbeeinträchtigung auf.

Die zweite Impfung erfolgte am 9.6.2021 wiederum mit dem Impfstoff Spikevax von Moderna. Diese Impfung wurde am linken Arm vorgenommen. Unmittelbar nach der Impfung traten, soweit erinnerlich, keine Impfnebenwirkungen wie Fieber oder Kopfschmerzen auf.

Am 29.6.2021 erfolgte eine Untersuchung beim niedergelassenen Lungenfacharzt Dr. XXXX in Salzburg. Es wurde über Atemnot bei geringer Belastung und trockenen Husten berichtet. Im Thoraxröntgen wurde eine zunehmende interstitielle Strukturvermehrung und ein Verdichtungsbezirk retrosternal beschrieben. Die Lungenfunktion zeigte eine Vitalkapazität von 70%, und eine eingeschränkte FEV 1 von 59% bei im Normalbereich liegenden Werten für die Resistance und das Residualvolumen. Es wurde ein hyperreagibles Bronchialsystem mit interstitieller Lungenstrukturvermehrung diagnostiziert. Es wurde Foster tgl. verordnet und eine neuerliches Thorax CT veranlasst. Am 29.6.2021 erfolgte eine Untersuchung beim niedergelassenen Lungenfacharzt Dr. römisch 40 in Salzburg. Es wurde über Atemnot bei geringer Belastung und trockenen Husten berichtet. Im Thoraxröntgen wurde eine zunehmende interstitielle Strukturvermehrung und ein Verdichtungsbezirk retrosternal beschrieben. Die Lungenfunktion zeigte eine Vitalkapazität von 70%, und eine eingeschränkte FEV 1 von 59% bei im Normalbereich liegenden Werten für die Resistance und das Residualvolumen. Es wurde ein hyperreagibles Bronchialsystem mit interstitieller Lungenstrukturvermehrung diagnostiziert. Es wurde Foster tgl. verordnet und eine neuerliches Thorax CT veranlasst.

Am 9.7.2021 wurde ein Thorax-CT beim niedergelassenen Radiologen Dr. XXXX durchgeführt. Dieses zeigte im Vergleich zur Voruntersuchung vom 5.6.2020 links axillär großenprogrediente kugelige Lymphknoten von 0.8cm Durchmesser. Ebenso zeigten sich nun deutlich progredient zur Voruntersuchung mediastinal und paraaortal sowie infrahilär großenprogrediente und zum Teil konfluierende Lymphknoten. Weiter wurden auch hiläre vergrößerte Lymphknoten in ähnlicher Ausdehnung und Größe wie bei der Voruntersuchung beschrieben. Es zeigte sich kein Perikard- oder Pleuraerguss. Im Lungenfenster zeigten sich frische disseminierte pulmonale Rundherde, im Oberlappen ein Herd mit einem Durchmesser von 9mm. Es wurde daher primär sogar der Verdacht auf eine metastasierende Erkrankung ausgesprochen. Am 9.7.2021 wurde ein Thorax-CT beim niedergelassenen Radiologen Dr. römisch 40 durchgeführt. Dieses zeigte im Vergleich zur Voruntersuchung vom 5.6.2020 links axillär großenprogrediente kugelige Lymphknoten von 0.8cm Durchmesser. Ebenso zeigten sich nun deutlich progredient zur Voruntersuchung mediastinal und paraaortal sowie infrahilär großenprogrediente und zum Teil konfluierende Lymphknoten. Weiter wurden auch hiläre vergrößerte Lymphknoten in ähnlicher Ausdehnung und Größe wie bei der Voruntersuchung beschrieben. Es zeigte sich kein Perikard- oder Pleuraerguss. Im Lungenfenster zeigten sich frische disseminierte pulmonale Rundherde, im Oberlappen ein Herd mit einem Durchmesser von 9mm. Es wurde daher primär sogar der Verdacht auf eine metastasierende Erkrankung ausgesprochen.

Am 19.7.2021 erfolgte die Befundbesprechung bei Dr. XXXX, der eine Vorstellung an der Lungenabteilung der Universitätsklinik Salzburg veranlasste. Am 19.7.2021 erfolgte die Befundbesprechung bei Dr. römisch 40, der eine Vorstellung an der Lungenabteilung der Universitätsklinik Salzburg veranlasste.

Der Patient konnte nun seinen Beruf nicht mehr ausüben und musste mehr als zwei Monate, nämlich vom 21.7.2021 bis 1.10.2021 und danach nochmals vom 17.10.2021 bis 21.10.2021 in den Krankenstand gehen.

Am 27.7.2021 wurde ein MRT des Neurokraniums durchgeführt, das einen altersentsprechenden Befund mit nur vereinzelten winzigen Glianarben ergab.

Vom 27.7.2021 bis 1.8.2021 wurde der Patient an der Abteilung für Pneumonologie der Universitätsklinik Salzburg aufgenommen. Die Laborwerte einschließlich des CRP-Werts waren unauffällig. Es wurde eine PET-CT Untersuchung vorgenommen, wobei sich deutliche Mehrspeicherungen in multiplen Lymphknoten bihilär, mediastinal, infrakarinal und supraclavikular rechts zeigten. Weiter zeigten sich geringe Mehrspeicherungen in den kleinen pulmonalen Rundherden, vor allem im rechten Unterlappen. Auch links axillär zeigte sich in einzelnen Lymphknoten eine geringe Mehrspeicherung, die eventuell als Impffolge eingestuft wurde. Der Abdomen-Beckenbereich und das Skelett erschien dagegen unauffällig. Die Veränderungen wurden als granulomatöses Geschehen, am ehesten eine Sarkoidose entsprechend, interpretiert.

Am 11.8.2021 wurde an der Abteilung für Pneumonologie der Universitätsklinik Salzburg eine Bronchoskopie durchgeführt. Die histologische Aufarbeitung war wegen des hämorrhagischen Zellbildes jedoch nicht aussagekräftig, Sarkoidosetypische Veränderungen fanden sich laut Befund jedenfalls nicht. Die PCR aus der Bronchiallavage auf Tuberkulose war negativ.

Am 22.8.2021 erfolgte eine Besprechung bei der Internistin, Frau Dr. XXXX , die den Patienten nun zu einer neuerlichen Bronchoskopie an die Universitätsklinik Innsbruck überwies. Das am 22.8.2021 durchgeführte EKG war unauffällig. Echokardiographisch zeigte sich eine gute Linksventrikelfunktion und morphologisch fanden sich unauffällige Herzkappen. Bei Vorliegen einer Trikuspidalinsuffizienz erschien der pulmonalarterielle Druck mit 30-34mmHg wieder gering erhöht. In der Sonographie des Abdomens zeigte sich eine grenzwertig vergrößerte Milz, ansonsten aber unauffällige Verhältnisse. Die bei der Internistin durchgeführte Spirometrie war wegen des starken Hustenreizes nicht beurteilbar. Am 22.8.2021 erfolgte eine Besprechung bei der Internistin, Frau Dr. römisch 40 , die den Patienten nun zu einer neuerlichen Bronchoskopie an die Universitätsklinik Innsbruck überwies. Das am 22.8.2021 durchgeführte EKG war unauffällig. Echokardiographisch zeigte sich eine gute Linksventrikelfunktion und morphologisch fanden sich unauffällige Herzkappen. Bei Vorliegen einer Trikuspidalinsuffizienz erschien der pulmonalarterielle Druck mit 30-34mmHg wieder gering erhöht. In der Sonographie des Abdomens zeigte sich eine grenzwertig vergrößerte Milz, ansonsten aber unauffällige Verhältnisse. Die bei der Internistin durchgeführte Spirometrie war wegen des starken Hustenreizes nicht beurteilbar.

Vom 9.9.2021 bis 11.9.2022 wurde der Patient an der internen Abteilung der Medizinischen Universitätsklinik Innsbruck zur nochmaligen Durchführung einer endobronchialen Lymphknoten-Biopsie aufgenommen. Die im Rahmen des stationären Aufenthalts durchgeführten Laborwerte ergaben wiederum keine Auffälligkeiten. Auch diesmal zeigten sich in der bei der durch die Biopsie gewonnenen Histologie nur reaktive Veränderungen ohne Hinweis auf ein spezifisches entzündliches Geschehen, und es bestand auch wieder kein Hinweis auf ein malignes Geschehen. In der BAL fanden sich geringe entzündliche Veränderungen. Nachdem in den Tagen vor der Untersuchung eine CortisonstossTherapie (75mg über 3 Tage) erfolgt war, wurde von der behandelnden Lungenfachärztin in Innsbruck, Frau Prof. XXXX ein falsch negativer Biopsie Befund nicht ausgeschlossen. Sie erwähnt in ihrer Stellungnahme auch, dass die Sensitivität der transbronchialen Biopsie lediglich bei 80% läge. Vom 9.9.2021 bis 11.9.2022 wurde der Patient an der internen Abteilung der Medizinischen Universitätsklinik Innsbruck zur nochmaligen Durchführung einer endobronchialen Lymphknoten-Biopsie aufgenommen. Die im Rahmen des stationären Aufenthalts durchgeführten Laborwerte ergaben wiederum keine Auffälligkeiten. Auch diesmal zeigten sich in der bei der durch die Biopsie gewonnenen Histologie nur reaktive Veränderungen ohne Hinweis auf ein spezifisches entzündliches Geschehen, und es bestand auch wieder kein Hinweis auf ein malignes Geschehen. In der BAL fanden sich geringe entzündliche Veränderungen. Nachdem in den Tagen vor der Untersuchung eine CortisonstossTherapie (75mg über 3 Tage) erfolgt war, wurde von der behandelnden Lungenfachärztin in Innsbruck, Frau Prof. römisch 40 ein falsch negativer Biopsie Befund nicht ausgeschlossen. Sie erwähnt in ihrer Stellungnahme auch, dass die Sensitivität der transbronchialen Biopsie lediglich bei 80% läge.

Es erfolgte nun unter der Annahme einer Sarkoidose eine Behandlung mit Urbason Tabletten. Diese Behandlung wurde laut Schilderung des Patienten jedoch sehr schlecht vertragen, wobei er unter ständiger Müdigkeit, Erschöpfung und Übelkeit litt. Auch trat eine Gesichtsschwellung auf, so dass die Therapie nach etwa 3 1/2 Monaten abgebrochen

werden musste. Erst nach dem Absetzen der Urbason Tabletten ging es dem Patienten nach seinen Angaben wieder deutlich besser.

Am 2.11.2021, wurde beim Radiologen Dr. XXXX eine Kontrolle des Thorax-CT durchgeführt. Es waren nun keine vergrößerten axillären Lymphknoten feststellbar, die mediastinalen Lymphknoten erschienen minimal größenvermindert. Intrapulmonal wurden unverändert unspezifische kleinknotige subpleurale Läsionen beschrieben und eine 8mm große Verdichtung im Bereich des Interlobiums subpleural rechts als möglicherweise postinterventionelle Veränderung interpretiert. Am 2.11.2021, wurde beim Radiologen Dr. römisch 40 eine Kontrolle des Thorax-CT durchgeführt. Es waren nun keine vergrößerten axillären Lymphknoten feststellbar, die mediastinalen Lymphknoten erschienen minimal größenvermindert. Intrapulmonal wurden unverändert unspezifische kleinknotige subpleurale Läsionen beschrieben und eine 8mm große Verdichtung im Bereich des Interlobiums subpleural rechts als möglicherweise postinterventionelle Veränderung interpretiert.

Die Laboruntersuchungen am 30.11.2021 bei Frau Dr. XXXX in XXXX ergaben wieder eine unauffällige BSG, ein unauffälliges CRP und Blutbild sowie unauffällige Leber- und Nierenwerte. Die Antikörperbestimmung gegen das SARSCoV-2 Spike Protein war mit über 2500 BAU/ml deutlich positiv. Die Laboruntersuchungen am 30.11.2021 bei Frau Dr. römisch 40 in römisch 40 ergaben wieder eine unauffällige BSG, ein unauffälliges CRP und Blutbild sowie unauffällige Leber- und Nierenwerte. Die Antikörperbestimmung gegen das SARSCoV-2 Spike Protein war mit über 2500 BAU/ml deutlich positiv.

Am 16.12.2021 erfolgte eine Kontroll-Untersuchung beim Lungenfacharzt Dr. XXXX . Er sprach wiederum der Verdacht auf eine Sarkoidose aus, jedoch wurde nun keine spezifische Therapie mehr vermerkt. Am 16.12.2021 erfolgte eine Kontroll-Untersuchung beim Lungenfacharzt Dr. römisch 40 . Er sprach wiederum der Verdacht auf eine Sarkoidose aus, jedoch wurde nun keine spezifische Therapie mehr vermerkt.

Im Februar 2022 ist es dann zum Auftreten einer Covid-19 Infektion gekommen. Es bestanden über 10 Tage starke Abgeschlagenheit, starker Husten und Fieber.

Die weitere lungenfachärztliche Betreuung erfolgte nun durch den niedergelassenen Facharzt für Lungenerkrankungen, Herrn Dr. XXXX , in Salzburg. Sein erster Befundbericht vom 11.4.2022 beschreibt unauffällig Blutgase, in der Lungenfunktionsprüfung zeigte sich keine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung, das FEVI erschien niedrig normal. Die weitere lungenfachärztliche Betreuung erfolgte nun durch den niedergelassenen Facharzt für Lungenerkrankungen, Herrn Dr. römisch 40 , in Salzburg. Sein erster Befundbericht vom 11.4.2022 beschreibt unauffällig Blutgase, in der Lungenfunktionsprüfung zeigte sich keine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung, das FEVI erschien niedrig normal.

Am 11.5.2022 erfolgt eine neuerliche Untersuchung beim Lungenfacharzt Dr. XXXX . Nach wie vor berichtete der Patient über vermehrte Schleimbildung und Müdigkeit sowie über eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Herr Dr. XXXX sprach in seinem Befundbericht ebenfalls dezidiert von einer Sarkoidose als wahrscheinlichste Diagnose. Es wurde nun mit einer inhalativen Cortisontherapie (Budesonid 400ug Applikationen täglich) begonnen. Am 11.5.2022 erfolgt eine neuerliche Untersuchung beim Lungenfacharzt Dr. römisch 40 . Nach wie vor berichtete der Patient über vermehrte Schleimbildung und Müdigkeit sowie über eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Herr Dr. römisch 40 sprach in seinem Befundbericht ebenfalls dezidiert von einer Sarkoidose als wahrscheinlichste Diagnose. Es wurde nun mit einer inhalativen Cortisontherapie (Budesonid 400ug Applikationen täglich) begonnen.

Am 19.10.2022 wurde Herr B. erneut von Dr. XXXX nach einem kurz zurückliegenden fiebigen Infekt mit Husten und Hämoptysen untersucht. Im Thoraxröntgen zeigten sich retikulonoduläre Verdichtungen im linken Hemithorax. Blutbild und CRP erschienen normal. Es wurde von einer abklingenden Pneumo

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