

IM NAMEN DER REPUBLIK

Das Bundesfinanzgericht hat durch den Richter***Ri*** in der Beschwerdesache ***Bf1***, ***Bf1-Adr***, über die Beschwerde vom 19. Dezember 2019 gegen den Bescheid des ***FA*** vom 18. November 2019 zu GZ. ***1***, mit dem der Antrag auf Gewährung des Erhöhungsbetrages zur Familienbeihilfe wegen erheblicher Behinderung des Kindes ***K*** (VNR ***2***) für den Zeitraum ab Februar 2019 abgewiesen wurde, zu Recht erkannt:

I. Die Beschwerde wird gemäß § 279 BAO als unbegründet abgewiesen.

II. Gegen dieses Erkenntnis ist eine Revision an den Verwaltungsgerichtshof nach Art. 133 Abs. 4 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) nicht zulässig.

Entscheidungsgründe

I. Sachverhalt

Für den am ***3*** geborenen Sohn der Beschwerdeführerin wurde der Erhöhungsbetrag zur Familienbeihilfe wegen erheblicher Behinderung laut den entsprechenden Mitteilungen des Finanzamtes für die Monate August 2011 bis Juni 2015 sowie August 2017 bis Jänner 2019 gewährt.

Im ersten ärztlichen **Gutachten** des Bundessozialamtes (nunmehr Sozialministeriumservice) **vom 14.7.2010** wurde nach der am 25.6.2010 durchgeführten Untersuchung des damals vier Monate alten Kindes festgestellt:

Anamnese:

*Die SS und Geburt verlief normal, postpartal wurde ein Klumpfuß bds. festgestellt und operiert sowie eine redressierende Gipsbehandlung durchgeführt. Seit Kurzem sind ***K*** jetzt nicht mehr ein Gips sondern Schienen verordnet, intermittierend gab es damit Probleme da, Druckstellen auftreten. Sonstige Erkrankungen/Probleme: keine.*

Behandlung /Therapie (Medikamente, Therapien - Frequenz):

Schienen im Unterschenkelbereich

Untersuchungsbefund:

****K*** ist ein nicht ganz 4 Monate alter Säugling in gutem AZ und EZ. Größe: 72 cm, Kopfumfang: 43 cm. Gewicht: 9300 g. Haut und Schleimhaut sind rosig. Die kleine Fontanelle ist nur gering offen, die große ist weit offen und im Niveau. Der Hinterkopf zeigt sich eher flach, es zeigt sich ein Resthämangiom in Rückbildung. Die Augen zeigen soweit ersichtlich einen Geradstand. Der Muskelgrundtonus ist in der Norm, Arme und Beine werden alternierend gleichmäßig bewegt die Hüfte ist frei, die Füße zeigen bds. eine blande Narbe nach Op., die Fersen sind am Grund bds. etwas gerötet durch die Schienen, die Fußschaufel ist relativ gut beweglich. Im Liegen in Bauchlage zeigt ***K*** einen kräftigen Unterarmstütz und eine gute Kopfkontrolle. Auch im Landau zeigt sich eine gute Körperspannung. Insgesamt ist ***K*** ein gut entwickelter, fröhlicher lebhafter Säugling.*

Status psychicus / Entwicklungsstand: siehe Untersuchungsbefund

Relevante vorgelegte Befunde:

*2010-06-22 KINDERCHIRURGIE ***4*** Ambulanzkarte: 3.2.2010: kongenitaler Klumpfuß bds., 1. Ponsetigips bds. am 9.2.2010 - dann regelmäßige Gipswechsel -dadurch läßt sich der rechte Fuß schon ganz gut korrigieren, links ist die Vorfußdeformität etwas steiler. Nach vielen Gipswechseln ist die Entwicklung der Fußwurzelknochen besser, klinisch ist der Fuß gut korrigiert. 11.5.2010 stationäre Aufnahme zur Achillessehnenentotomie. AM 8.6.2010 - die letzte Gipsetappe nach ASV bds., Füße sind bds. sehr gut gestellt, allseits perfekte Werte nach Pirani, Versorgung mit ein Paar Globopedschuhen mit einer Tibaxschiene-Tragedauer 20 Stunden mit Pause zum Baden und zur Pflege. 9.6.2010: durch Schnürung und Rötung mit Blasenbildung Aussetzen des Schienentragens.*

Diagnose(n):

Zustand nach Klumpfuß bds.

Richtsatzposition: 137 GdB: 050% ICD: Q66.0

Rahmensatzbegründung: Richtsatzposition mit Rahmensatzhöhe 1 Stufe unter dem oberen Rahmensatzwert entsprechend dem Befund - gutes klinisches Bild mit der Notwendigkeit eines Tragens von Schienen über 20 Stunden pro Tag.

Gesamtgrad der Behinderung: 50 vH voraussichtlich mehr als 3 Jahre anhaltend.

Eine Nachuntersuchung in 3 Jahren ist erforderlich.

Die rückwirkende Anerkennung der Einschätzung des Grades d. Behinderung ist ab 2010-02-01 aufgrund der vorgelegten relevanten Befunde möglich.

Der(Die) Untersuchte ist voraussichtlich n i c h t dauernd außerstande, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen.

Die nächste Untersuchung des Kindes durch das Bundessozialamt erfolgte am 27.5.2013. Im ärztlichen **Gutachten vom 27.5.2013** wurde festgestellt:

Anamnese:

Seit einem halben Jahr trage er Orthesenschuhe da die Nachtlagerungsschienen nicht akzeptiert wurden, die Orthesenschuhe werden verwendet und auch heute getragen;

Behandlung/Therapie (Medikamente, Therapien - Frequenz): Fußorthesen beidseits, Ko alle 3 Monate

Untersuchungsbefund:

3-jähriger Knabe in guter Allgemeinentwicklung, internistisch OB; Sensorium erscheint nicht eingeschränkt; OE und Stamm frei beweglich; bei geringer Beinlängendifferenz beidseits abgeflachte Fußgewölbe mit sicherförmig nach innen gebogenen Vorfüßen. Dorsalflexion links mäßig vermindert, bds keine Spitzfußbildung; freier Stand mit einwärts gerichteten Vorfüßen und eingezogenen Zehen; der Gang deutlich über die Fußaußenränder, auch mit Orthese relativ gut mobil

Status psychicus / Entwicklungsstand: keine Auffälligkeiten, wegen Sprachhindernis eingeschränkte Kontaktfähigkeit

Relevante vorgelegte Befunde:

*2012-09-25 KINDERCHIRURGIE ***4*** congenitaler Klumpfuß bds; Z.n. Ponsetithherapie und neuer Gipsbehandlung bei beginnendem Rezidiv, Gehorthesen und Nachtlagerungsschienen bds
2013-03-05 KINDERCHIRURGIE ***4*** Nachtlagerungsschienen werden nicht toleriert, Fuß mit bohnenförmiger Deformität, leicht supiniert, sehr weich, ohne Orthesen Inversion, Gangbild mit Orthesen tadellos*

Diagnosen: Zustand nach Klumpfuß bds

Richtsatzposition: 020537 Gdb: 050% iCD: Q66.0

Rahmensatzbegründung: Pos unverändert zu VGA bei Rezidiv mit notwendiger Orthesenversorgung und engmaschigen Kontrollen entsprechend der Fußfehlform und Gangstörung

Gesamtgrad der Behinderung: 50 vH voraussichtlich mehr als 3 Jahre anhaltend. Keine maßgebliche Besserung zu VGA, anhaltende Korrekturnotwendigkeit

Eine Nachuntersuchung in 3 Jahren ist erforderlich.

Der(Die) Untersuchte ist voraussichtlich n i c h t dauernd außerstande, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen.

Auf Grund der guten Behandlungsmöglichkeit und dem Entwicklungspotential wird ein NU in 2 Jahren empfohlen.

Die in diesem Gutachten empfohlene Nachuntersuchung wurde am 21.5.2015 durchgeführt. Im ärztlichen Gutachten vom **4.6.2015** wurde festgestellt:

Anamnese:

Neufestsetzung, LGA von 05/2013, Diagnose: Z.n. Klumpfuß beids., GdB 50%, Gutachten zur Überprüfung des laufenden Bezuges:

****K*** hat zwei jüngere Brüder, er besucht zzt einen Kindergarten in ***6***; die Eltern stammen aus Tschetschenien, leben seit 2004 in Österreich; ***K*** ist in Österreich geboren; im Kindergarten vom Verhalten her unauffällig; im Juli 2014 zweite Klumpfußoperation an beiden Beinen in der Uniklinik ***4***, die Mutter hat den Befund vergessen; alle 3-4 Monate werden die Schuhe neu angepasst und umgebaut bei einem Orthopädie-Techniker in ***4***; diese Schuhe muss er den ganzen Tag tragen, sie dürfen auch nicht nass werden, weil sie sonst die Form verändern; die Mutter berichtet, dass er viersprachig aufwächst, "er kann Tschetschenisch und Deutsch und vom Fernsehen hat er Russisch gelernt und auf Youtube Englisch..."; "im Kindergarten ist er in Deutsch und Englisch sehr gut"; Rad fahren kann er nur mit Stützrädern, Schwimmen hat er noch nicht gelernt (der mittlere der drei Brüder ist seit Geburt schwerhörig, bzw. fast taub, wurde schon einmal operiert, die Kinder verständigen sich teilweise mit Zeichensprache laut Mutter);*

Derzeitige Beschwerden: siehe oben

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

keine Medikamente, Schuhe, die orthopädisch zugerichtet werden

Sozialanamnese: siehe oben

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

keine neuen Befunde vorgelegt;

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: unauffällig

Ernährungszustand: unauffällig

Größe: 128,00 cm Gewicht: 23,00 kg

Status (Kopf / Fußschema) - Fachstatus:

Kopf: Pupillen mittelweit, rund, isokor, direkte Lichtreaktion prompt, Bulbusmotilität konjugiert,

Gesicht symmetrisch innerviert; Halsorgane: unauffällig; Cor: rhythmisch, frequent, Herztöne unauffällig, keine Nebengeräusche; Pulmo: Vesikuläratmen beids.; Thorax: symmetrisch; Wirbelsäule: annähernd gerade; Arme: die Gelenke von der Form her frei beweglich; Faustschluss komplett, grobe Kraft und Feinmotorik unauffällig; Beine: Kniegelenke unauffällig, Sprunggelenke von der Form her nahezu unauffällig, der laterale Knöchel steht beids. weiter dorsal; Dorsalflexion beids. bis ca. 25°, Plantarflexion beids. bis knapp 20° möglich; Pro- und Supination beids. mäßig- bis mittelgradig eingeschränkt, keine Schwellung; blande Narben ventralseitig, dorsalseitig und medial; deutlich vorstehende Calcaneusapophyse dorsalseitig beids.; die Füße sind mäßig nach innen rotiert, vor allem beim Gehen; die Wadenmuskulatur beids. mäßig atroph;

Gesamtmobilität - Gangbild:

Gangbild geradeaus nahezu unauffällig mit mäßig nach innen rotierten Füßen, Fersen- und Zehenballengang beids. möglich;

Psycho(patho)logischer Status: Unauffällig, kooperativ, kontaktfähig;

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

<i>Lfd. Nr.</i>	<i>Bezeichnung der körperlichen, geistigen oder sinnesbedingten Funktionseinschränkungen, welche voraussichtlich länger als sechs Monate andauern werden: Begründung der Rahmensätze:</i>	<i>Pos.Nr.</i>	<i>GdB %</i>
<i>1</i>	<i>Zustand nach Klumpfußkorrektur beidseits Einschätzung entsprechend der mäßigen funktionellen Einschränkung</i>	<i>02.05.33</i>	<i>30</i>

Stellungnahme zu Vorgutachten:

die Gehfähigkeit hat sich verbessert, ausreichende Sprunggelenksbeweglichkeit beidseits

Der festgestellte Grad der Behinderung wird voraussichtlich mehr als 3 Jahre andauern

GdB liegt vor seit: 05/2015

Aufgrund dieses Gutachtens teilte das Finanzamt der Beschwerdeführerin in der Mitteilung über den Bezug der Familienbeihilfe vom 19.5.2015 mit, dass erhöhte Familienbeihilfe für ihren Sohn ***K*** nur mehr bis Juni 2015 gewährt werde.

In einer weiteren Mitteilung vom 26.6.2015 wurde darauf hingewiesen, dass der Grundbetrag an Familienbeihilfe für den Zeitraum Juli 2015 bis Mai 2018 zustehe.

Aufgrund eines neuen Antrages auf Gewährung des Erhöhungsbetrages zur Familienbeihilfe wurde am 29.1.2018 eine neuerliche Untersuchung des Kindes durch das

Sozialministeriumservice durchgeführt. Im Gutachten vom **7.2.2018** wurde von Dr. ***5***, der auch das Vorgutachten vom 4.6.2015 erstellt hatte, festgestellt:

Anamnese:

*Letztgutachten Dr. ***5***, 05/2015, Gesamtgrad der Behinderung 30%, Diagnose: Zustand nach Klumpfußkorrektur beidseits; siehe auch Letztgutachten; im Sommer 2017 hatte er eine Kontrolle an der Uniklinik in ***4***, dort wurde ein Klumpfußrezidiv festgestellt, außerdem ein Ponseti-Gips empfohlen; die Mutter berichtet, dass sie diesen Gips dann nicht an der Uniklinik ***4***, sondern im KH Barmh. Schwestern ***6*** anlegen hat lassen (Fahrt nach ***4*** und Kontrollen!); der Gips wurde am 14.08. angelegt und am 04.09.2017 abgenommen; nachher konnte er laut Mutter überhaupt nicht gut gehen — sie hat ihm die Schultasche in die Schule tragen müssen; er konnte auch die Knie kaum beugen, dann haben die Beine zu zittern begonnen; es wurde anschl. eine Physiotherapie im KH Barmh. Schwestern ***6*** ambulant durchgeführt, die letzte wird übermorgen stattfinden; ansonsten keine schwere Erkrankung/Op.;*

Derzeitige Beschwerden:

- 1.: Von der Schule zur Bushaltestelle muss er 2-mal stehen bleiben, weil er es nicht bis zur Haltestelle schafft, die Mutter holt ihn täglich von der Schule ab; in der Früh kann er zurzeit meistens alleine zur Schule fahren, aber sie holt ihn ab, weil er nach einigen Stunden eben so schwach ist;*
- 2.: Wenn er von der Schule heimkommt, ist er ganz schwach, hat dann Schmerzen im Bereich des linken Sprunggelenks, am linken Knie und am linken Oberschenkel; er hätte auch Schmerzen am rechten Sprunggelenk und Oberschenkel, nur das rechte Knie tut ihm nicht weh;*

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel: Physiotherapie

Sozialanamnese:

****K*** hat zwei jüngere Brüder, er besucht zurzeit die 2. Klasse Volksschule in ***6***, guter Schulerfolg; die Eltern stammen aus Tschetschenien, leben seit 2004 in Österreich, ***K*** ist in Österreich geboren; die Eltern haben sich vor 4 Jahren getrennt, zum Vater besteht kein Kontakt, er hat in Österreich gelebt, ist aber nicht auffindbar, die Mutter weiß auch nicht, ob er noch lebt;*

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

*Uniklinik ***4***, 06/2017, ambulant, Diagnose: Zustand nach kongenitalem Klumpfuß beidseits nach Tibialis anterior-Transfer 2014; er war zu Hause beschwerdefrei; er geht mit Fersenlandung beidseits, allerdings rollt er vermehrt über die laterale Fußkante; Fußöffnungswinkel ca. 5-10° positiv; der Rückfuß steht noch immer neutral und man sieht einen leichten Vorfuß adductus, der Tibialis anterior funktioniert, allerdings hilft ***K*** sich mit dem Extensor hallucis longi; maximale Dorsalflexion 15-17° über die Neutralgrenze beidseits, Taluskopf ist noch bedeckt;*

KH Barmh. Schwestern ***6***, Patientenkartei, 10.08.2017: wird heute vorstellig; 14.08.: vorstellig zur Redressionsgipsung bei beginnendem Klumpfußrezidiv bei Zustand nach Ponseti-Therapie mit vielfacher Gipsanlage im Vorfeld (LKH ***4***) und Tibialis anterior-Transfer; heute werden beidseits redressierende Klumpfußgipse mit Drehpunkt-Chopart-Gelenk angelegt, die rechte Seite etwas stärker; Verstärkung des mineralischen Gipses mit Scotchcast; Gipswechsel in einer Woche; 21.08.: Neuanlage eines redressierenden Verbandes bei Klumpfußbehandlung; 28.08: Abnahme des zweiten Redressionsgipses, passiv hier eine Verbesserung des Vorfußöffnungswinkels erkennbar; in der Ruhehaltung jedoch Zurückfedern in die Bohnenform, auch bei Belastung wieder Zurücksinken in die Bohnenform trotz Tibialis anterior-Transfer im Juli 2014 im LKH ***4***; zusätzlich besteht laut Mutter noch eine Sturzneigung und Ungeschicklichkeit; 04.09. Gips wird heute abgenommen, die Haut intakt, keine Druckstellen, der linke Fuß etwas mehr in einer Sichelfußstellung, auch in Belastung; Dr. Gußner leider heute nicht anwesend;

KH Barmh. Schwestern ***6***, 11/2017, ambulant, Diagnose: wie oben; der Patient kommt in Begleitung seiner Mutter, sie gibt an, nach Gipsabnahme sei freies Gehen, Treppensteigen, Schuhe anziehen kaum möglich gewesen; langsame Besserung nach einer Woche mit anfangs noch stärkerem muskulärem Zittern; der Weg von der Schule bis zur Bushaltestelle sei ihm bereits zu viel; hätte auch früh morgens und nachts Schwierigkeiten mit dem Gehen; klinischer Befund: freier Gang und Stand möglich; auch Zehen- und Fersenstand möglich; beim Gehen Abweichen des Vorfußes nach lateral in der Schwungbeinphase; Hypotrophie der Wadenmuskulatur beidseits, links mehr als rechts; Pronation und Supination beidseits kaum möglich; Extension, Flexion links 0/0/70° aktiv, rechts 10/0/70° aktiv; kleine Druckstelle im Bereich der Großzehe links; Procedere-Empfehlung: PTB mit Kräftigung, Stabilisierung, Achsenkorrektur und Koordinationstraining der Beine, speziell der Unterschenkel-, Fußmuskulatur und Erstellung eines HYPs, eventuell Erweiterung mit UWT und medizinischer Trainingstherapie sowie Kontrolluntersuchung nach 3 Wochen;

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: unauffällig;

Ernährungszustand: unauffällig;

Größe: 135,00 cm Gewicht: 32,00 kg

Status (Kopf/ Fußschema) - Fachstatus:

8-jähriger Junge, Kopf: Pupillen mittelweit, rund, isokor, direkte Lichtreaktion angedeutet, Bulbusmotilität konjugiert, Gesicht symmetrisch innerviert, keine Lippenzyanose, Zunge feucht, kommt gerade vor, Gebiss im Wechsel;

Halsorgane: unauffällig;

auf interne Untersuchung wird verzichtet;

Arme: die Gelenke von der Form her unauffällig, frei beweglich, Faustschluss komplett, grobe Kraft und Feinmotorik unauffällig;

Beine: die Beine sind gleich lang, Kniegelenke von der Form her unauffällig, das linke Kniegelenk

mäßiggradig übererwärmt, diskret geschwollen; er hält das linke Knie ständig gestreckt, weil er beim Beugen Schmerzen ventral am Kniegelenk angibt; geringer Patellaschiebeschmerz links, Seitenbänder stabil; mäßige Wadenmuskelatrophie beidseits, Sprunggelenk in mäßiger Supinationsstellung, Dorsal- und Plantarflexien rechts ca. 20° möglich; links könne er nicht dorsal flektieren wegen der Schmerzen im Sprunggelenk, Plantarflexien angedeutet mit den Zehen und dem Vorfuß möglich; passive Pro- und Supination links deutlich, rechts gering eingeschränkt; mäßiger Pes adductus beidseits, eine blande Narbe ventralseitig am rechten Sprunggelenk, ca. 3 cm, links ca. 5 cm lang vorhanden; Muskeltonus an den Beinen hypoton; Haut: keine trophische Störung; Sensibilität unauffällig;

Gesamtmobilität — Gangbild: Er geht unter deutlichem Hinken links, da er im Kniegelenk nicht beugt, sondern ständig durchgestreckt hält, aufgrund der deutlichen Schmerzen beim aktiven Beugen;

Psycho(patho)logischer Status: Kontaktfähig, kooperativ, Antrieb unauffällig, spricht und versteht ausreichend Deutsch;

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

Lfd. Nr.	Bezeichnung der körperlichen, geistigen oder sinnesbedingten Funktionseinschränkungen, welche voraussichtlich länger als sechs Monate andauern werden: Begründung der Rahmensätze:	Pos.Nr.	GdB %
1	Zustand nach Klumpfußkorrektur beidseits rechtes Sprunggelenk mit geringer funktioneller Einschränkung, linkes Sprunggelenk mit deutlicher funktioneller Einschränkung , zusätzlich höhergradige Schmerzen im linken Knie unklarer Genese beim Beugen, sodass links ein massiv hinkendes Gengbild resultiert	02.05.34	50

Stellungnahme zu Vorgutachten:

seit Gipsbehandlung 8/2017 hat sich die Gehfähigkeit v.a. mit dem linken Bein deutlich verschlechtert

Der festgestellte Grad der Behinderung wird voraussichtlich mehr als 3 Jahre andauern

GdB liegt vor seit: 08/2017

GdB 30 liegt vor seit: 05/2015

GdB 50 liegt vor seit: 02/2010

Dauerzustand

Nachuntersuchung: 01/2019

Anmerkung hins. Nachuntersuchung:

Verlaufskontrolle sinnvoll, da eine Besserung möglich ist.

Aufgrund dieses Gutachtens wurde der Beschwerdeführerin ab August 2017 wieder der Erhöhungsbetrag zur Familienbeihilfe gewährt.

Die in diesem Gutachten angesprochene Nachuntersuchung wurde am 17.1.2019 durchgeführt. In dem daraufhin erstellten ärztlichen Gutachten vom **7.4.2019** wurden festgestellt:

Anamnese:

*Vorgutachten 01/2018 Dr. ***5*** mit 50% wegen Z. n. Klumpfußkorrektur beidseits und mit NU 01/19*

*Vorgutachten 05/2015 Dr. ***5*** mit 30% wegen Z. n. Klumpfußkorrektur beidseits*

Derzeitige Beschwerden:

*Neue Überweisung zur Physiotherapie, aber bisher noch keine Termine bekommen. Die Mutter mache regelmäßig häusliche Übungen nach den erlernten Programmen. Vergangenes Jahr ständig Physiotherapie. Er sei seit der Geburt in ***4*** in Behandlung, vergangenes Jahr aber sei man zu den BHBL gegangen, dort habe er einen Gips bekommen, seither habe er ein muskuläres Problem. Er habe immer wieder solche Schmerzen, dass er manchmal mit Krücken gehen müsse, vergangenes Jahr sei er auch teilweise im Rollstuhl gesessen. Letzte OP 2014.*

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Nureflex bB.; keine Nachweise bzgl. Physiotherapie.

Sozialanamnese:

*Familie mit gesamt 3 Kindern, der mittlere mit Seh- und Hörproblemen. ***K*** ist der älteste.*

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Alle in der Untersuchung vorgelegten und elektron. vorliegenden Befunde inkl. allfällig vorhandener Vorgutachten wurden eingesehen und berücksichtigt - maßgebliche Auszüge daraus werden nachstehend aufgelistet:

*11/18 Uniklinik ***4*** Kinderklinik: Apophysitis calcanei re., Druckschmerz über dem Achillessehnenansatz re, sonst unauffällig - Besprechung des mitgebrachten MR des re oberen Sprunggelenks mit den Kinderradiologen - Physiotherapie weiter empfohlen*

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand gut.

Ernährungszustand gut

Größe: 142,00 cm Gewicht: 37,00 kg

Status (Kopf / Fußschema) – Fachstatus:

Sensorium unauffällig. Internistisch unauffällig. WS achsgerecht, frei beweglich, UE: Kraft vollständig, Beweglichkeit der Sprunggelenke und Vorfüße weitestgehend frei und unauffällig, wobei links eine diskrete Einschränkung bei Pro- u. Supination sowie in der Dorsalflexion auffällt, blande zarte Narben an den Sprunggelenken, aktuell kein Druckschmerz erfassbar, Neurol, unauff.

Gesamtmobilität - Gangbild:

geht frei, zügig, unauffälliges ev. leicht spurverbreitertes Gangbild, Abrollverhalten wirkt aktuell physiologisch bei diskret einwärts gedrehten Füßen. Zehen-/Fersengang bds durchführbar.

Psycho(patho)logischer Status: unauffällig.

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

<i>Lfd. Nr.</i>	<i>Bezeichnung der körperlichen, geistigen oder sinnesbedingten Funktionseinschränkungen, welche voraussichtlich länger als sechs Monate andauern werden: Begründung der Rahmensätze:</i>	<i>Pos.Nr.</i>	<i>GdB %</i>
<i>1</i>	<i>Z. n. Klumpfußkorrektur beidseits; linkes Sprunggelenk endlagig diskret eingeschränkt, rechts wird von wiederkehrenden Schmerzen in der Fußsohle berichtet, gutes Abrollverhalten, Muskulatur der Unterschenkel bds unauffällig. Auch laut letztem fachärztlichem Befund keine wesentlichen Pathologien erfassbar.</i>	<i>02.05.33</i>	<i>30</i>

Stellungnahme zu Vorgutachten:

Herabsetzung von 50% auf 30% wegen Besserung.

Der festgestellte Grad der Behinderung wird voraussichtlich mehr als 3 Jahre andauern.

GdB liegt vor seit: 01/2019

GdB 50 liegt vor seit: 08/2017

GdB 30 liegt vor seit: 05/2015

GdB 50 liegt vor seit: 02/2010

Dauerzustand

Aufgrund dieses Gutachtens fielen die Voraussetzungen für die Gewährung des Erhöhungsbetrages zur Familienbeihilfe weg. Der Beschwerdeführerin wurde in einer Mitteilung vom 9.4.2019 bekannt gegeben, dass ab Februar 2019 für das Kind ***K*** nur mehr der Grundbetrag an Familienbeihilfe („nicht erhöht“) gewährt werde.

Nachdem eine Beschwerde gegen diese Mitteilung mit Beschwerdeverentscheidung vom 3.7.2019 als unzulässig zurückgewiesen worden war, beantragte die Beschwerdeführerin mit

Eingabe vom **15.7.2019** die Gewährung des Erhöhungsbetrages zur Familienbeihilfe ab Februar 2019. Entgegen dem ärztlichen Gutachten „vom Jänner 2019“ (Anmerkung des BFG: die Untersuchung des Kindes erfolgte vom 17.1.2019, das Gutachten datiert vom 7.4.2019) sei der Zustand ihres Sohnes sehr schlecht. Dazu werde auf den angeschlossenen radiologischen Befund des LKH-Universitätsklinikums *****4***** vom 11.2.2019 und den ärztlichen Entlassungsbrief vom 16.2.2019 über eine stationäre Behandlung des Kindes vom 11.2.2019 bis 16.2.2019 hingewiesen. Der zuständige Arzt (gemeint wohl: des Sozialministeriumservice) habe die Untersuchung gegen Mittag durchgeführt, es sei jedoch immer so, dass die Schmerzen ihres Sohnes am Nachmittag bzw. Abend und in der Nacht besonders schlimm wären. Die Verschlechterung des Zustandes zeige sich auch dadurch, dass er an vielen Tagen in der Schule und im Hort mit Krücken gehe bzw. auch ab dem neuen Schuljahr die Ausflüge teilweise mit dem Rollstuhl bewältigen werde.

Daraufhin forderte das Finanzamt eine neue Bescheinigung des Sozialministeriumservice an. Im ärztlichen **Gutachten vom 9.11.2019** wurde nach der am 4.11.2019 durchgeführten Untersuchung des Kindes festgestellt:

Anamnese:

*Letztgutachten von Dr. *****7*****, 01/2019, Gesamtgrad der Behinderung 30%, Diagnose: Zustand nach Klumpfußkorrektur beidseits. Er besucht zurzeit die 4. Klasse einer Volksschule in *****6*****, sehr guter Schulerfolg, lauter Einser, nur in Deutsch hat er einen Zweier. Sozial integriert. Er kann radfahren, schwimmen hat er auch gelernt. Er trägt orthopädische Schuhe in der Schule und im Hort. Bei der Untersuchung jetzt hat er normale Sportschuhe an.*

Derzeitige Beschwerden:

Die Gehdauer wird mit 5-6 Minuten angegeben, dann müsse er stehen bleiben, bzw. sich sogar hinsetzen. Er hätte dann Schmerzen (deutet auf den medialen und lateralen Fußrand beidseits) im Mittelfuß- und auch im Fersenbereich.

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Medikamente: Seractil 2-mal täglich eine Tablette (Dosis nicht bekannt); Behandlung: Physiotherapie 1-mal pro Woche; Hilfsmittel: Unterschenkelnachtlagerungsschienen, orthopädische Schuhe

Sozialanamnese:

******K***** hat zwei jüngere Brüder, die Eltern stammen aus Tschetschenien, leben seit 2004 in Österreich. Er ist in Österreich geboren. Die Eltern haben sich getrennt, zum Vater besteht kein Kontakt. Dieser hat in Österreich gelebt, ist aber nicht auffindbar.*

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

*KH Barmh. Schwestern *****6*****, 09/2019, 2 Tage stationär, Diagnose: congenitaler Klumpfuß beidseits - Zustand nach Muskeltransfer Mm. tibiales anterior beidseits 2014 sowie*

Redressionsgips 2017, Zustand nach Achillessehnenverlängerung beidseits mit anschließender Gipsversorgung und Orthese sowie Spezialschuh, Zustand nach CiCi. Fußröntgen beidseits: rechts diskrete Hallux valgus-Fehlstellung, breiter Vorfuß, abgeplattetes Fußlängsgewölbe, ansonsten unauffällig; links minimal verbreiteter Vorfuß, ebenfalls abgeflachtes Fußlängsgewölbe, Aufhellungslinien plantar im Bereich des Knochenkerns der Tubera calcanei, keine rezente Frakturierung, keine Osteodestruktion.

*Dr. ***8***, Orthopäde, 09/2019, Diagnose: Zustand nach Klumpfuß-OP beidseits, rezidivierende auffällige Muskelschwäche Extremitäten beidseits; es besteht Zustand nach Klumpfuß-OP beidseits mit bland abgeheilten Narben, die plantigrade Positionierung beider Füße ist möglich, Zehenspitzenstand kann aber nicht geleistet werden, auch der Fersengang eigentlich nicht leistbar. Er kann deswegen auch am Schulsport nicht teilnehmen, und auch bei anderen Aktivitäten gleichaltriger Kinder nicht dabei sein. Nach Belastungen muss nach maximal 7 Minuten eine Pause eingelegt werden, da es sonst zum Zittern im Bereich der unteren Extremitäten kommt.*

*Uniklinik ***4***, 02/2019, 5 Tage stationär, Diagnose: Fußschmerzen beidseits. Die stationäre Aufnahme erfolgt bei persistierenden Fußschmerzen beidseits ohne Besserung auf konservative Therapie im ambulanten Bereich. Zusätzlich bestehen Knieschmerzen beidseits lateral patellär sowie Ellbogenschmerzen vor allem rechts. Knie und Ellbogen zeigen eine uneingeschränkte ROM, beide Knie ohne Erguss, ohne positive Meniskuszeichen bei seitengleicher stabiler Bandhaltung. Insgesamt etwas laxes Gewebe. Röntgen Knie soweit unauffällig, ossär unauffällig, etwas weiter Gelenkspalt lateral. MRT beide Füße: dezentes Knochenmarksödem Calcaneus beidseits. Eine Ilumedintherapie über 5 Tage wurde eingeleitet, sowie eine intensive Physiotherapie; darunter kam es zur Beschwerdeverbesserung. Er kann heute bei noch bestehenden Restbeschwerden in die ambulante Pflege entlassen werden. Während des stationären Aufenthaltes erfolgte eine Mitbetreuung durch unseren Psychotherapeuten.*

*KH Barmh. Brüder ***6***, 10/2019, Elektroneurographie: Nervus medianus motorisch links und Nervus tibialis motorisch rechts: an beiden untersuchten Nerven unauffällige Neurographie; dies schließt eine CMT Typ 1a weitgehend aus. Es finden sich ansonsten bei völlig blander Neurographie und bei Fehlen evidenter Muskelatrophien auch keine Hinweise für eine sonstige hereditäre motorische Neuropathie.*

*Orthopädische Begutachtung vom KUK Med Campus 3, 08.10.2019, Priv. Doz. Dr. ***9***, Diagnose: Zustand nach operativer Korrektur Pes equinovarus congenitus im 3. Lebensmonat und Zustand nach Sehnentransfer im 4. Lebensjahr; Hyperlaxizität; die Dorsalextension gelingt beidseits bis etwa 10°, eine eindeutige Schmerzursache konnte sich am heutigen Tag nicht feststellen lassen. Ich empfehle zunächst eine Optimierung der Hilfsmittel und Vorstellung weiterhin beim Kinderneurologen, in der klinischen Untersuchung zeigt sich rechtsseitig ein leichtgradiger Standphasen- sowie Schwungphasenvarus. Der Fersenkontakt erfolgt jedoch*

zuerst beidseits. Abrollen rechts leichtgradig über den Fußaußenrand linksseitig mittig. Das Fußlängsgewölbe ist leicht reduziert, der Vorfuß beidseits jedoch wiederum adduziert. Somit zeigt sich insgesamt das klinische Bild eines Serpentinenußes beidseits. Wiederum rechtsseitig leichter Rückfußvarus in der Ferse, somit komplexes Bild nach mehrmaliger Klumpfußkorrektur.

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: unauffällig

Ernährungszustand: unauffällig

Größe. 150,00 cm Gewicht: 43,00 kg

Status (Kopf / Fußschema) - Fachstatus: 9 3/4-jähriger Junge

Kopf: grobneurologisch unauffällig, Gesicht symmetrisch innerviert, er trägt eine Brille, auf Herz- und Lungen Untersuchung wird verzichtet

Wirbelsäule: gerade

Arme: die Gelenke von der Form her unauffällig, frei beweglich, er kann die Finger in den Grundgelenken extrem hyperextendieren und das Handgelenk hyperflektieren;

Beine: die Kniegelenke von der Form her unauffällig, mäßige Wadenmuskelatrophie, Sprunggelenke nahezu unauffällig von der Form, geringe Supinationsstellung; Beweglichkeit in den Sprunggelenken: S: ca. 20/0/25°, Pro- und Supination mäßig eingeschränkt; Spitz-Stumpf-Diskriminierung im Zehenbereich unauffällig, blande Narben nach Klumpfußkorrektur beidseits

Gesamtmobilität - Gangbild: Geradeaus plantigrad, Zehenballengang nur kurzzeitig mit Mühe möglich, Fersengang möglich, allerdings geht er dabei retour, nach vor nur mit Mühe möglich;

Psycho(patho)logischer Status: Kontaktfähig, kooperativ, Antrieb unauffällig

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

Lfd. Nr.	Bezeichnung der körperlichen, geistigen oder sinnesbedingten Funktionseinschränkungen, welche voraussichtlich länger als sechs Monate andauern werden: Begründung der Rahmensätze:	Pos.Nr.	GdB %
1	Zustand nach Klumpfußkorrektur beiseits belastungsabhängige Schmerzen an den Füßen, verminderte Gehausdauer	02.05.33	40

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Belastungsabhängige Schmerzen an den Füßen, verminderte Gehausdauer

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

Stellungnahme zu Vorgutachten: Aufgrund der deutlich verminderten Gehausdauer bei an sich guter Fußstellung wird der GdB aktuell höher eingeschätzt.

Der festgestellte Grad der Behinderung wird voraussichtlich mehr als 3 Jahre andauern

GdB liegt vor seit: 11/2019

GdB 30 liegt vor seit: 01/2019

GdB 50 liegt vor seit: 08/2017

GdB 30 liegt vor seit: 05/2015

Dauerzustand

Mit **Bescheid vom 18.11.2019** wies das Finanzamt den Antrag auf Gewährung der „erhöhten Familienbeihilfe“ (des Erhöhungsbetrages zur Familienbeihilfe) für den Zeitraum ab Februar 2019 ab. Nach einem Hinweis auf die Bestimmung des § 8 Abs. 5 FLAG 1967 führte das Finanzamt aus, dass laut Gutachten des Sozialministeriumservice vom 9.11.2019 beim Kind der Beschwerdeführerin eine Behinderung im Ausmaß von 30 % ab 1.1.2019 und 40 % ab 1.11.2019 diagnostiziert worden sei. Der Erhöhungsbetrag zur Familienbeihilfe könne daher nicht mehr gewährt werden.

Dagegen richtet sich die **Beschwerde vom 19.12.2019**. Diese begründete die Beschwerdeführerin damit, dass sie mittels Privatgutachten bestätigen könne, dass ihr Sohn eine Behinderung von 50 % aufweise. Es werde laufend Physiotherapie gemacht und es sei von der Gebietskrankenkasse ein Kuraufenthalt aufgrund der schweren Erkrankung des Kindes genehmigt worden. Dieser werde ab 7. Jänner 2020 angetreten. Es werde daher die erhöhte Familienbeihilfe ab Jänner 2019 beantragt.

Der Beschwerde war ein 24 Seiten umfassendes orthopädisch-unfallchirurgisches Sachverständigengutachten des Priv.-Doz. Dr. ***g***, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie vom 16.12.2019 angeschlossen. In der Zusammenfassung und Beurteilung dieses Gutachtens wird ausgeführt:

*Anlass des Gutachtens war es die Funktionseinschränkung und dadurch resultierend den Grad der Behinderung bei ***K*** festzustellen.*

*Bei ***K*** bestehen körperliche Funktionsbeeinträchtigungen, welche durch die Fehlstellung der Füße bedingt sind. Es liegt eine Fehlstellung der Füße vor, welche zu einer eingeschränkten Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk und einer Fehlbelastung der Fußsohle und dadurch wiederkehrenden Überlastungsschmerzen führt. Darüber hinaus bestehen eine Kraftminderung*

der Fußheber und eine Gefühlsminderung über dem Fußaußenrand. Die Kraftminderung sowie die Gefühlsminderung sind am ehesten Folge der stattgehabten Interventionen.

In der klinischen Untersuchung zeigte sich am Tag der Untersuchung eine Fehlstellung beider Füße. Der rechte Fuß zeigt - ausgeprägter als der linke Fuß - eine verplumpte Ferse, die im Rückfußvarus steht (vergleiche hierzu Foto K1 bis K3). Auf den vorliegenden Röntgenbildern des Fußes beidseits in zwei Ebenen bestätigt sich dieser Befund. Auf der rechten Seite zeigt sich ein verkürztes und deformiertes Fersenbein. Das Sprungbein sowie das Fersenbein zeigen weiterhin eine Rest-Klumpfußdeformität. Der Winkel zwischen Fersenbein und Sprungbein ist zu flach, sodass das Sprungbein eine sogenannte Flatstop Talus Deformität entwickelt hat. Dies führt - wie auch die Verkürzung von Kapsel und Achillessehne - zu einer Einschränkung der Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk. Diese Deformität ist auf der rechten Seite ausgeprägter als auf der linken Seite. Eine weitere Fehlstellung des Fußes ist das erniedrigte Fußlängsgewölbe, welche sich insbesondere auf der seitlichen Röntgenaufnahme bemerkbar macht. Durch die leichte Sichelfußstellung ist der Fußöffnungswinkel reduziert. Durch die verbleibende Rückfußvarusstellung kommt es in der Standphase zu einer vermehrten Belastung des Fußaußenrandes, was zur wiederkehrenden Schmerzen führen kann. Die Ärzte der Uniklinik für Kinder- und Jugendchirurgie ***4*** sowie Frau Dr. ***10*** der Kepler Universitätsklinik, Klinik für Kinder und Jugendheilkunde, vermuteten ebenfalls eine psychosoziale Komponente, welche zu einer Verstärkung der Schmerzwahrnehmung führt. Daher wurde durch die Kollegen eine Rehabilitationsmaßnahme in der Kinder Reha im Kokon in Rohrbach empfohlen.

Anhand der vorliegenden Berichte der Kinder- und Jugendchirurgie ***4***, dem Ordensklinikum der Barmherzigen Schwestern sowie dem Kepler Universitätsklinikum ***6*** ist zu entnehmen, dass ***K*** seit 2017 durchweg über das Belastungsdefizit, die Funktionseinschränkung und Kraftminderung klagt. In der klinischen Untersuchung konnte am Untersuchungstag die Fußheberschwäche bei der aktiven Dorsalextension festgestellt werden. Der Zehenspitzenengang sowie der Fersengang waren nicht möglich. Während des Gehens unterstützt ***K*** die schwachen Fußheber durch die Großzehenheber, was als Extensoren Substitution bezeichnet wird.

Es liegen somit die folgenden objektivierbaren Funktionsbeeinträchtigungen vor:

Eingeschränkte Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk bei Klumpfußrezidiv mit verkürzter Achillessehne sowie verkürzter Kapsel

Belastungsdefizit mit maximaler Gehstrecke von 10 Minuten und Unvermögen zu Rennen, mehr als zwei Stockwerke Treppen zu steigen sowie länger als 30 Minuten am Stück zu Stehen bei Fußfehlstellung mit Fehlbelastung durch Klumpfußrezidiv.

Kraftminderung der Fußheber bei Zustand nach Sehnentransfer des Fußhebers auf dem Fußaußenrand und Atrophie der kleinen Fußmuskulatur und Zustand nach zahlreichen Gipstherapien.

Gefühlsminderung über dem Fußaußenrand bei Entastläsion bei Zustand nach Sehnentransfer und Gipstherapien bei Klumpfuß mit Klumpfußrezidiv.

Nächtliche und belastungsabhängige Beschwerden bei Verdacht auf Schmerzverstärkung Syndrom.

Aufgrund der oben genannten Funktionsbeeinträchtigungen bewerte ich den Gesamt-Grad der Behinderungen mit 50 v.H..

Aufgrund der Beschwerde wurde vom Finanzamt eine weitere Bescheinigung des Sozialministeriumservice angefordert. Im ärztlichen **Gutachten** aufgrund der Aktenlage vom **20.4.2020** wurde ohne weitere Untersuchung des Kindes festgestellt:

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Neuantrag FLAG ab 01/2019, weil im Privatgutachten 50% Behinderungsgrad, Physiotherapie und Kuraufenthalt ab 07.01.2020.

Alle vorhandenen Befunde wurden eingesehen.

*FLAG Vorgutachten Dr. ***5*** vom 04.11.2019:40% GdB unter Pos. 02.05.33 ab 11/2019 wegen Zustand nach Klumpfußkorrektur beidseits (belastungsabhängige Schmerzen an den Füßen, verminderte Gehausdauer)*

Einschätzungen der Vorgutachten:

GdB 30 liegt vor seit: 01/2019

GdB 50 liegt vor seit: 08/2017

GdB 30 liegt vor seit: 05/2015

Klinikum Rohrbach Kinderheilkunde 14.02.2020

*Diagnose: Sein Bruder hat eine Influenza, deswegen wird vorsichtshalber bei ***K*** ein Influenza-Schnelltest durchgeführt, dieser ist negativ.*

*Priv.-Doz. Dr. med. ***9***, MBA, Facharzt für Orthopädie & Unfallchirurgie,*

Zusatzbezeichnung Kinderorthopädie: Privatgutachten 03.12.2019

Zusammenfassung:

Der rechte Fuß zeigt - ausgeprägter als der linke Fuß - eine verplumpte Ferse, die im Rückfußvarus steht. Auf der rechten Seite zeigt sich ein verkürztes und deformiertes Fersenbein. Das Sprungbein sowie das Fersenbein zeigen weiterhin eine Rest- Klumpfußdeformität. Der Winkel zwischen Fersenbein und Sprungbein ist zu flach. Dies führt - wie auch die Verkürzung von Kapsel und Achillessehne - zu einer Einschränkung der Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk. Erniedrigte Fußlängsgewölbe. Durch die verbleibende Rückfußvarusstellung

kommt es in der Standphase zu einer vermehrten Belastung des Fußaußenrandes, was zu wiederkehrenden Schmerzen führen kann. Die Ärzte der Uniklinik für Kinder- und Jugendchirurgie ***4*** sowie Frau Dr. ***10*** der Kepler Universitätsklinik, Klinik für Kinder und Jugendheilkunde, vermuteten ebenfalls eine psychosoziale Komponente, welche zu einer Verstärkung der Schmerzwahrnehmung führt. Daher wurde durch die Kollegen eine Rehabilitationsmaßnahme in der Kinder Reha im Kokon in Rohrbach empfohlen. ...,dass ***K*** seit 2017 durchweg über das Belastungsdefizit, die Funktionseinschränkung und Kraftminderung klagt.

Eingeschränkte Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk bei Klumpfußrezidiv mit verkürzter Achillessehne sowie verkürzter Kapsel.

Belastungsdefizit mit maximaler Gehstrecke von 10 Minuten und Unvermögen zu Rennen, mehr als zwei Stockwerke Treppen zu steigen sowie länger als 30 Minuten Stück zu Stehen bei Fußfehlstellung mit Fehlbelastung durch Klumpfußrezidiv.

Kraftminderung der Fußheber bei Zustand nach Sehnentransfer des Fußhebers auf dem Fußaußenrand und Atrophie der kleinen Fußmuskulatur und Zustand nach zahlreichen Gipstherapien.

Gefühlsminderung über dem Fußaußenrand bei Entastläsion bei Zustand nach Sehnentransfer und Gipstherapien bei Klumpfuß mit Klumpfußrezidiv.

Nächtliche und belastungsabhängige Beschwerden bei Verdacht auf Schmerzverstärkung Syndrom.

Aufgrund der oben genannten Funktionsbeeinträchtigungen bewerte ich den Gesamt-Grad der Behinderungen mit 50 v.H..

Behandlung/en / Medikamente / Hilfsmittel:

Orthopädische Schuhe, Seractil 200mg (bis zu 2 x/Tag), Physiotherapie

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

Lfd. Nr.	Bezeichnung der körperlichen, geistigen oder sinnesbedingten Funktionseinschränkungen, welche voraussichtlich länger als sechs Monate andauern werden: Begründung der Rahmensätze:	Pos.Nr.	GdB %
1	Zustand nach Klumpfußkorrektur beidseits Oberer Rahmensatz, aufgrund der Diskrepanz zwischen objektiv gutem Korrekturergebnis nach angeborenem Klumpfuß beidseits und subjektiv stark verminderter Gehausdauer durch belastungsabhängige Schmerzen.	02.05.33	40

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Das einzige Leiden bestimmt den Gesamtgrad der Behinderung von 40%

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

Stellungnahme zu Vorgutachten:

Aufgrund der deutlich verminderten Gehausdauer bei an sich guter Fußstellung wurde der GdB im Vorgutachten von 30% auf 40% erhöht eingeschätzt. Die Rahmensätze der Positionsnummern in der Einschätzverordnung für Sprunggelenksbeschwerden bewegen sich zwischen Funktionseinschränkung und Versteifung. Im vorliegenden Fall liegt keine Versteifung der Sprunggelenke vor. Ein höherer GdB wäre nur mit Pos.Nr. 02.05.34 mit 50% (unterer Rahmensatz) möglich, was aber eine beidseitige schwere Funktionseinschränkung voraussetzt, was im aktuellen Fall nach objektiven Kriterien nicht zutrifft. Obwohl die Schmerzen, die Gehausdauer und die psychosozialen Beschwerden bereits mitberücksichtigt sind, würde auch ein Vergleich mit der Pos Nr. für ein chronisches Schmerzsyndrom keine 50% GdB rechtfertigen, da diese für austerapierte Verlaufsformen mit Polypharmazie inklusive Opiaten und Depression Vorbehalten ist. Gleichbleibender Gesamtgrad von 40%.

Der festgestellte Grad der Behinderung wird voraussichtlich mehr als 3 Jahre andauern

GdB liegt vor seit: 11/2019

Begründung - GdB liegt rückwirkend vor:

Die rückwirkende Anerkennung wurde am 01.01.2019 beantragt, kann aber mit obiger Begründung (Stellungnahme zu Vorgutachten) ab dem Datum des Vorgutachtens 11/2019 mit 40% GdB zuerkannt werden.

Angesichts dieser Bescheinigung wies das Finanzamt die Beschwerde vom 19.12.2019 mit **Beschwerdevorentscheidung vom 11.5.2020** als unbegründet ab, da der von § 8 Abs. 5 FLAG geforderte Grad der Behinderung von mindestens 50 % nicht festgestellt worden sei. Im Beschwerdezeitraum sei lediglich ein Behinderungsgrad von 30 % (01-10/2019) bzw. 40 % (ab 11/2019) festgestellt worden.

Dagegen richtet sich der **Vorlageantrag vom 29.5.2020**. In der Beschwerdevorentscheidung werde auf ein erneutes Gutachten des Sozialministeriumsservice Bezug genommen. Es habe jedoch keine neuerliche ärztliche Untersuchung des Kindes stattgefunden, auch habe die Beschwerdeführerin das neue Gutachten nicht erhalten. Es sei nicht nachvollziehbar, warum das Sozialministeriumsservice ohne neuerliche Begutachtung ein neues Gutachten anfertige. Darüber hinaus sei in der Begründung der Beschwerdevorentscheidung keinerlei Bezug auf das der Beschwerde angefügte Privatgutachten genommen worden. In diesem sei, entgegen der Auffassung des Sozialministeriumsservice, ein Behinderungsgrad von 50 % bescheinigt worden. Es werde daher die Aufhebung des angefochtenen Bescheides und Erlassung eines neuen Bescheides, mit dem meinem Beschwerdevorbringen Rechnung getragen werde, beantragt.

Nachdem das Finanzamt eine Neuzustellung der Sachverständigengutachten des Sozialministeriumsservice vom 7.4.2019, 9.11.2019 und 20.4.2020 an die Beschwerdeführerin veranlasst hatte, legte diese mit **Schreiben vom 16.10.2020** alle drei Gutachten dem Finanzamt vor. Ergänzend wies die Beschwerdeführerin dabei darauf hin, dass sie trotz des schlechten Gesundheits- und Allgemeinzustandes ihres Sohnes nicht zu einem erneuten Termin beim Sozialministeriumsservice eingeladen worden sei. Dies wäre aus ihrer Sicht jedoch jedenfalls erforderlich gewesen. Nicht nur das Privatgutachten, welches eine 50 % Behinderung diagnostiziere, sondern die zahlreichen Arzt- und Therapiewege in den letzten Wochen und Monaten würden diese Ansicht bekräftigen. Dazu würden zwei Berichte betreffend die in der Zwischenzeit erforderlichen Behandlungsmaßnahmen („***11*** - Therapie und Prophylaxe“, sowie die Behandlung von ***12***) übermittelt. Wäre nicht nur in bestehende Befunde eingesehen, sondern eine neuerliche Diagnostik erstellt worden, wäre es aus ihrer Sicht zu einem anderen Ergebnis gekommen. Beispielsweise sei im Zuge der orthopädischen Begutachtung vom 6.10.2020 die Notwendigkeit eines Rollstuhles festgestellt worden. Die Gehstrecken zu den Therapien könne ihr Sohn nicht bewältigen. Eine entsprechende operative Korrektur sei nicht vor seinem 14. Lebensjahr möglich. Sie habe nun einen Taxischein erhalten, welcher chefärztlich genehmigt worden sei. Ihr Sohn leide so schwer, dass oftmals Schmerzmittel erforderlich wären. Aufgrund des erschwerten Leidens ihres Sohnes sei die Feststellung des Grades der Behinderung von 50 % jedenfalls gerechtfertigt. Dies könne bei einer neuerlichen Untersuchung durch das Sozialministeriumsservice auch festgestellt werden. Sie ersuche deshalb, ihren Antrag nicht sogleich abzulehnen, sondern ihr die Möglichkeit eines persönlichen Termins vor Ort mit aktuellen Untersuchungen und Schilderungen des tatsächlichen Leidens zu geben.

Dieser Eingabe war ein Bericht der ***13***, ***11*** – Therapie und Prophylaxe, vom 14.10.2020 angeschlossen. Darin wurde ausgeführt:

****K*** befindet sich seit dem 02.09.2020 bei mir in physiotherapeutischer Behandlung. Bisher wurden 6 Therapieeinheiten durchgeführt, wobei zwischendurch Therapien auf Grund der starken Schmerzen und Erschöpfungsbeschwerden abgesagt werden mussten. ***K*** kommt stets pünktlich und motiviert zur Therapie, er benötigt dabei keine Hilfsmittel. Die Beschwerden des Patienten äußern sich in belastungsabhängigen Schmerzen und einem starken Schwächegefühl bereits nach wenigen Minuten Aktivität. So müssen auch während der Therapie (45 minütige Einheiten) mehrere Pausen eingelegt werden.*

Status bei der ersten Therapie:

Der Patient wirkt compliant, motiviert und engagiert

Bewegungsausmaß aller Gelenke ist passiv und aktiv frei

Allgemein verminderte Kraft der Muskulatur vor allem im Bereich der UE, eine Aktivierung gezielter Muskeln gelingt zwar, fällt aber schwer

Einbeinstand rechts und links nur wenige Sekunden möglich (dabei große Ausgleichsbewegungen des Oberkörpers)

Laufen etwa eine Minute möglich, dann ist der Patient stark erschöpft und benötigt eine Sitzpause

Oberflächensensibilität laut Patient nicht eingeschränkt

In der Therapie wurde bisher sehr viel an allgemeiner Kräftigung, gezielter Ansteuerung der Füße und Zehen und am Gleichgewicht gearbeitet, wobei unterschiedlichste Materialien verwendet wurden. Es wurden Grob- und Feinmotorik trainiert und an der Beinachse gearbeitet. Außerdem wurde ein Heimübungsprogramm erarbeitet, welches vom Patienten regelmäßig so gut als möglich durchgeführt wird. In den vergangenen 6 Einheiten konnten von meiner Seite noch keine Veränderungen hinsichtlich einer Schmerzreduktion, einer erhöhten Belastbarkeit, einem veränderten Gangbild oder einem verbesserten Gleichgewicht erzielt werden. Da sich Erfolge bei diesem Krankheitsbild jedoch erfahrungsgemäß erst nach längerer Zeit einstellen, würde ich empfehlen, die Therapie dennoch fortzusetzen, um die weitere Entwicklung optimal unterstützen zu können.

*In einem undatierten Schreiben des ***12***, Osteopath/Physiotherapeut werden die durchgeführten Behandlungen des Sohnes der Beschwerdeführerin wie folgt beschrieben.*

27.05.2020 - Befunderhebung, Anamnese (Patient ist bewusstseinsklar und in einem guten Mentalen Zustand, er kommt ohne Hilfsmittel zur Therapie, zeigt aber kein physiologisches Gangbild, Oberschenkelmuskulatur und Wadenmuskulatur abgeschwächt, Einbeinstand für 3Sek. Möglich, er gibt Schmerzen im Sprunggelenk an)

02.06.2020 - Weichteiltechnik, Beinmuskulatur bds., Gleichgewichtstraining, Weichteiltechniken Sprunggelenk bds.

08.06.2020 - Cranio Sacral Therapie, occipital Release

15.06.2020 - Patient fühlt sich zu schwach, aktiv zu therapieren, Auflockerung Beinmuskulatur

22.06.2020 - Gleichgewichtstraining, Stiegenübung, Kniebeugen (HÜP)

30.06.2020 - Übungen mit Gymnastikball, Koordinationstraining, Weichteiltechniken für beide Sprunggelenke

Die Beinkraft konnte nicht wesentlich gesteigert und auch das Gangbild nicht verbessert werden.

Die 6 Einheiten waren zu wenig, um eine Veränderung festzustellen und ich empfehle regelmäßige Physiotherapie und das Ausführen des Hausübungsprogrammes

Ferner wurde von der Beschwerdeführerin eine ärztliche Fahrt- bzw. Transportanordnung (Schein für Reise- Fahrt- und Transportkosten) vorgelegt. Darauf wird bestätigt, dass eine Fahrt des Sohnes der Beschwerdeführerin mit einem öffentlichen Verkehrsmittel aus medizinischen Gründen nicht möglich sei, da ein Belastungsdefizit nach einer Klumpfuß-OP vorliege.

Schließlich wurde auch noch ein von Priv. Doz. Dr. ***9***, dem Verfasser des oben auszugsweise widergegebenen Privatgutachtens erstellter Befund des Kepler Universitätsklinikums über eine orthopädische Begutachtung des Sohnes der Beschwerdeführerin vom 6.10.2020 vorgelegt. Darin wurde festgehalten:

Kurzanamnese/Befund

*Heute Wiedervorstellung zur Verlaufskontrolle. Es bestehen weiterhin starke, belastungsabhängige Beschwerden im Bereich der Füße. Insbes. nach längerem Stehen und Gehen in der Schule treten starke Schmerzen auf, sodass ***K*** nicht mehr gehen kann. Eine richtige Schwellung tritt nicht auf. Es fand bereits eine stat. Rehabilitationsbehandlung im "Kokon" statt.*

Befunde/Verlauf:

In der klin. Untersuchung zeigt sich ein 10 Jahre alter Junge in gutem AZ und EZ. Im Stand zeigt sich der leichte Rückfußvalgus mit Atrophie der Muskulatur lateralseitig sowie Plattfußkomponente bei gleichzeitigem Vorfußadductus, somit Serpentinenuß. Die Ferse ist deutlich verbreitert. Eine Druckschmerzhaftigkeit lässt sich nicht auslösen.

Diagnosen

Überkorrigierter Klumpfuß mit Belastungsdefizit

*Therapievorschlagn: Es besteht weiterhin ein deutliches Belastungsdefizit der Füße. Deshalb empfehle ich 1 Paar Modelleinlagen zur optimalen Druckverteilung. Aufgrund der Atrophie der Muskulatur und der Schwäche ist das Belastungsdefizit nachvollziehbar. Für längere Gehstrecken empfehle ich daher eine Unterstützung, welche im Zweifel auch kurzfristig ein Rollstuhl sein kann. Dieser sollte jedoch nicht regelhaft verwendet werden, um die Mobilität des Patienten zu erhalten. Die Gehstrecken zum Therapeuten bewältigt ***K*** dzt. nicht. Daher bitte ich um Unterstützung mit Transportmitteln. Eine Kräftigung der Fußmuskulatur sollte bei der Therapie im Vordergrund stehen. Dies kann durch unterschiedliche Therapiemöglichkeiten beim Physiotherapeuten, der physikal. Therapie oder auch speziellen Therapieprogrammen wie dem Kieser-Training durchgeführt werden. Eigenbeübungen sind hierbei ebenfalls sehr wichtig. Eine operative Korrektur würde ich nicht vor dem 14. Lebensjahr durchführen.*

Am 27.10.2020 legte das Finanzamt die Beschwerde dem Bundesfinanzgericht zur Entscheidung vor und beantragte eine Abweisung derselben.

II. Das Bundesfinanzgericht hat erwogen:

Zu Spruchpunkt I. (Abweisung)

Gemäß § 8 Abs. 4 FLAG 1967 erhöht sich die Familienbeihilfe (Grundbetrag) für jedes Kind, das erheblich behindert ist, seit 1.1.2018 monatlich um 155,90 €.

Als erheblich behindert gilt ein Kind, bei dem eine nicht nur vorübergehende Funktionsbeeinträchtigung im körperlichen, geistigen oder psychischen Bereich oder in der Sinneswahrnehmung besteht. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von voraussichtlich mehr als drei Jahren. Der Grad der Behinderung muß mindestens 50 vH betragen, soweit es sich nicht um ein Kind handelt, das voraussichtlich dauernd außerstande ist, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen. Für die Einschätzung des Grades der Behinderung sind § 14 Abs. 3 des Behinderteneinstellungsgesetzes, BGBl. Nr. 22/1970, in der jeweils geltenden Fassung, und die Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz betreffend nähere Bestimmungen über die Feststellung des Grades der Behinderung (Einschätzungsverordnung) vom 18. August 2010, BGBl. II Nr. 261/2010, in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden. Die erhebliche Behinderung ist spätestens nach fünf Jahren neu festzustellen, soweit nicht Art und Umfang eine Änderung ausschließen (§ 8 Abs. 5 FLAG 1967).

Der Grad der Behinderung oder die voraussichtlich dauernde Unfähigkeit, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen, ist durch eine Bescheinigung des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen auf Grund eines ärztlichen Sachverständigengutachtens nachzuweisen. Die diesbezüglichen Kosten sind aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu ersetzen (§ 8 Abs. 6 FLAG 1967).

Aus der ständigen Rechtsprechung der Gerichtshöfe des öffentlichen Rechts (VfGH 10.12.2007, B 700/07; z.B. VwGH 30.3.2017, Ra 2017/16/0023) folgt, dass die Abgabenbehörde und das Bundesfinanzgericht an die der Bescheinigung des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen zugrundeliegenden Gutachten gebunden sind und diese nur insoweit prüfen dürfen, ob sie schlüssig und vollständig sind und im Falle mehrerer Gutachten nicht einander widersprechen (siehe auch VwGH 16.12.2014, Ro 2014/16/0053; VwGH 22.12.2011, 2009/16/0307 und 2009/16/0310, mwN).

Der Grad der Behinderung wird gemäß § 2 Abs. 1 zweiter Satz der genannten Einschätzungsverordnung nach Art und Schwere der funktionellen Einschränkungen in festen Sätzen oder Rahmensätzen in einer Anlage zu dieser Verordnung festgestellt.

Diese Anlage führt unter Punkt 02 Beeinträchtigungen des Muskel-, Skelett- und Bindegewebesystems sowie des Haltungs- und Bewegungsapparates an. Der Unterpunkt 02.05 regelt die Rahmensätze für Beeinträchtigungen der unteren Extremitäten. Dabei werden Funktionseinschränkungen des Sprunggelenkes in den Unterpunkten 02.05.32 bis 02.05.37 wie folgt erfasst:

Sprunggelenk

Funktionseinschränkung bis Versteifung der Sprunggelenke je nach Funktion und Stellung – günstige oder ungünstige Stellung.

02.05.32	<i>Funktionseinschränkung bis Versteifung einseitig</i>	10 – 40 %
02.05.33	<i>Funktionseinschränkung geringen bis mittleren Grades beidseitig</i>	30 – 40 %
02.05.34	<i>Funktionseinschränkung schweren Grades beidseitig</i>	50 – 60 %

Das im Gutachten vom 20.4.2020 angesprochene chronische Schmerzsyndrom ist unter Punkt 04.11 der Anlage wie folgt geregelt:

Chronisches Schmerzsyndrom

04.11.01	<i>Leichte Verlaufsform</i>	10 – 20 %
	<i>10 %: Analgetika der WHO Stufe 1 oder Intervallprophylaxe 20 %: Nicht opioidhaltige oder schwach opioidhaltige Analgetika, Intervallprophylaxe Schmerzattacken an weniger als 10 Tagen pro Monat</i>	
04.11.02	<i>Mittelschwere Verlaufsform</i>	30 – 40 %
	<i>30 %: Opioidhaltige Analgetika und/oder Polypharmazie seit mehr als 1 Jahr mit meist ausreichender vollständiger Schmerzcoupierung, Therapiereserve vorhanden Schmerzattacken an mehr als 15 Tagen pro Monat Depressive Begleitreaktionen fassbar 40 %: Opioidhaltige Analgetika und/oder Polypharmazie seit mehr als 1 Jahr ohne ausreichender vollständiger Schmerzcoupierung Schmerzattacken fast täglich Depressive Begleitreaktionen fassbar, Nachweis neurologischer Defizite z.B. Brachialgie</i>	

04.11.03	<i>Schwere Verlaufsform</i>	50 %
	<i>Opioidhaltige Analgetica und/oder Polypharmazie seit mehr als 2 Jahre ohne ausreichender vollständiger Schmerzcoupierung</i> <i>Schmerzattacken täglich</i> <i>Depressionen</i> <i>Alle therapeutischen Reserven ausgeschöpft</i>	

Im vorliegenden Fall wurde der Beschwerdeführerin letztmalig aufgrund des Gutachtens vom 7.2.2018 der Erhöhungsbetrag zur Familienbeihilfe gewährt, da in diesem Gutachten eine Einschätzung unter Punkt 02.05.34 der Anlage zur Einschätzungsverordnung erfolgt und ein Grad der Behinderung von 50 % festgestellt worden war. In allen nachfolgend erstellten Gutachten (vom 7.4.2019, 9.11.2019 und 20.4.2020) erfolgte eine Einschätzung unter Punkt 02.05.33 und wurde der Grad der Behinderung zunächst mit 30 % und dann mit 40 % festgestellt. Es ist damit im gegenständlichen Fall aufgrund der zitierten höchstgerichtlichen Rechtsprechung zu prüfen, ob diese Gutachten schlüssig begründet wurden und sich nicht widersprechen. Ob die Einschätzung aus medizinischer Sicht tatsächlich korrekt erfolgte, kann und muss vom Bundesfinanzgericht mangels medizinischen Fachwissens nicht beurteilt werden.

Im Gutachten vom 7.2.2018 war beim rechten Sprunggelenk eine geringe, beim *linken* Sprunggelenk dagegen eine deutliche funktionelle Einschränkung festgestellt worden. Weiters wurde festgehalten, dass sich seit der Gipsbehandlung im August 2017 die Gehfähigkeit vor allem mit dem linken Bein deutlich verschlechtert hatte. Schließlich wurden höhergradige Schmerzen im linken Knie angeführt, die *links* zu einem *massiv* hinkenden Gangbild geführt hatten. Angesichts dieser festgestellten Beeinträchtigungen ist es schlüssig, dass der Gutachter von einer über den mittleren Grad hinausgehenden Funktionseinschränkung ausgegangen ist, und daher eine Einschätzung unter Punkt 02.05.34 vorgenommen hat. Es wurde allerdings in diesem Gutachten auch festgehalten, dass eine Besserung der Beeinträchtigungen möglich und daher eine Verlaufskontrolle sinnvoll sei.

Diese Kontrolle wurde in der Nachuntersuchung am 17.1.2019 vorgenommen. Wie dem Gutachten vom 7.4.2019 zu entnehmen ist, wurde dabei zwar von der Beschwerdeführerin darauf hingewiesen, dass ihr Sohn immer wieder solche Schmerzen habe, dass er manchmal mit Krücken gehen müsse, und er vergangenes Jahr (2018) teilweise auch im Rollstuhl gesessen sei. Bei der Untersuchung wurde vom Arzt allerdings zum aktuellen Status festgestellt, dass die Beweglichkeit der Sprunggelenke und Vorfüße weitestgehend frei und unauffällig sei, und *links* nur eine diskrete Einschränkung auffalle. Zum Gangbild wurde festgehalten, dass der Sohn der Beschwerdeführerin frei und zügig gehe und ein unauffälliges, eventuell leicht spurverbreitertes Gangbild vorliege. In der Begründung zur Einschätzung wurde ein gutes

Abrollverhalten festgestellt, und darauf hingewiesen, dass auch laut letztem fachärztlichen Befund keine wesentlichen Pathologien erfassbar wären. Schließlich wurden auch die nunmehr *rechts* wiederkehrenden Schmerzen in der Fußsohle festgehalten. Im zitierten Befund der Universitätsklinik ***4*** vom November 2018 waren Druckschmerzen über dem *rechten* Achillessehnenansatz erwähnt worden. Die Herabsetzung des Grades der Behinderung von 50 % auf 30 % wurde mit einer Besserung des Gesundheitszustandes begründet. Da eine weitestgehend freie Beweglichkeit der Sprunggelenke und Vorfüße festgestellt worden war und der Sohn der Beschwerdeführerin – anders als noch bei der vorangegangenen Untersuchung – nunmehr frei und zügig gehen konnte und *keine* höhergradigen Schmerzen im linken Knie mehr festgestellt wurden, erscheint die Einschätzung der Behinderung unter Punkt 02.05.33 schlüssig und wurde vom untersuchenden Arzt auch ausreichend begründet.

In der nachfolgenden Untersuchung vom 4.11.2019 bzw. dem Gutachten vom 9.11.2019 wurde festgestellt, dass die Sprunggelenke von der Form her nahezu unauffällig seien und eine Beweglichkeit im dargestellten Ausmaß gegeben sei. Einschränkungen wurden allerdings beim Gangbild insofern festgestellt, als sowohl ein Zehenballengang als auch ein Fersengang nur eingeschränkt möglich seien. Weiters wurden nunmehr belastungsabhängige Schmerzen an *beiden* Füßen vorgebracht. Dazu wurde aber bereits anlässlich der im Gutachten zitierten orthopädischen Begutachtung durch Dr. ***9*** vom 8.10.2019 festgehalten, dass sich eine eindeutige Schmerzursache *nicht* feststellen lassen habe. Ungeachtet dessen wurden diese belastungsabhängigen Schmerzen, die zu einer verminderten Ausdauer beim Gehen führten, im Gutachten durch eine Erhöhung des Behinderungsgrades von 30 % auf 40 % berücksichtigt. Auch diese Einschätzung wurde schlüssig und frei von Widersprüchen zu den Vorgutachten begründet.

Im nachfolgend erstellten Aktengutachten vom 20.4.2020 wurde das von der Beschwerdeführerin beigebrachte, von Dr. ***9*** erstellte Privatgutachten berücksichtigt. Die wesentlichen Feststellungen dieses Privatgutachtens werden im Gutachten vom 20.4.2020 wiedergegeben und auch nicht in Abrede gestellt. Der Privatgutachter hat allerdings keine nähere Begründung dafür geliefert, wie er zur Einschätzung eines Gesamtgrades der Behinderung von gerade 50 % gekommen ist. Es wurde lediglich ausgeführt, dass er aufgrund der genannten Funktionseinschränkungen den Gesamtgrad der Behinderungen mit 50 % bewerte. Der ärztliche Gutachter des Sozialministeriumservice hat dagegen zutreffend darauf hingewiesen, dass die Rahmensätze der Positionsnummern in der Anlage zur Einschätzungsverordnung für Sprunggelenksbeschwerden sich zwischen Funktionseinschränkungen und Versteifung bewegen (vgl. die Überschrift zu diesen Positionsnummern). Im vorliegenden Fall liege keine Versteifung der Sprunggelenke vor. Ein höherer Grad der Behinderung wäre nur mit Pos.Nr. 02.05.34 mit 50 % (unterer Rahmensatz) möglich. Dies würde aber eine beidseitige schwere Funktionseinschränkung voraussetzen, was im aktuellen Fall nach objektiven Kriterien nicht zutreffe. Auch diese Ausführungen des Gutachters sind schlüssig. Eine Versteifung der Sprunggelenke wird auch im Privatgutachten

nicht behauptet. Die dort festgestellten Bewegungseinschränkungen sind ebenso wie die anlässlich der Untersuchungen durch Ärzte des Bundessozialamtes festgestellten Funktionseinschränkungen von den in Punkt 02.05.34 angesprochenen beidseitigen Funktionseinschränkungen schweren Grades weit entfernt.

Die Einschätzung des Grades der Behinderung mit 40 % erfolgte aufgrund der deutlich verminderten Geh-Ausdauer und der geltend gemachten Schmerzen. Zutreffend wies der ärztliche Gutachter des Sozialministeriumservice darauf hin, dass die Voraussetzungen für die Annahme eines chronischen Schmerzsyndroms mit schwerer Verlaufsform gegenständlich nicht vorliegen. Nur in diesem Fall wäre eine Einschätzung unter Positionsnummer 04.11.03 mit einem Grad der Behinderung von 50 % möglich. Eine solche Einschätzung würde aber voraussetzen, dass opioidhaltige Medikamente seit mehr als zwei Jahren ohne ausreichenden Erfolge eingesetzt würden und alle therapeutischen Reserven ausgeschöpft wären. Derartige Feststellungen wurden im vorliegenden Fall nicht ansatzweise getroffen.

Es weist daher auch das Gutachten vom 20.4.2020 keine Unschlüssigkeit in seiner Begründung und keinen Widerspruch zu den Vorgutachten auf. Derartiges wird auch mit den von der Beschwerdeführerin am 16.10.2020 nachgereichten Unterlagen nicht aufgezeigt:

Im Bericht der ***13*** werden im Wesentlichen nur die durchgeführten Therapiemaßnahmen beschrieben. Die eingeschränkte Belastbarkeit und die bei längerer Belastung auftretenden Schmerzen wurden in den oben angeführten Gutachten des Sozialministeriumservice berücksichtigt. Gleiches gilt für das vorgelegte Schreiben des Physiotherapeuten ***12***. Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin wurde im Zuge der wiederum von Dr. ***9*** erfolgten orthopädischen Begutachtung vom 6.10.2020 nicht die „Notwendigkeit eines Rollstuhles“ festgestellt, sondern von diesem ausdrücklich darauf hingewiesen, dass zur Reduktion des Belastungsdefizites der Füße ein Paar Modelleinlagen zur optimalen Druckverteilung empfohlen werde. Für längere Gehstrecken wurde von Dr. ***9*** zwar eine Unterstützung empfohlen, „welche im Zweifel auch kurzfristig ein Rollstuhl“ sein könne. Dieser sollte jedoch *nicht* regelhaft verwendet werden, um die Mobilität des Patienten zu erhalten. Ferner wurde die Unterstützung mit Transportmitteln (der von der Beschwerdeführerin erwähnte Taxi-Schein) angeregt. Weiters wurde von Dr. ***9*** eine Kräftigung der Fußmuskulatur in den Vordergrund gestellt, und dazu auf unterschiedliche Therapiemöglichkeiten beim Physiotherapeuten, der physikalischen Therapie oder auch speziellen Therapieprogrammen wie dem Kieser-Training ebenso hingewiesen wie auf die Wichtigkeit von Eigenübungen.

Insgesamt gesehen war unter Berücksichtigung des Umstandes, dass innerhalb eines Zeitraumes von rund zwei Jahren insgesamt vier ärztliche Gutachten des Sozialministeriumservice erstellt worden waren, die sich als schlüssig und widerspruchsfrei erwiesen haben, und angesichts der Tatsache, dass auch in den von der Beschwerdeführerin

nachträglich vorgelegten Unterlagen eine Unschlüssigkeit der Gutachten oder eine Widersprüchlichkeit derselben ebenso wenig aufgezeigt wurde wie eine entscheidungswesentliche Veränderung im Gesundheitszustand des Kindes, die Einholung eines weiteren Gutachtens nicht geboten.

Im Hinblick auf die bereits erwähnte Bindung auch des Bundesfinanzgerichtes an die Gutachten des Sozialministeriumservice war daher spruchgemäß zu entscheiden.

Zu Spruchpunkt II. (Revision)

Gegen ein Erkenntnis des Bundesfinanzgerichtes ist die Revision zulässig, wenn sie von der Lösung einer Rechtsfrage abhängt, der grundsätzliche Bedeutung zukommt, insbesondere weil das Erkenntnis von der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes abweicht, eine solche Rechtsprechung fehlt oder die zu lösende Rechtsfrage in der bisherigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes nicht einheitlich beantwortet wird. Da im gegenständlichen Verfahren die entscheidungsrelevanten Rechtsfragen bereits ausreichend durch die zitierte Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes geklärt sind, und die Entscheidung von dieser Rechtsprechung nicht abweicht, ist eine ordentliche Revision an den Verwaltungsgerichtshof nicht zulässig.

Linz, am 1. Februar 2022