

# TE Bvwg Erkenntnis 2017/10/19 W261 2132933-1

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 19.10.2017

## Entscheidungsdatum

19.10.2017

## Norm

Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen §1

BBG §42

BBG §45

B-VG Art.133 Abs4

## Spruch

W261 2132933-1/10E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Karin GASTINGER, MAS als Vorsitzende und die Richterin Mag. Natascha GRUBER sowie den fachkundigen Laienrichter Herbert PICHLER als Beisitzer über die Beschwerde von XXXX , geb. XXXX , vertreten durch den Kriegsoffer- und Behindertenverband für Wien, Niederösterreich und Burgenland, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 21.06.2016, betreffend die Abweisung des Antrages auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass zu Recht erkannt:

A)

Der Beschwerde wird stattgegeben.

Die Voraussetzungen für die Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass liegen vor.

B)

Die Revision ist nicht zulässig.

## Text

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

I. Verfahrensgang

Die Beschwerdeführerin ist seit 04.06.2007 Inhaberin eines Behindertenpasses. Am 18.09.2012 wurde die

Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass eingetragen. Zuletzt stellte das Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien (im Folgenden belangte Behörde) am 12.06.2014 den Gesamtgrad der Behinderung mit 70 v.H. fest. Dies erfolgte auf Grundlage eines medizinischen Sachverständigengutachtens, in welchem die unfallchirurgische Sachverständige die Leiden "1. Peroneusplegie rechts" (Einzelgrad der Behinderung 40 v.H.), "2. Neuropathisches Schmerzsyndrom" (Einzelgrad der Behinderung 40 v.H.), "3. Degenerative Gelenksveränderungen rechte untere Extremitäten" (Einzelgrad der Behinderung 40 v.H.), "4. Chronische Osteomyelitis rechter Vorfuß" (Einzelgrad der Behinderung 20 v.H.) und "5. Ulcus rechter Vorfuß" (Einzelgrad der Behinderung 10 v.H.) feststellte. Die Gutachterin empfahl eine Nachuntersuchung im Mai 2016, da eine Besserung möglich erschien. Aus diesem Grund stellte die belangte Behörde den Behindertenpass der Beschwerdeführerin befristet bis 30.05.2016 aus.

Am 26.02.2016 stellte die Beschwerdeführerin, bevollmächtigt vertreten durch den Kriegsoffer- und Behindertenverband für Wien, Niederösterreich und Burgenland (im Folgenden KOBV), einen Antrag auf Verlängerung des bis 30.05.2016 befristet ausgestellten Behindertenpasses mit allen Zusatzeintragungen und legte dabei ein Konvolut an medizinischen Befunden vor.

Die belangte Behörde holte in der Folge ein Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Unfallchirurgie und Ärztin für Allgemeinmedizin ein. In dem auf Grundlage einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin am 07.04.2016 erstatteten Gutachten vom 09.04.2017 führte die medizinische Sachverständige Folgendes - hier in den wesentlichen Teilen wiedergegeben und um Tippfehler bereinigt - aus:

" Anamnese:

Letzte Begutachtung im Sozialministerium Service am 9. 4. 2014, Abl. 62, Gesamt-GdB 70 % (Peroneusplegie rechts, neuropathisches Schmerzsyndrom, degenerative Gelenksveränderungen rechte untere Extremität, chronische Osteomyelitis rechter Vorfuß, Ulkus rechter Vorfuß), die Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel war nicht gegeben.

Nachuntersuchung für 05/2016 vorgesehen.

Zwischenanamnese seit 04/2014:

Amputation rechter Vorfuß 11/2014 01/2015 Rehabilitationsaufenthalt SKA Zicksee

Derzeitige Beschwerden:

"Schmerzen habe ich vom rechten Knie abwärts bis zum Fußstumpf, Phantomschmerzen. Die Haut am rechten Fuß derzeit zu, habe aber immer wieder eine offene Stelle, welche ich selber verbinde. Fistel habe ich seit Operation keine mehr. Benötige weiterhin die Schmerzpumpe, bin in Betreuung in der Schmerzambulanz Krankenhaus Barmherzige Brüder. Für weitere Strecken verwende ich den Rollstuhl, zu Hause gehe ich mit Unterarmstützkrücken."

Behandlung(en)/Medikamente/Hilfsmittel:

Medikamente: Durogesic 50 alle 72 h, Hydral 2,6 mg bei Bedarf, Thyrex, Maxikalz, Cymbalta,

Molaxole, Lyrica, Oleovit D3

Allergie: Penicillin, Bienen, Wespen, Tramal.

Nikotin: 0 seit einem Monat, vorher 10

Laufende Therapie bei Hausarzt Dr. Bauer, 1110 Wien und Schmerzambulanz Krankenhaus Barmherzige Brüder, Orthopädische Abteilung Sanatorium Hera.

Sozialanamnese:

Geschieden, lebt mit Sohn in Wohnung im 1. Stockwerk mit Lift.

Berufsanamnese: Krankenschwester, seit 06/2013 Ruhestand

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Abl. 83-85, Entlassungsbericht RZ Zicksee vom 27. 1. 2015 (transmetatarsale Amputation des rechten Vorfußes)

Abl. 81, 82, Bericht Sanatorium Hera, 12. 1. 2014 (Neurolyse des N.peroneus communis und N.tibialis, transmetatarsale Amputation rechter Vorfuß)

Untersuchungsbefund:

Klinischer Status - Fachstatus:

Caput/Collum: klinisch unauffälliges Hör- und Sehvermögen Thorax:

symmetrisch, elastisch

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

Abdomen: rechter Rippenbogen Narbe bei SCS Sonde, Unterbauch median Narbe nach Bridenileus, klinisch unauffällig, keine pathologischen Resistenzen tastbar, kein Druckschmerz.

Integument: unauffällig

Schultergürtel und beide oberen Extremitäten:

Rechtshänder. Der Schultergürtel steht horizontal, symmetrische Muskelverhältnisse.

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

Die Benützungsszeichen sind seitengleich vorhanden.

Schultergelenke beids.: unauffällig, endlagige Bewegungsschmerzen angegeben.

Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

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

Nacken- und Schürzengriff sind uneingeschränkt durchführbar.

Becken und beide unteren Extremitäten:

Freies Stehen sicher möglich, Zehenballengang und Fersengang beidseits ohne Anhalten und ohne Einsinken durchführbar.

Der Einbeinstand ist ohne Anhalten möglich. Die tiefe Hocke ist möglich.

Die Beinachse ist im Lot. Symmetrische Muskelverhältnisse.

Beinlänge ident.

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

Kniegelenk rechts: bogenförmige Narbe, praepatellar etwas verbreitert. Geringgradige vordere Instabilität mit Lachman+, Seitenbänder stabil, Patella mäßig verbacken. Schmerzhaftigkeit Beweglichkeit.

Sprunggelenk rechts in Mittelstellung versteift.

Fuß rechts: Zustand nach Amputation im Mittelfußbereich, Stumpflänge 15 cm, der Stumpf gut weichteilgedeckt, Haut geschlossen, Unterschenkel und Fuß rechts kühler als links, jedoch Fußpulse der A. dorsalis pedis beidseits tastbar. Deutlich berührungsempfindlicher Stumpf.

Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Hüften, Knie, Sprunggelenke und Zehen sind seitengleich frei beweglich.

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

Wirbelsäule:

Schultergürtel und Becken stehen horizontal, in etwa im Lot, regelrechte Krümmungsverhältnisse. Die Rückenmuskulatur ist symmetrisch ausgebildet. Geringgradig Hartspann paralumbal. Kein Klopfeschmerz über der Wirbelsäule, ISG und Ischiadicusdruckpunkte sind frei.

LWS paravertebral rechts kleine Narbe nach SCS -Implantation.

Aktive Beweglichkeit:

HWS: in allen Ebenen frei beweglich

BWS/LWS: FBA: 10 cm, in allen Ebenen frei beweglich

Lasegue bds. negativ, Muskeleigenreflexe seitengleich auslösbar.

Gesamtmobilität – Gangbild:

Kommt im Rollstuhl mit angelegter Orthese rechter Unterschenkel, Barfußgang im Untersuchungszimmer mit Teilbelastung im Bereich der rechten Ferse möglich.

Hergekommen mit Auto mit Begleitung, im Untersuchungszimmer keine Begleitung.

Das Aus- und Ankleiden wird selbständig im Sitzen durchgeführt.

Status Psychicus:

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

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

Lfd. Nr.

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

Pos.Nr.

GdB %

1

Zustand nach Amputation des rechten Fußes im Mittelfußbereich Unterer Rahmensatz dieser Position, da genügende Funktionstüchtigkeit des Stumpfes.

02.05.46

30

2

Neuropathisches Schmerzsyndrom Heranziehung dieser Position, da multimodale Schmerztherapie mit SCS-Pumpenimplantation erforderlich. Unterer Rahmensatz, da ausreichende Schmerzcouplierung.

04.11.02

30

3

Knietotalendoprothese rechts Wahl dieser Position, da deutliche Streck- und Beugehemmung und geringgradige vordere Instabilität

02.05.20

30

4

Versteifung rechtes Sprunggelenk, Zustand nach Achillessehnentransfer 1 Stufe unter dem oberen Rahmensatz, da Versteifung in günstiger Stellung

02.05.32

30

5

Peroneusplegie rechts 1 Stufe unter dem oberen Rahmensatz, da Zustand nach Teilamputation des rechten Fußes und Sprunggelenksversteifung Schwäche im rechten Bein

04.05.13

30

Gesamtgrad der Behinderung 60 v.H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Leiden 1 wird durch die weiteren Leiden um insgesamt 3 Stufen erhöht, da maßgebliche ungünstige wechselseitige Leidensbeeinflussung vorliegt.

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

Keine

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Leiden 4 und 5 des Vorgutachtens (chronische Osteomyelitis rechter Vorfuß, Ulkus rechter Vorfuß), entfallen, da Amputation - im aktuellen Gutachten als Leiden 1 eingestuft - erfolgt ist.

Leiden 2 (neuropathisches Schmerzsyndrom) wird um eine Stufe herabgesetzt, da ausreichende Schmerzcoupierung nun erzielt werden kann.

Leiden 3 des Vorgutachtens wird nun als Leiden 3 und 4 gesondert eingestuft, da Zustand nach Amputation im Bereich des rechten Fußes.

Leiden 5 des aktuellen Gutachtens (Peroneusplegie rechts), im Vorgutachten als Leiden 1 mit 40 % eingestuft, wird um eine Stufe herabgesetzt. Motorisches Defizit ohne Relevanz, da Sprunggelenksversteifung rechts und nach Amputation Wegfall eines Teils des Versorgungsgebietes.

Begründung für die Änderung des Gesamtgrades der Behinderung:

Insgesamt ist durch die Teilamputation im Bereich des rechten Vorfußes eine Besserung eingetreten.

☒ Dauerzustand

Aufgrund der vorliegenden funktionellen Einschränkungen liegen die medizinischen Voraussetzungen für die Vornahme nachstehender

Zusatzeintragungen vor:

Ja

Nein

Nicht geprüft

Der / Die Untersuchte

X

ist Orthesenträgerin oder Orthesenträger

X

ist Prothesenträgerin oder Prothesenträger

Begründung:

Knietotalendoprothese rechts, Orthese rechter Unterschenkel

Prüfung der Auswirkungen der festgestellten Gesundheitsschädigungen nach Art und Schwere für die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel

1. Welche der festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen lassen das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke, das Ein- und Aussteigen sowie den sicheren Transport in einem öffentlichen Verkehrsmittel nicht zu und warum?

2. Voraussetzungen für die Zusatzeintragung der Unzumutbarkeit Benützung öffentlicher Verkehrsmittel liegen nicht mehr vor:

Es liegen keine Funktionsbeeinträchtigungen der oberen und unteren Extremitäten und der Wirbelsäule vor, welche die Mobilität erheblich und dauerhaft einschränken. Kurze Wegstrecken können allein, allenfalls unter Verwendung einer Gehhilfe, zurückgelegt werden.

Der Zustand nach Amputation des rechten Vorfußes, mit Orthese versorgt, weiters die Versteifung des rechten Sprunggelenks und die eingeschränkte Beweglichkeit im rechten Kniegelenk stellen eine Beeinträchtigung des Steh- und Gehvermögens dar, das objektivierbare Ausmaß des Defizits kann jedoch eine maßgebliche Erschwernis der Erreichbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel nicht ausreichend begründen.

Ein- und Aussteigen ist möglich, da beide Hüftgelenke über 90° gebeugt werden können, und die Knie- und Sprunggelenke links frei beweglich sind und damit Kompensationsfähigkeit gegeben ist.

Ein sicheres Anhalten ist ebenfalls möglich, da die Gelenke beider oberer Extremitäten frei beweglich sind, ein sicherer Transport ist gegeben.

Es liegen keine erheblichen Einschränkungen körperlicher Belastbarkeit bzw. psychischer, neurologischer oder intellektueller Fähigkeiten vor.

Liegt eine schwere Erkrankung des Immunsystems vor?

Nein.

"

Unter Zugrundelegung des ärztlichen Sachverständigengutachtens berichtigte die belangte Behörde den Behindertenpass der Beschwerdeführerin im Hinblick auf den nunmehr neu festgesetzten Gesamtgrad der Behinderung von 60 v.H.. Diesem unbefristet ausgestellten Behindertenpass mit der Passnummer 2456157, datiert mit 16.06.2017, kommt gemäß der Bestimmung des § 45 Abs. 2 BBG Bescheidcharakter zu.

Mit Bescheid vom 21.06.2017 wies die belangte Behörde den Antrag der Beschwerdeführerin auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass ab. In der Begründung des Bescheides gab die belangte Behörde im Wesentlichen die Ausführungen des ärztlichen Sachverständigengutachtens vom 09.04.2016, welches als schlüssig erachtet werde, wieder.

Mit Schreiben vom 20.07.2017 erhob die durch den KOBV vertretene Beschwerdeführerin fristgerecht gegenständliche Beschwerde gegen die Herabsetzung des Grades der Behinderung auf 60 v.H. beim Bundesverwaltungsgericht. Dabei brachte sie im Wesentlichen vor, das Sachverständigengutachten, auf das sich der angefochtene Bescheid stütze, sei in entscheidenden Punkten eindeutig falsch und unschlüssig. Bei der Beschwerdeführerin bestehe ein Zustand nach Vorfußamputation rechts. Die Sachverständige habe dennoch ausgeführt, dass ein Zehenballen- und Fersengang beidseits ohne Anhalten und Einsinken durchführbar und auch ein Einbeinstand ohne Anhalten möglich sei. Weiters

fürhte die Sachverständige aus, dass eine tiefe Hocke möglich sei. Bei der Beschwerdeführerin bestehe jedoch eine deutliche Streck- und Beugehemmung im rechten Kniegelenk, eine Versteifung des rechten Sprunggelenks, eine Peronäusplegie (-lähmung) rechts und ein Zustand nach Vorfußamputation rechts, weshalb eine tiefe Hocke keinesfalls möglich sei. Auch die angeführte seitengleiche freie Beweglichkeit von Knien, Sprunggelenken und Zehen sei aufgrund der bestehenden Schädigungen keinesfalls möglich. Die Beschwerdeführerin habe an einer chronischen Osteomyelitis und einem Ulcus des rechten Vorfußes gelitten, wobei schlussendlich der Vorfuß amputiert haben werden müssen. Aufgrund der jahrelangen Nichtbelastung der rechten unteren Extremität bestehe eine Muskelatrophie rechts und könne keineswegs von symmetrischen Muskelverhältnissen gesprochen werden. Die bestehende Muskelatrophie sei bereits in dem anlässlich eines Pflegegeldverfahrens vor dem Arbeits- und Sozialgericht Wien eingeholten Sachverständigengutachten vom 07.02.2013 beschrieben worden, welches als Beweis der Beschwerde angeschlossen werde.

Mit Schreiben vom selben Tag erstattete die durch den KOBV vertretene Beschwerdeführerin auch Beschwerde gegen den Bescheid vom 21.06.2017, in welchem der Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass abgewiesen wurde. Über diese Beschwerde ergeht ein gesondertes Erkenntnis des Bundesverwaltungsgerichtes vom heutigen Tag.

Aufgrund der Einwendungen in der Beschwerde veranlasste das Bundesverwaltungsgericht in der Folge die Begutachtung der Beschwerdeführerin durch einen Sachverständigen der Fachrichtung Orthopädie und orthopädische Chirurgie.

In dem auf Grundlage einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin am 11.08.2017 erstatteten orthopädischen Gutachten vom 01.09.2017 führte der medizinische Sachverständige Folgendes - hier in den wesentlichen Teilen und um Tippfehler bereinigt wiedergegeben - aus:

" Anamnese - Zwischenanamnese - Verlauf:

31.5.2017 Angiographie KFJ Wien (Befund wird bei der Untersuchung vorgelegt).

Es wird eventuell eine Sympathikolyse diskutiert und geplant. Die Prognose ist unsicher, daher wurde noch kein Termin vereinbart.

Sonst keine Unfälle und Operationen am Bewegungsapparat seit April 2016.

Aktuelle Beschwerden:

Es werden starke Schmerzen im rechten Bein vom Knie abwärts angegeben. Das rechte Bein ist manchmal pulslos, kalt, livide verfärbt. Die Schmerzen sind bei Kälte und Wetterwechsel viel stärker.

Im linken Bein liegen keine Beschwerden vor.

Daneben werden Schulterschmerzen auf beiden Seiten angegeben, als Ursache wird das Krückengehen genannt. Die Schmerzen strahlen in den Oberarm bis zum linken Ellbogen aus, der Ellbogen wird als angeschwollen angegeben. Im Bereich der Schultergelenke oder Ellbogengelenke noch keine Punktionen. Es werden aber Infiltrationen aber beim Orthopäden vorgenommen. Im RÖ zeigen sich Abnützungserscheinungen die aber nicht recht stark sind.

Daneben Schmerzen in der Lenden-, Becken- Hüftregion, die linken Seite ist zunehmend schmerzbedingt behindert. Lähmungen werden keine angegeben.

Seit Mai 2009 ist eine Schmerzpumpe installiert, ein Elektrodenwechsel war im Mai 2013.

Letzte physikalische Therapie:

Herbst 2016.

Schmerzstillende Medikamente:

Eine aktuelle Medikamentenliste wird vorgelegt und zwar Durogesic 75pg Dreitagespflaster, Hydral 2,6mg bei Bedarf daneben Thyrex 100mcg 1/0/0, Thyrex 100pg Samstag und Sonntag 1x1/2, Molaxole ein Beutel jeden 2. Tag, Saroten 25mg 1x1, Oleovit D3 1x30 Tropfen, ThromboASS 1x1 und Lyrica 100mg 1/0/1.

Bei Kopfschmerzen wird fallweise Mexalen eingenommen.

Hilfsmitteln. Behelfe:

Rollstuhl, der nach Angabe immer verwendet wird. Fallweise auch zu Hause. Unterarmstützkrücken für zu Hause. Die Vorfußprothese wird stundenweise getragen. Beim Tragen wird das Bein ganz kalt. Bei der Untersuchung wird die Prothese nicht getragen, sie ist auch nicht mitgebracht und liegt zuhause.

Sozialanamnese:

I-Pension. Wohnung 1. Stock mit Lift.

Befunde, Röntgen, MRT:

Mitgebrachte:

- Angiographiebefund Chirurgische Abteilung SMZ-Süd KFJ Wien, 1.6.2017: Indikation für die Darstellung war, ein angegebener Ruheschmerz in der rechten UE bei einem ABL von 4.2017 rechts 0,75. Im Rahmen der Durchführung werden keine fassbaren Stenosen sichtbar. Der postinterventionelle Verlauf war reaktionslos.

- Ambulanter Patientenbrief Institut für Physikalische Medizin SMZS, Kaiser-Franz-Josef-Spital vom 24.4.2017:

Peripherer arterieller Gefäßstatus.

In der Anamnese seit Sommer 2016 Ruheschmerz mit Kältegefühl gesamter rechter Unterschenkel mit teilweise livider Verfärbung. USCH-Prothese kann aufgrund der Schmerzsymptomatik nicht getragen werden. Doppler-Index (ABL, normal 0,9-1,3) in Ruhe, rechts 0,78, links 1,26.

Fußpulse sind beidseits nicht tastbar, Arteria poplitea rechts nicht tastbar, Trophic kühler, teils livider verfärbter US rechts, blande Narben. Befundbesprechung an der chirurgischen Ambulanz bzw. CTA der Becken und Beinarterien.

Im Akt vorhandene ( auszugsweise):

- Aktenblatt 121-125 Gutachten Dr. XXXX für das Arbeits- und Sozialgericht Wien zur Beurteilung der Pflegestufe vom 26.11.2013:

Diagnose: chronisch neuropathisches Schmerzsyndrom seit 5.2007. Z. n. multiplen Operationen der rechten UE, Schmerzpumpe mit Rückenmarkstimulation Spinal cord Stimulation, Peroneusparese rechts, Z.n. Knieendoprothese 2007. CRPS rechter Fuß, komplexes regionales Schmerzsyndrom und Schilddrüsenunterfunktion.

Pflegebedarf von 105 Stunden pro Monat wird bescheinigt.

Die Befundvorlage entspricht der Befundvorlage 111-115.

- Aktenblatt 88, 89 Operationsliste

ident mit der Liste, die bei der Untersuchung vorgelegt wurde. Orthopädisch relevante Operationen

3-1995 Kreuzband-OP UKH Meidling und Wilhelminenspital.

1-2006 Larsband rechtes Knie KH Hera Wien, postoperative Infektion mit multiplen Re-OP, VAC-system.

8-2006 Implantatentfernung.

5-2017 KTEP rechts.

12-2007 Neurolyse der Nervus peroneus rechts.

10-2008 Sehnentransfer und Achillessehnenverlängerung.

5-2009 SCS-Pumpe.

12-2009 Elektrodenimplantation SCS-Pumpe.

4-2012 Arthrodesse des Großzehengrundgelenkes.

8-2012 Patellarrückflächenersatz, Tenolyse und Bohrdrahtfixation II und III der Zehen, Seitenangabe fehlt.

10-2012 Bohrdrahtentfernung.

12-2012 Beugesehnenentotomie MTP-Arthrodesse 2,3,4 rechts.

18.1.-1.2.2013 Septischer Vorfuß.



5-2013 SCS-Sondenrevision.

12-2013 Osteomyelitis rechter Vorfuß.

10-2014 Neurolyse des Nervus peroneus communis am Fibulaköpfchen und des Nervus tibialis am Tarsaltunnel. Transmetatarsale Amputation des rechten Vorfußes.

- Aktenblatt 86 RÖ beider Schultergelenke in zwei Ebenen, 6.10.2015, Institut Dr. XXXX Wien, Ambulatorium Döbling:

Geringgradige AC-Arthrose beidseits. Tiefstehendes Acromion beidseits, incipiente Omarthrose beidseits rechts mehr als links. Diskrete Tendinosus calcarea links, DD Kompaktinsel in Projektion auf den linken Humeruskopf.

- Aktenblatt 83-84 Entlassungsbrief SKA-Zicksee über einen Aufenthalt vom 30.12.2014-27.1.2015:

Hauptdiagnose: transmetatarsale Amputation des rechten Vorfußes köpfchennahe. Nebendiagnosen: Neurolyse der N.peroneus communis am Fibulaköpfchen und des N. tibialis am Tarsaltunnel rechts, Z.n. KTEP rechts. Septischer Vorfuß 2013 und SCS- Pumpenimplantation 2009. Epikrise. Zum Entlassungszeitpunkt Versorgung mit einer Vorfußrahmenorthese mit Entlastung des Vorfußes und Lastübertragung auf das Tibiaplateau in definitiver Ausführung der FA Otto Bock und zufriedenstellender Passform. 4-Punkt-Gang mit zwei UA-Stützkrücken und Orthese. Gleichbleibend belastungsabhängige Beschwerden im Bereich des rechten Vorfußes wobei eine extreme Berührungsempfindlichkeit besteht. Die Wunddehiszenz im Kniebereich ist bei Entlassung nicht mehr feststellbar und verheilt.

- Aktenblatt 81, 82, Entlassungsbericht Sanatorium Hera, 12.11.2014, Aufenthalt von 31.10.-7.11.2014:

Neurolyse des N. peroneus communis und N. tibialis rechts, transmetatarsale Amputation des rechten Vorfußes köpfchennahe und Platzierung eines temporären Nervenkatheters. Postoperativer Verlauf war soweit unauffällig.

Orthopädischer Status:

Größe (cm) 161 cm

Gewicht (kg) 48 kg

Allgemein: Kommt mit Freundin, im Rollstuhl sitzend, keine Vorfußprothese rechts, diese wird nicht getragen, weil sie nach Angaben bei Belastung schmerzt.

Mäßig reduzierter AZ und EZ.

An- und Auskleiden selbständig, ohne Fremdhilfe. Rechtshändern.

Caput, Thorax, Abdomen unauffällig.

Haut rosig normal durchblutet, reizlose OP Narben im Bereich des rechten Kniegelenkes, im rechten Mittelfuß, teilweise leicht wulstförmig und mit der Unterhaut verbacken. Vermehrtes Hautgefühl im Mittelfußamputationsbereich. Hauttemperatur hier gering erniedrigt.

Keine Trophikstörungen und Ulcerationen.

Gangbild: Kleinschrittig, es werden nur wenige Schritte zum Transfer vom Rollstuhl auf die Untersuchungs-liege vorgenommen. Bei Belastung schmerzt das rechte Bein, daher kann über längere Strecken nicht gegangen werden.

Selbständiges Gehen im Untersuchungszimmer ist nicht möglich.

Der Transfer gelingt aber selbständig, Wendebewegungen auf der Untersuchungs-liege sind selbständig und flüssig.

Wirbelsäule

Gesamt: Die Untersuchung erfolgt im Sitzen, Becken-Schultergeradstand, symmetrische Taillendreiecke, symmetrische Muskulatur, physiologische Krümmungen, keine Skoliosierung.

HWS: S 30/0/20, R je 70, F je 20.

BWS: R je 30, Ott 30/33.

LWS: FBA nicht prüfbar, Seitneigen je 20, Rotation 30, harmonische Krümmungen, keine Blockierungen. SI-Gelenke auf Druck nicht schmerzhaft, stabil, nicht blockiert.

Grob neurologisch: Hirnnerven frei, an der OE lebhaft Muskelreflexe, Sensibilität, grobe Kraft, Koordination symmetrisch und seitengleich.

UE: Patellarsehnenreflexe beidseits auslösbar, rechts etwas schwächer. Achillessehnenreflex links lebhaft, Sensibilität im linken Bein nicht eingeschränkt. Sensibilitätsabschwächung im Bereich des rechten Unterschenkels bis in den Mittelfuß. Vermehrtes Hautgefühl im Bereich des Mittelfußes. Peroneusplegie rechts.

#### Obere Extremität

Allgemein: Rechtshänderin, normale Achse, normale Gelenkkontur, kräftige seitengleiche Muskulatur, keine Atrophien. Handgelenkspulse gut tastbar, seitengleiche Gebrauchsspuren.

Schulter bds: S 40/0/100, F 100/0/20, Rotation frei mit mäßiger Impingementsymptomatik auf beiden Seiten aber keinen Funktionsausfall.

Ellbogen bds: S 0/0/125, R je 80, bandstabil, kein Erguss.

Handgelenk bds: S je 60, Radial- und Ulnaradduktion frei, kein Stauchungsschmerz.

Langfinger re: Frei beweglich.

Langfinger li: Frei beweglich.

Nackengriff: Möglich. Endlagig und Überkopf aber schmerzhaft.

Schürzengriff: Beidseits möglich. Fingerspitzen erreichen die Höhe TH11-L1.

Kraft: Seitengleich. Spitz-, Oppositions- und Zangengriff möglich.

Fingerfertigkeit: Kraft seitengleich, Fingerfertigkeit seitengleich

#### Untere Extremität

Allgemein: Keine Beinlängendifferenz, verschmälertes rechtes Ober- und Unterschenkel, Mittelfußamputation rechts mit unauffälligen normalfarbigen Hautnarben aber vermehrtem Hautgefühl im Mittelfußbereich. Die Hauttemperatur auf der rechten Seite ab dem unteren US-Drittel ist herabgesetzt. Die Fußpulse auf der rechten Seite nicht tastbar, links schwach tastbare Tibialis posterior.

Hüfte re S 0/0/110, R je 30, F je 30.

Hüfte li S 0/0/110, R je 30, F je 30.

Knie re Plumpe Kniekontur mit S 0/10/100, deutlich schmerzhaft, ++ positivem Zohlzeichen mit eingeschränktem Patellaspield bei bandstabilen Verhältnissen. Mäßiges Krepitieren beim Durchbewegen.

Knie li S 0/0/150, bandfest, kein Erguss, keine Meniskuszeichen, gutes Patellaspield, Zohlzeichen negativ.

Ob. Sg: Rechts in 90 Grad Stellung eingesteift, links S 10/0/40 bandfest.

Unt. Sg: In Neutralstellung eingesteift.

Füße: Mittelfußamputation rechts, neutrale Stellung im Sprunggelenk, keine Spitzfußstellung. Links Rückfuß in Ordnung, Längsgewölbe gut ausgebildet, Vorfuß unauffällig.

Beurteilung - Fragenbeantwortung - Stellungnahme:

• Zur Beschwerde vom 20.7.2017 Aktenblatt 116 ff: Frage 1:

Diagnosen:

Funktionseinschränkungen

Pos. Nr.

GdB %

1

Mittelfußamputation rechts Unterer Rahmensatz dieser Positionsnummer, da gute Stumpfverhältnisse.

02.05.46

30

2

Neuropathisches Schmerzsyndrom Unterer Rahmensatz dieser Positionsnummer, da mit SCS-Pumpe und oraler Schmerztherapie eine ausreichende Schmerzdämpfung zu erreichen ist.

04.11.02

30

3

Knietotalendoprothese rechts Berücksichtigt die Streckhemmung und den chronischen Reiz des Kapselbandapparates mit belastungsabhängiger Schmerzhaftigkeit. Die Beugung ist bis 100 Grad möglich.

02.05.20

30

4

Versteifung im rechten Sprunggelenk und Z. n. Achillessehnentransfer Eine Stufe unter dem oberen Rahmensatz, da Versteifung in Neutralstellung

02.05.32

30

5

Peroneusplegie rechts Eine Stufe unter dem oberen Rahmensatz, da Schwäche im rechten Bein vorliegend

04.05.13

30

Frage 2:

Der Gesamtgrad der Behinderung beträgt 60 v.H.

Das führende Leiden 1 wird im Zusammenwirken der übrigen Leiden um drei Stufen erhöht, da hauptsächlich das rechte Bein betroffen ist und eine ungünstige wechselseitige Leidensbeeinflussung insbesondere durch die Leiden 2, 3 und 5 besteht. Dies bedeutet eine Erhöhung um jeweils eine Stufe.

Die Versteifung im Bereich des rechten Sprunggelenkes (laufender Punkt 4) wirkt nicht erhöhend, da bei Lähmung des N. peroneus, hier besteht bei möglicherweise frei beweglichem Sprunggelenk die Gefahr der Spitzfußstellung, durch die Versteifung in Neutralstellung ein günstiger Zustand herbeigeführt wurde und dieses Leiden nicht als Verschlimmerung gewertet werden kann.

Frage 3:

Die Beschwerdevorbringungen Aktenblatt 116 ff kommentierenden Untersuchungsbefund des Vorgutachtens und enthalten für eine orthopädische Beurteilung im Grunde keine verwertbaren Angaben.

Das vorgelegte Sachverständigengutachten Dris. XXXX vom 7.12.2013 ist insofern verwertbar, als der Krankheitsverlauf seit 1995 über die Jahre belegt ist. Für die aktuelle Beurteilung, das Gutachten ist aus dem Jahr 2013, also vor dreieinhalb Jahren, ist die Beurteilung nicht verwendbar.

Frage 4:

Aus orthopädischer Sicht ergibt sich keine Änderung im Vergleich zum Vorgutachten.

Frage 5:

Eine ärztliche Nachuntersuchung ist nicht erforderlich, da von einem Dauerzustand auszugehen ist.

• Zur Beschwerde vom 20.7.2017 Aktenblatt 127 ff:

Frage 1:

Die maßgebliche Funktionsbehinderung an der unteren Extremität konzentriert sich auf das rechte Bein. Man findet eine abgeschwächte OS- und US-Muskulatur. Daneben ein neuropathisches Schmerzsyndrom bedingt durch die mehrfachen Voroperationen, durch die Schädigung des Nervus peroneus. Teilweise kompensiert ist dies durch eine Schmerzpumpe.

Die Hüftbeweglichkeit rechts ist normal. Im rechten Knie findet sich ein Streckdefizit von 10 Grad mit chronischen Weichteilschmerz und einer Beugefähigkeit von 100 Grad.

Im OSG eine Einsteifung in Neutralstellung, die den Fallfuß durch die Peroneusschädigung kompensiert, da der Fuß in Neutralstellung (90 Grad) eingesteift ist. Herabgesetzt ist die Durchblutung im Unterschenkel, dies äußert sich in einem Kältegefühl und einer vermehrten Verletzlichkeit der Haut. Die Stumpfnarbe nach der Mittelfußamputation ist jetzt verheilt, es sind keine Druckstellen und Ulcerationen sichtbar.

Das linke Bein ist unversehrt vollbelastbar und frei beweglich.

Zusammenfassend liegt unter Einbeziehung aller Umstände und aller Faktoren doch eine höhergradige Funktionsbehinderung im Bereich der unteren Extremität mit Hauptbetonung des rechten Beines vor.

Frage 2:

Eine maßgebliche höhergradige Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit liegt nicht vor.

Frage 3:

Die neuropathischen Beschwerden ins rechte Bein ausstrahlend werden durch eine Sonde gemildert aber nicht aufgehoben. Sie sind belastungsabhängig und schon über Jahre bestehend.

Der Peroneusausfall im Bein äußert sich durch eine Kraftlosigkeit. Der durch die Lähmung bedingte Fallfuß ist durch die Versteifung im OSG ausgeglichen und eigentlich nicht hindernd. Eine Gangbildstörung besteht durch die Versteifung aber allemal. Somit ist eine mittelgradige Funktionsbehinderung gegeben.

Frage 4:

Es liegt keine schwer anhaltende Erkrankung des Immunsystems vor.

Frage 5:

Durch die Belastungseinschränkung im rechten Bein ist die Fähigkeit größere Entfernungen zurückzulegen hochgradig eingeschränkt. Es ist für längere Strecken sicher die Verwendung von zwei UA-Stützkrücken notwendig, für kurze Strecken und im Haushalt kann mit einer UA-Stützkrücke das Auslangen gefunden werden.

Frage 6:

Die Auswirkungen auf das Einsteigen sind durch die Funktionsbehinderungen im rechten Bein bei weitem nicht so ausgeprägt, da beim Aufwärtsgehen die anfallenden Belastungen ausgleichbar sind.

Maßgebliche Schwierigkeiten ergeben sich beim Aussteigen und beim Abwärtsgehen. Durch die mangelnde Belastbarkeit des rechten Beines entwickelt sich eine Trittsicherheit. Es ist auch die Kraft im rechten Bein maßgeblich herabgesetzt, sodass dadurch auch eine erhöhte Sturzgefahr besteht, wenn beim Bergabgehen das rechte Bein belastet wird. Die Gesamtkoordination im rechten Bein ist ebenfalls eingeschränkt, sodass ruckartige Bewegungen nur unzureichend ausgeglichen werden können. Eine Erleichterung ist nur mit zwei UA-Stützkrücken zu erreichen.

Frage 7:

Das Stehen in öffentlichen Verkehrsmitteln ist unter Inanspruchnahme von Haltegriffen nur gering eingeschränkt, maßgebliche Veränderungen und Einschränkungen ergeben sich aber beim Aufstehen aus dem Sitzen und zu Beginn der Gehbewegungen, da hier mit Startverzögerungen zu rechnen ist. Auch ruckartige Bewegungen durch die Schwäche im rechten Bein, wie oben erwähnt, nur unzureichend ausgeglichen werden und wirken sich daher bei der Sitzplatzsuche aus. Eine Verbesserung kann durch die Verwendung von zwei UA-Krücken allerdings erreicht werden.

Frage 8:

Die Verwendung von UA-Stützkrücken zur Bewältigung kurzer Wegstrecken ist krankheitsbedingt notwendig.

Die Bewältigung kurzer Wegstrecken ist ohne Gehhilfen nicht möglich. Mit zwei UA- Stützkrücken ist die Bewältigung kurzer Wegstrecken aber möglich. Die UA- Stützkrücken müssen aber krankheitsbedingt dauernd verwendet werden. Für die Verwendung eines Rollstuhles ergibt sich aus orthopädischer Sicht eigentlich keine Indikation.

Frage 9:

Eine Optimierung ist durch eine adäquate Prothesenversorgung noch in Bezug auf Steh- und Gehleistung zu erreichen. Weiters kann durch eine physikalische Therapie die Muskelkraft und dadurch die Trittsicherheit gesteigert werden. Dies erfordert allerdings eine über Jahre dauernde konsequente Therapie und wird mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht geeignet sein, die UA-Stützkrücken zur Verbesserung der Gehstrecke und der Trittsicherheit weglassen zu können.

Frage 10:

Zusammenfassend kann aus gutachterlicher Sicht gefolgert werden, dass unter Ausschöpfung aller therapeutischen Optionen, das heißt adäquater Prothesenanpassung die zu belastungsstabilen Verhältnissen führt und entsprechendem Krafttraining und somit der Verbesserung der Trittsicherheit, keine maßgebliche Verbesserung herbeigeführt werden kann, dass auf zwei UA- Stützkrücken zur Fortbewegung verzichtet werden kann.

Somit ist aus orthopädischer Sicht die Überwindung kurzer Wegstrecken, das Bewältigen von Niveauunterschieden auf Dauer nicht gegeben. Somit ist aus orthopädischer Sicht die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nicht zumutbar."

Mit Schreiben vom 21.09.2017 übermittelte das Bundesverwaltungsgericht den Parteien dieses Verfahrens das genannte Gutachten im Rahmen des Parteiengehörs und räumte diesen die Möglichkeit ein, bis 11.10.2017 eine Stellungnahme abzugeben.

Die durch den KOBV vertretene Beschwerdeführerin gab mit Schreiben vom 11.10.2017 eine Stellungnahme ab, in welcher sie das Ergebnis des Ermittlungsverfahrens zur Kenntnis genommen habe und ersuche, ein Erkenntnis im Sinne des orthopädischen Sachverständigengutachtens ehestmöglich zu erlassen.

Die belangte Behörde gab keine Stellungnahme ab.

Das Bundesverwaltungsgericht führte am 16.10.2017 eine Abfrage im Zentralen Melderegister durch, wonach die Beschwerdeführerin österreichische Staatsbürgerin ist und ihren ordentlichen Wohnsitz im Bundesgebiet hat.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1. Feststellungen:

Die Beschwerdeführerin ist Inhaberin eines Behindertenpasses.

Sie brachte am 26.02.2016 den gegenständlichen Antrag auf Verlängerung des bis 30.05.2017 befristet ausgestellten Behindertenpasse

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

© 2026 JUSLINE

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

[www.jusline.at](http://www.jusline.at)