jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Bvwg Erkenntnis 2018/7/5 W238 2173112-1

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 05.07.2018

Entscheidungsdatum

05.07.2018

Norm

Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen §1
BBG §42
BBG §45
B-VG Art.133 Abs4

Spruch

W238 2173112-1/13E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Claudia MARIK als Vorsitzende und die Richterin Mag. Julia JERABEK sowie den fachkundigen Laienrichter Dr. Ludwig RHOMBERG als Beisitzer über die Beschwerde von XXXX, geboren am XXXX, vertreten durch Rechtsanwalt Mag. Michael LANG, Zedlitzgasse 3, 1010 Wien, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 23.03.2017, OB XXXX, nach Beschwerdevorentscheidung vom 20.07.2017, betreffend Abweisung des Antrags auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass zu Recht erkannt:

A) Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen und die Beschwerdevorentscheidung bestätigt.

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

Text

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

I. Verfahrensgang:

1. Die nunmehrige Beschwerdeführerin verfügt seit 08.03.2007 über einen Behindertenpass. Am 07.12.2016 beantragte sie unter Vorlage medizinischer Beweismittel beim Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien (im Folgenden als belangte Behörde bezeichnet), die Ausstellung eines Ausweises gemäß § 29b StVO. Folgender Hinweis ist im Antragsformular der Behörde enthalten:

"Wenn Sie noch nicht im Besitz eines Behindertenpasses mit der Zusatzeintragung ‚Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel' sind, gilt dieser Antrag auch als Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses bzw. auf Vornahme der Zusatzeintragung ‚Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel' in den Behindertenpass."

2. In dem daraufhin seitens der belangten Behörde auf Grundlage einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin erstatteten Sachverständigengutachten vom 22.03.2017 wurde nach Erstellung eines Untersuchungsbefundes und einer Diagnoseliste seitens des befassten Facharztes für Orthopädie zu den Auswirkungen der festgestellten Gesundheitsschädigungen nach Art und Schwere auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel festgehalten, dass die Beschwerdeführerin trotz der geringgradigen Funktionseinschränkung des mit einer Endoprothese versorgten rechten Kniegelenks, des Zustands nach Versteifung (Fusion L4/5) und der degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule eine ausreichende Gehstrecke von 200 bis 300 Metern aus eigener Kraft und ohne fremde Hilfe zurücklegen könne. Das Ein- und Aussteigen sowie das Bewältigen von Niveauunterschieden seien aufgrund des ausreichenden Bewegungsumfanges aller großen Gelenke der unteren Extremitäten ohne fremde Hilfe durchführbar. Auch die Sitzplatzsuche und die notwendige Fortbewegung innerhalb eines öffentlichen Verkehrsmittels könnten bewältigt werden, da an beiden unteren Extremitäten keine behinderungsrelevanten Funktionseinschränkungen vorliegen. Auch an den oberen Extremitäten würden keine maßgeblichen Einschränkungen bestehen, sodass ein sicheres Anhalten gewährleistet sei. Die Beschwerdeführerin verfüge über ein symmetrisches Gangbild ohne Hinken. Es würde sich kein Anhaltspunkt für eine claudicatio spinalis finden. Die Notwendigkeit der Verwendung eines Rollators sei nicht nachvollziehbar und somit nicht als behinderungsrelevant einzustufen. Seitens des Stütz- und Bewegungsapparates sei eine erhebliche Erschwernis bei der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel somit nicht objektivierbar.

3.1. Mit Bescheid der belangten Behörde vom 23.03.2017 wurde der Antrag der Beschwerdeführerin auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass gemäß §§ 42 und 45 BBG abgewiesen. Begründend wurde unter Bezugnahme auf das medizinische Sachverständigengutachten vom 22.03.2017 im Wesentlichen ausgeführt, dass die Voraussetzungen für die begehrte Zusatzeintragung nicht vorliegen würden. Als Beilage zum Bescheid übermittelte die belangte Behörde der Beschwerdeführerin das Gutachten vom 22.03.2017.

3.2. Mit - dem hier nicht verfahrensgegenständlichen - Bescheid der belangten Behörde vom 27.03.2017 wurde der Antrag der Beschwerdeführerin auf Ausstellung eines Ausweises gemäß § 29b StVO abgewiesen. Die dagegen erhobene Beschwerde wurde beim Bundesverwaltungsgericht zu Zahl W238 2156159-1 protokolliert (vgl. dazu auch Pkt. II.3.7.).

4. Gegen den Bescheid vom 23.03.2017 erhob die Beschwerdeführerin fristgerecht Beschwerde. Die belangte Behörde habe den bekämpften Bescheid ausschließlich mit einem von ihr im Zuge des Verfahrens eingeholten Sachverständigengutachten vom 22.03.2017 begründet. Bereits bei der Aufnahme der Grunddaten sei es zu Fehlern im Gutachten gekommen. So sei die Beschwerdeführerin in Begleitung einer weiteren Person zur Begutachtung erschienen. Durch zahlreiche Befunde, die dem Sachverständigen zur Verfügung gestanden seien, seien näher bezeichnete Leidenszustände im Bereich der HWS, BWS, im Becken- und Hüftbereich sowie im Bereich des linken Vorfußes objektiviert worden. Es sei zudem unerklärlich, wie der Sachverständige zu der Ansicht komme, dass die Verwendung eines Rollators nicht notwendig sei. Das Gutachten, auf welches sich die belangte Behörde ausschließlich gestützt habe, stehe in krassem Widerspruch zu den vorliegenden Befunden. Bereits aufgrund der in den Befunden beschriebenen Diagnosen wäre ihrem Antrag stattzugeben gewesen. Abschließend wurde beantragt, den angefochtenen Bescheid aufzuheben und die begehrte Zusatzeintragung vorzunehmen, in eventu den Bescheid aufzuheben und zur Erlassung eines neuen Bescheides an die Behörde zurückzuverweisen.

5. Daraufhin holte die belangte Behörde eine ergänzende Stellungnahme des bereits befassten Facharztes für Orthopädie ein. In dessen gutachterlichen Stellungnahme vom 12.07.2017 wurden die Einwendungen der Beschwerdeführerin wie folgt beantwortet:

"Die Anmerkung, dass sehr wohl eine Begleitperson anwesend war und dies im Gutachten nicht aufscheint, ist auf einen Speicherungsfehler

in der elektronischen Gutachtenverwaltung ... zurückzuführen. Aus

den Aufzeichnungen der Untersuchung geht hervor, dass gegen die Anwesenheit einer Begleitperson keine Einwendung, jedoch keine zwingende Notwendigkeit bestand und dies wurde auch richtig gespeichert.

Die Leidenszustände der Beschwerdeführerin wurden sowohl aus der Anamnese, dem klinischen Untersuchungsbefund und den zum Zeitpunkt der Untersuchung am 08.02.2017 vorliegenden (2013/04 bis 2016/12)

und den zur Untersuchung mitgebrachten (2017/01 bis 2017/02) Unterlagen entnommen und entsprechend berücksichtigt.

Die zum Beleg von Beschwerden angeführten Befunde (Befund Röntgen Liesing 11.04.2017; Befund Dr. XXXX 21.02.2017), die nach dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung angefertigt wurden, konnten aus naheliegenden Gründen nicht berücksichtigt werden.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung bestand klinisch kein Hinweis auf eine übermäßige Beinlängendifferenz. Abgesehen davon ist aus dem in der Beschwerde beschriebenen Befund ein diskreter Beckenhochstand links vom 3,6 mm (!) und nicht wie behauptet von 3,6 cm zu entnehmen. Das wäre auch kein diskreter Beckenschiefstand mehr, sondern würde eine erhebliche Beinlängendifferenz mit der Notwendigkeit eines entsprechenden Ausgleichs erfordern, der aber bei Überprüfung des Schuhwerks zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung nicht vorhanden war.

Die Einschätzung der Verwendung von Mobilitätshilfen vom Stock bis zum Rollstuhl gründet sich auf die klinische Begutachtung des Stütz-und Bewegungsapparates, die Beobachtung der Gesamtmobilität und die Einbeziehung der vorliegenden Befunde. Das Gesamtbild ergibt dann die objektive Beurteilung.

Bei der fachärztlich-orthopädischen Untersuchung finden sich an beiden oberen Extremitäten keine behinderungsrelevanten funktionsbeeinträchtigenden Einschränkungen der Beweglichkeit, Motorik oder Sensibilität, wodurch ein festes Anhalten und ein sicherer Transport in einem öffentlichen Verkehrsmittel gegeben ist.

Trotz der geringgradigen Funktionseinschränkung seitens des mit einer Endoprothese versorgten rechten Kniegelenkes, dem Zustand nach Versteifung (Fusion L4/5) und den degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule ist eine ausreichende Gehstrecke von 200-300 Metern aus eigener Kraft und ohne fremde Hilfe bewältigbar.

Das Ein- und Aussteigen in ein öffentliches Verkehrsmittel sowie das Bewältigen von Niveauunterschieden oder Hindernissen sind wegen des ausreichenden Bewegungsumfanges aller großen Gelenke der unteren Extremitäten durchführbar und zuzumuten.

Auch die Sitzplatzsuche und die notwendige Fortbewegung innerhalb eines öffentlichen Verkehrsmittels können bewältigt werden, da an beiden unteren Extremitäten keine behinderungsrelevanten Funktionseinschränkungen vorliegen.

Bei der Untersuchung zeigt sich ein symmetrisches Gangbild ohne Hinken, es findet sich kein Anhaltspunkt für eine Claudicatio spinalis.

Die Notwendigkeit der Verwendung eines Rollators kann daher nicht nachvollzogen werden und ist somit nicht als behinderungsrelevant einzustufen.

Aus den angeführten Gründen und der objektivierbaren erhaltenen selbständigen Gehfähigkeit und Orientierungsmöglichkeit ist daher aus fachärztlich-orthopädischer Sicht seitens des Stütz-und Bewegungsapparates eine erhebliche Erschwernis bei der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nicht objektivierbar.

Gegenüber der gutachterlichen Stellungnahme vom 08.02.2017 ergeben sich aus der Beschwerde und den angeführten Befunden keine neuen Erkenntnisse, somit ergibt sich keine Änderung zum Vorgutachten."

6. Mit Beschwerdevorentscheidung der belangten Behörde vom 20.07.2017 wurde die Beschwerde gegen den angefochtenen Bescheid vom 14.07.2017 (richtig: 23.03.2017) gemäß §§ 41, 42 und 46 BBG iVm § 14 VwGVG abgewiesen und festgestellt, dass die Voraussetzungen für die Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" nicht vorliegen. Begründend wurde auf die Ergebnisse der im Zuge der Ergänzung des Ermittlungsverfahrens eingeholten Stellungnahme des befassten Sachverständigen vom 12.07.2017 verwiesen. Diese Stellungnahme wurde der Beschwerdeführerin als Beilage zur Beschwerdevorentscheidung übermittelt.

Die Zustellung der Beschwerdevorentscheidung wurde zunächst mit Datum vom 14.07.2017 (irrtümlich) an die Beschwerdeführerin und sodann mit Datum vom 20.07.2017 an ihren bevollmächtigten Rechtsvertreter verfügt.

7. Mit selbst verfasster Eingabe vom 31.07.2017 brachte die Beschwerdeführerin fristgerecht einen Vorlageantrag ein. Darin führte sie zusammengefasst aus, dass sie trotz Behandlungen und Infusionen Schmerzen habe und deshalb in

ihrer Mobilität eingeschränkt sei, weshalb ihr die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nicht zumutbar wäre. Sie könne maximal 100 Meter zurücklegen und Stufen nur mit beidseitigem Handlauf überwinden. Abschließend beantragte sie eine neuerliche ärztliche Untersuchung. Dem Vorlageantrag wurden Befunde beigelegt.

8. Die Beschwerde, der Vorlageantrag und der bezughabende Verwaltungsakt wurden dem Bundesverwaltungsgericht seitens der belangten Behörde (erst) am 11.10.2017 vorgelegt.

9. Seitens des Bundesverwaltungsgerichtes wurde in weiterer Folge eine Begutachtung der Beschwerdeführerin durch eine Fachärztin für Unfallchirurgie und Ärztin für Allgemeinmedizin veranlasst. In dem daraufhin auf Basis einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin erstellten Sachverständigengutachten vom 22.12.2017 wurde auszugsweise Folgendes ausgeführt:

"STATUS:

Allgemeinzustand gut, Ernährungszustand sehr gut. Größe 172 cm, Gewicht 96 kg, RR 145/95

Caput/Collum: klinisch unauffälliges Hör- und Sehvermögen

Thorax: symmetrisch, elastisch

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

Abdomen: 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 Benützungszeichen sind seitengleich vorhanden.

Schulter rechts: Druckschmerzen diffus auslösbar, annähernd seitengleiche Schulterbemuskelung, Bewegungsschmerzen, eingeschränkte Beweglichkeit bei kurz zurückliegender Schulterverletzung mit nachgewiesener Rotatorenmanschettenruptur

Schultergelenk links: geringgradig Druckschmerzen, endlagige Bewegungsschmerzen, kein schmerzhafter Bogen.

Handgelenke, Fingergelenke beidseits: geringgradige Achsenabweichung bei geringgradig ausgeprägter Heberden'scher Arthrose DIP-Gelenk rechter Zeigefinger, sonst unauffällige Fingergelenke.

Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Schultern rechts S 0/80, F0/70, Rotation 1/3 eingeschränkt, links S und F 0/160, Rotation endlagig eingeschränkt, 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 links endlagig eingeschränkt durchführbar, rechts wird das rechte Ohr nicht erreicht bzw. bis ISG rechts.

Becken und beide unteren Extremitäten:

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

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

Die Beinachse ist im Lot. Symmetrische Muskelverhältnisse.

Beinlänge nicht ident, rechts -2 cm.

Die Durchblutung ist ungestört, keine Ödeme, keine sichtbaren Varizen, keine trophischen Störungen, die Sensibilität wird im Bereich der Vorfüße als gestört angegeben. Die Beschwielung ist in etwa seitengleich.

Hüftgelenke beids.: kein Stauchungsschmerz, kein Rotationsschmerz.

Kniegelenk links: keine Überwärmung, keine Umfangsvermehrung, äußerlich unauffällig, kein Erguss, Patella harmonisch, endlagige Beugeschmerzen angegeben.

Kniegelenk rechts: Narbe nach Knietotalendoprothese, keine Überwärmung, kein Erguss, endlagige Bewegungsschmerzen angegeben. Stabiles Gelenk.

Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Hüften S beidseits 0/90, IR/AR 20/0/20, Knie links 0/0/120, rechts 0/5/100, Sprunggelenke und Zehen sind seitengleich frei beweglich.

Das Abheben der gestreckten unteren Extremität ist links bis 60° bei KG 5, rechts bis 40° möglich.

Wirbelsäule:

Schultergürtel und Becken stehen horizontal, in etwa im Lot, regelrechte Krümmungsverhältnisse. Die Rückenmuskulatur ist symmetrisch ausgebildet, deutlich Hartspann paralumbal, Narbe untere LWS median 4 cm. Klopfschmerz über der unteren LWS, ISG und Ischiadicusdruckpunkte sind frei.

Aktive Beweglichkeit:

HWS: in allen Ebenen endlagig eingeschränkt beweglich

BWS/LWS: FBA: Kniegelenke werden erreicht, in allen Ebenen zur Hälfte eingeschränkt beweglich

Lasegue bds. negativ, Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft auslösbar.

Gesamtmobilität - Gangbild:

Kommt selbständig gehend mit Halbschuhen mit einem Gehstock in Begleitung, das Gangbild mit Schuhen und Gehstock ist geringgradig rechts hinkend, insgesamt raumgewinnend. Barfußgang im Untersuchungszimmer ohne Gehhilfe möglich, geringgradig rechts hinkend, keine wesentliche Verkürzung der Schrittlänge. Gesamtmobilität nicht wesentlich verlangsamt.

Das Aus- und Ankleiden wird selbständig im Sitzen durchgeführt.

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

STELLUNGNAHME:

1) Diagnoseliste der dauernden Gesundheitsschädigungen:

1. Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Zustand nach Vertebrostenose- Operation L4/L5 und Fusion L4/L5 (PLIF) und Lumboischialgie

2. Knietotalendoprothese rechts

3. Beginnende Schultergelenksarthrose rechts und AC-Arthrose. Ruptur der Rotatorenmanschette

4. Diabetes mellitus, nicht insulinpflichtig, diabetische Polyneuropathie

5. Zustand nach CTS Operation links

6. Polyarthrose der Hand- und Fingergelenke mit geringgradigen funktionellen Auswirkungen

2) Liegen erhebliche Einschränkungen der Funktionen der unteren Extremitäten vor?

Nein. Im Bereich des rechten Kniegelenks liegt eine geringgradige Einschränkung des Bewegungsumfangs nach Implantation einer Knietotalendoprothese vor, das Gelenk ist jedoch stabil und zeigt keine wesentliche Umfangsvermehrung, sodass keine höhergradige Funktionseinschränkung vorliegt. Im Bereich sämtlicher weiterer Gelenke der unteren Extremitäten liegen keine relevanten Funktionseinschränkungen vor.

Im Bereich der linken oberen Extremität sind keine maßgeblichen Funktionseinschränkungen feststellbar.

Im Bereich der rechten Schulter liegt bei Zustand nach Prellung (09/2017) und konservativer Behandlung nach wie vor eine mittelgradige Einschränkung des Bewegungsumfangs bei nachgewiesener Ruptur der Rotatorenmanschette vor. Radiologisch konnten jedoch keine höhergradigen Abnützungserscheinungen der rechten Schulter festgestellt werden,

sodass von einer zunehmenden Besserung des Bewegungsumfangs nach erfolgter Verletzung auszugehen ist.

Bei Polyarthrose der Hand- und Fingergelenke und Zustand nach Carpaltunnelsyndrom Operation links liegen jeweils keine relevanten Einschränkungen vor, Greifformen sind erhalten.

Stellungnahme zu Zumutbarkeit eventueller therapeutischer Optionen:

Multimodale Behandlungen einschließlich Physiotherapie zur Besserung des Bewegungsumfangs der rechten Schulter und auch des rechten Kniegelenks sind zumutbar.

3) Liegen erhebliche Einschränkungen psychischer, neurologischer oder intellektueller Fähigkeiten/Funktionen vor?

Nein, es konnten zwar im Befund der Nervenleitgeschwindigkeit Veränderungen im Sinne einer diabetischen Polyneuropathie festgestellt werden, eine dadurch bedingte maßgebliche Gangbildbeeinträchtigung konnte jedoch nicht objektiviert werden.

Ein radikuläres Defizit mit einer motorischen Läsion liegt nicht vor.

4) Stellungnahme zu den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens vorgelegten Befunden und Unterlagen:

6 und 8) Stellungnahme zu den anlässlich der jeweiligen Beschwerdeerhebung/Vorlageantrag vorgelegten Befunden:

Abl. 53, Röntgen HWS, BWS, Beckenübersicht vom 11.4.2017 (mäßige Spondylarthrosen und mäßige ossäre Einengung der Neuroforamina C4 bis C6. Geringe Osteochondrose mittlere BWS. Diskreter Beckenhochstand links um 3,5 mm. Inzipiente Coxarthrose beidseits, diskrete Zeichen der Hüftdysplasie beidseits) - Befund dokumentiert mäßige Abnützungserscheinungen im Bereich der HWS, BWS und Hüftgelenke und untermauert Richtigkeit der getroffenen Beurteilung. Dokumentiert ist ein Beckenhochstand links von 3,5 mm. In der Beschwerde vorgebracht wird eine Differenz von 3,5 cm, dieser Wert ist nicht nachvollziehbar. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung konnte eine Beinlängendifferenz von 2 cm festgestellt werden. Ein Längenausgleich ist hier nicht unbedingt erforderlich, und wird auch nicht getragen. Somit liegt keine maßgebliche Funktionseinschränkung vor.

Abl. 29, Röntgen Beckenübersicht vom 29.9.2016 (angehende Coxarthrose und Hüftdysplasie beidseits) - Befund steht in Einklang mit klinischem Untersuchungsergebnis und untermauert die Richtigkeit der getroffenen Beurteilung.

Abl. 27-28, Entlassungsbericht Innere Medizin Evangelisches Krankenhaus vom 28.11.2016 (konservative Therapie bei Schmerzen im Bereich von Schulter, linker unterer Extremität, Knietotalendoprothese rechts, Spinalkanalstenose L3/L4 und Foramenstenose L5/S1, CTS rechts, axonales sensomotorisches Polyneuropathiesyndrom, sehr hoher Leidensdruck bei chronischem Schmerzsyndrom der LWS und Lumboischialgie) - sämtliche Leiden werden hinsichtlich der objektivierbaren Funktionseinschränkungen geprüft, eine hochgradige Gangbildbeeinträchtigung oder Gehleistungsminderung ist jedoch anhand der aktuellen Untersuchung nicht feststellbar, siehe aktuelles Gangbild.

Abl. 26, Befund Dr. XXXX, FA für Neurochirurgie vom 17.11.2016 (Zunahme der Schmerzsymptomatik in den letzten 3 Monaten betreffend Lendenwirbelsäule und linkes Bein, L4. Gehstrecke im Sinne einer Claudicatio spinalis auf 100 m zurückgegangen, Einknicken der linken unteren Extremität wird berichtet. Zunehmend wird Rollator benützt. Benützung öffentlicher Verkehrsmittel praktisch unmöglich. MRT der LWS: PLIF L4/L5, L3/L4 zeigt beträchtliche Vertebrostenose und Hinweise für Instabilität. Ausgeprägte linkskonvexe Skoliose. Stabilisierung des Anschlusssegments fast indiziert, Prognose bei Skoliose ungewiss. Diagnosen: Therapieresistente Instabilitätssymptomatik, Spinalkanalstenose mit ausgeprägter Claudicatio spinalis, Skoliose mit Operationsindikation, teilweise Opioide erforderlich) - Befund enthält überwiegend die Wiedergabe subjektiver Angaben. Maßgeblich sind jedoch objektivierbare Leiden. Ein motorisches Defizit ist nicht objektivierbar, siehe seitengleiche Bemuskelung und Gangbild. Eine hochgradige Vertebrostenose ist nicht dokumentiert. Eine maßgebliche Instabilität, Skoliose oder Anschlussdegeneration ist weder dokumentiert noch klinisch verifizierbar.

Eine Dauertherapie mit Opioiden ist nicht etabliert.

Abl. 25, Bericht Dr. XXXX, Facharzt für Orthopädie vom 1.12.2016 (aufgrund Behinderung mit Vorfüßen bei Zustand nach Hallux valgus Operation beidseits nur kurze Strecken zu Fuß möglich, weiters eine Vielfalt anderer Probleme. Flex. rechtes Kniegelenk nach Knieprothese eingeschränkt) - Maßgeblich sind aktuell feststellbare Funktionseinschränkungen, Befund enthält keine neuen Informationen.

Abl. 24, Bericht Dr. XXXX, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie vom 5.12.2016 (NLG: CTS rechts, Hinweis auf primär

axonales sensomotorisches Polyneuropathiesyndrom, Peroneusläsion rechts bei entsprechender Klinik nicht mehr auszuschließen. Progrediente Schmerzsymptomatik mit Ausstrahlung in beide Beine im Sinn einer Claudicatio intermittens spinalis-Symptomatik mit Einknicken besonders des linken Beins, Inkontinenz aufgrund Blasennervenbeteiligung, diabetische Polyneuropathie, CTS rechts. Kann nur 50 bis maximal 100 m gehen, muss Rollator benutzen. Unterarmstützkrücken wegen CTS beidseits nicht möglich. Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nicht zumutbar)

Im Bereich der Handgelenke und Fingergelenke beidseits liegen geringgradige Achsenabweichung bei geringgradig ausgeprägter Heberden'scher Arthrose des DIP- Gelenks rechter Zeigefinger und sonst unauffälligen Fingergelenken vor, Faustschluss ist komplett. Eine beträchtliche und relevante Funktionseinschränkung im Bereich der Hände liegt nicht vor.

Ein neurologisches Defizit mit Peroneusläsion und mit Einknicken im rechten Bein ist weder dokumentiert noch objektivierbar. Progrediente Schmerzsymptomatik mit Ausstrahlung in beide Beine im Sinn einer Claudicatio intermittens spinalis-Symptomatik stellt eine subjektive Angabe dar, objektive Befunde zur Untermauerung liegen nicht vor.

Subjektive Angabe einer Inkontinenz ist nicht durch entsprechende Befunde untermauert. Diabetische Polyneuropathie führt nicht zu einer relevanten Gangbildbeeinträchtigung. Zumutbarkeit einer einfachen Gehhilfe ist gegeben, es liegen keine Befunde vor, die eine Verunmöglichung untermauerten.

Abl. 7-21, Erkenntnis BVwG vom 18.7.2016 (Beschwerde betreffend Parkausweis wird als unbegründet abgewiesen) - Eine maßgebliche Verschlimmerung ist nicht objektivierbar.

Bericht Innere Medizin Evangelisches Krankenhaus vom 26.7.2017 (Zustand nach PLIF L4/L5, es ist davon auszugehen, dass eine der Schrauben auf einen Nerv oder Wurzel drückt sodass derzeit eine Harninkontinenz besteht. Permanent starke Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine, trotz intensiver Schmerztherapie keine Besserung. Starke psychische Belastung. Öffentliche Verkehrsmittel sind nicht zumutbar. Gehstrecke von maximal 100 m aufgrund Foramenstenose im Bereich der LWS, zusätzlich diabetische Polyneuropathie, bisher noch kein Therapieerfolg.) - Eine Harninkontinenz ist fachärztlich nicht belegt. Subjektive Angaben über die Verkürzung der Gehstrecke sind nicht maßgeblich. Hinsichtlich Schmerztherapie besteht die Möglichkeit der Intensivierung, Therapiereserven sind gegeben.

Entlassungsbericht neurologische Abteilung Evangelisches Krankenhaus vom 12.7.2017 (Ganzkörperschmerz in Bewegung und Ruhe, Claudicatio intermittens spinalis bei lumbaler Vertebrostenose und Zustand nach PLIF L4/L5) - Befund enthält subjektive Angaben, keine neuen Informationen.

Szintigraphie Befund vom 12.7.2017 (kein Hinweis für septische oder aseptische Lockerung bei Zustand nach Knietotalendoprothese rechts) - untermauert getroffene Beurteilung.

Röntgen linker Vorfuß und LWS vom 21.2.2017 (Schraubenosteosynthese MTP II und III, in 1. Linie entzündlich bedingte Destruktion in MTP II. Derzeit kein Hinweis für floriden entzündlichen Prozess. Zustand nach Fraktur MTP ll-IV. LWS: hochgradige linkskonvexe Rotationskoliose, Zustand nach dorsaler Fusion L4/L5, ausgeprägte multisegmentale Osteochondrosen lumbal, nach kaudal zunehmende Spondylarthrosen, Zustand nach Laminektomie L5) - klinisch relevante Funktionseinschränkungen, welche das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke von 300-400m verunmöglichten, sind nicht nachvollziehbar, siehe Gangbild.

MRT der LWS vom 12.4.2017 (Zustand nach dorsaler Fixation L4/L5, ausgeprägte linkskonvexe Skoliose, Discusprotrusionen. Bei L3/L4 besteht auch eine Einengung des Spinalkanals in 1. Linie bedingt durch die verdickten Ligamenta flava.) - keine neuen Informationen, insbesondere liegt kein Nachweis einer höhergradigen Vertebrostenose vor.

5 und 7) Stellungnahme zu den erhobenen Einwendungen in den Beschwerden und im Vorlageantrag:

Die BF leide an Beschwerden im Bereich der HWS und BWS, des Beckens, Hüftbereichs und linken Vorfußes mit röntgenologisch festgestellten Veränderungen und könne nicht verstehen, dass die Verwendung eines Rollators für den Gutachter nicht nachvollziehbar gewesen sei.

Dem wird entgegengehalten, dass weder im Bereich der Wirbelsäule noch im Bereich der Hüftgelenke und des linken Vorfußes derart massive Veränderungen vorliegen, dass dadurch eine hochgradige Gangbildbeeinträchtigung und

Gangleistungsminderung bedingt wären. Vielmehr konnte ein ausreichend sicheres und raumgewinnendes Gehen auch ohne Verwendung einer Gehhilfe festgestellt werden.

Es bestehe laut Befund vom 11.04.2017 eine Beinlängendifferenz von 3,6 cm.

Dies ist nicht korrekt. Röntgenologisch wurde ein Beckenhochstand links von 3,5 mm Festgestellt. Klinisch konnte zwar eine deutlichere Beinlängendifferenz objektiviert werden, jedoch nicht einem Ausmaß, welches das Tragen eines Längenausgleichs nach sich ziehen würde.

Am 31.7.2017 wird vorgebracht, dass es nicht den Tatsachen entspreche, 300-400 m gehen zu können. Sie habe Tag und Nacht Schmerzen trotz Behandlungen und Infusionen. Sie könne maximal 100 m zurücklegen. Stufensteigen könne sie nur mit beidseitigem Anhalten am Handlauf.

Subjektive Angaben werden zur Kenntnis genommen, maßgeblich sind objektivierbare Tatsachen, siehe Gangbildanalyse.

9) a) ausführliche Begründung, warum aus medizinischer Sicht eine Zumutbarkeit oder Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel gegeben ist, wobei erläutert werden möge, wie sich die bei der BF festgestellten Gesundheitsschädigungen nach ihrer Art und Schwere auf die Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel auswirken:

Die Teilversteifung der Lendenwirbelsäule L4/L5 und die beginnende Anschlussdegeneration L3/L4 mit mäßiger Instabilität und Spinalkanalenge bewirken anhaltende Beschwerden, welche eine ständige medikamentöse Therapie erfordern. Maßgeblich für die Beurteilung der Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel ist, ob die Beschwerden ausreichend therapierbar sind bzw. ob trotz Therapie maßgebliche Funktionseinschränkungen mit Gangbildbeeinträchtigung und Gangleistungsminderung vorliegen. Es konnte bei der klinischen Untersuchung keine höhergradige Gangbildbeeinträchtigung festgestellt werden, ausreichend sicheres und raumgewinnendes Gehen war unter teilweiser Verwendung eines Gehstocks möglich.

Eine Wegstrecke von ca. 300-400 m kann alleine, allenfalls unter Verwendung eines Gehstocks, bewältigt werden. Das gute Operationsergebnis des rechten Kniegelenks verunmöglicht nicht das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke von 300-400 m. Die weiteren Gelenke sind unauffällig. Das Wirbelsäulenleiden mit Teilversteifung und beginnender Anschlussdegeneration ohne nachweisbare Gangbildbeeinträchtigung (normalspurig, keine Ataxie, Schrittlänge nicht wesentlich verkürzt) stellt keine massive Beeinträchtigung dar. Die angegebene Claudicatio spinalis mit deutlicher Einschränkung der Gehstrecke ist durch den vorgelegten Befund des MRT der LWS nicht begründbar, es liegt keine höhergradige Spinalkanalverengung vor.

Eine relevante diabetische Polyneuropathie liegt nicht vor.

b) Auf die konkrete Fähigkeit der BF zur Benützung öffentlicher Verkehrsmittel ist einzugehen unter Berücksichtigung der zurückzulegenden Wegstrecke von 300-400 m, allenfalls erforderlicher Hilfsmittel (Rollator), Auswirkung der Hilfsmittel auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel, hinsichtlich:

-

Zugangsmöglichkeit, Ein- und Aussteigemöglichkeit zu überwindende Niveauunterschiede beim Aus- und Einsteigen Schwierigkeiten beim Stehen und bei der Sitzplatzsuche

-

Schwierigkeiten bei notwendig werdender Fortbewegung im öffentlichen Verkehrsmittel während der Fahrt - ausreichende Stand-Gangsicherheit, ausreichende Kraft zum Anhalten.

Es liegen keine Funktionsbeeinträchtigungen der oberen und unteren Extremitäten und der Wirbelsäule vor, welche die Mobilität erheblich und dauerhaft einschränkten.

Es sind belastungsabhängige Probleme vor allem der Wirbelsäule im Vordergrund, welche die Steh- und Gehleistung mäßig beeinträchtigen, die Gesamtmobilität ist jedoch ausreichend, um kurze Wegstrecken von 300-400m, allenfalls unter Verwendung eines einfachen Hilfsmittels, zurücklegen zu können und um Niveauunterschiede zu überwinden,

eine höhergradige Gangbildbeeinträchtigung konnte nicht festgestellt werden. Eine ausreichende Trittsicherheit ist mit Schuhen gegeben. Das sichere Aus- und Einsteigen ist möglich. Das behinderungsbedingte Erfordernis der Verwendung eines Rollators ist durch festgestellte Funktionseinschränkungen nicht begründbar.

Bei ausreichend sicherer Gesamtmobilität ist eine maßgebliche Schwierigkeit beim Stehen oder bei der Sitzplatzsuche nicht begründbar. Es konnte eine ausreichende Stand- und Gangsicherheit festgestellt werden. Notwendig werdende Fortbewegung im öffentlichen Verkehrsmittel ist zumutbar, da ausreichende Kraft besteht und ein maßgebliches neurologisches Defizit nicht objektiviert werden konnte.

Im Bereich der rechten Schulter konnte aktuell eine Einschränkung des Bewegungsumfangs festgestellt werden, im Bereich der linken Schulter liegen unauffällige Verhältnisse vor, sodass ausreichende Kompensationsfähigkeit gegeben ist und das Erreichen und Benützen von Haltegriffen und Aufstiegshilfen nicht verunmöglicht ist.

Stellungnahme zu Art und Ausmaß der Schmerzen beim Zurücklegen von 300-400 m:

Art und Ausmaß allfälliger Schmerzzustände, die speziell mit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel einhergehen, können nur indirekt erfasst werden. Anhand des beobachteten Gangbilds mit geringgradig rechts hinkendem, insgesamt raumgewinnendem Gehen und sicherer Gesamtmobilität, des aktuellen Untersuchungsergebnisses mit ausreichender Beweglichkeit sämtlicher Gelenke der unteren Extremitäten und des derzeitigen Therapieerfordernisses (WHO Stufenschema 1) ergibt sich kein Hinweis auf höhergradige Schmerzzustände, welche das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke, das Überwinden von Niveauunterschieden und das Benützen öffentlicher Verkehrsmittel verunmöglichten.

10) Stellungnahme zu einer allfälligen zum angefochtenen Gutachten vom

22.3.2017 inkl. Stellungnahme vom 12.7.2017 abweichenden Beurteilung

Keine abweichende Beurteilung.

11) Feststellung, ob bzw. wann eine Nachuntersuchung erforderlich ist

Eine Nachuntersuchung ist nicht erforderlich."

10. Mit Schreiben des Bundesverwaltungsgerichtes vom 18.01.2018 wurden die Beschwerdeführerin und die belangte Behörde über das Ergebnis der Beweisaufnahme informiert und ihnen in Wahrung des Parteiengehörs die Gelegenheit eingeräumt, dazu binnen zwei Wochen eine Stellungnahme abzugeben. Weiters wurde in diesem Zusammenhang mitgeteilt, dass das Bundesverwaltungsgericht seine Entscheidung auf Basis der Ergebnisse des Ermittlungsverfahrens erlassen werde, sofern nicht eine eingelangte Stellungnahme anderes erfordere. Auf die Neuerungsbeschränkung nach § 46 BBG wurde hingewiesen.

11. Am 07.02.2018 langte eine Stellungnahme der Beschwerdeführerin ein, in der sie ausführte, dass die Einschätzung der Sachverständigen der Einschätzung ihres behandelnden Neurologen im Befund vom 23.11.2017 gegenüberstehe, der "das Bild einer ausgeprägten Polyneuropathie mit Koordinationsstörungen, Gangunsicherheit sowie chronifizierten Schmerzen" als gegeben ansehe. Auch habe ihr Neurologe die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel für nicht zumutbar erachtet. Des Weiteren liege eine wesentliche Einschränkung der Funktion der unteren Extremitäten vor, wie aus dem Befund einer Rotationsmessung beider Beine vom 14.07.2017 hervorgehe. Dies stehe auch mit den zahlreichen stationären Aufenthalten der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2014 in Einklang. Die Harninkontinenz der Beschwerdeführerin sei aufgrund des Befundes des evangelischen Krankenhauses vom 26.07.2017 objektiviert. Zudem werde die Harninkontinenz durch ihre behandelnde Gynäkologin bestätigt, wonach eine ausgeprägte Stress- und Dranginkontinenz bestehe. Der Stellungnahme wurden weitere medizinische Unterlagen beigelegt.

12. Das Bundesverwaltungsgericht richtete in der Folge ein Ersuchen an die mit der Erstellung des Gutachtens vom 22.12.2017 befasste Fachärztin für Unfallchirurgie und Ärztin für Allgemeinmedizin, ihr Gutachten unter Berücksichtigung der anlässlich der Beschwerde erhobenen Einwendungen und nachgereichten Befunde zu ergänzen. In dem daraufhin aufgrund der Aktenlage erstellten Ergänzungsgutachten vom 03.03.2018 führte die Sachverständige insbesondere Folgendes aus:

"1) a) Stellungnahme zur Verkürzung der Gehstrecke und zur bestehenden Schmerzsymptomatik bzw. damit in Zusammenhang stehende Therapiereserven

b) Stellungnahme zum Vorliegen einer ausgeprägten Polyneuropathie mit Koordinationsstörungen, Gangunsicherheit

und chronifizierten Schmerzen, vgl. Befund Dr. XXXX vom 23.11.2017:

Eine ausgeprägte Polyneuropathie ist jedoch anhand eines NLG Befundes nicht belegt, siehe Befund Entlassungsbericht Evangelisches Krankenhaus vom 12.7.2017, Rückseite, NLG: ‚... Es finden sich elektroneurographisch Hinweise auf ein leichtgradiges primäres axonales sensomotorisches PNP Syndrom ...'.

Dieser Befund ist im gleichen Wortlaut (sic!) auch im Bericht Dr. XXXX, Fachärztin für Neurologie vom 5.12.2016, Abl. 24, erwähnt.

Dokumente über eine Verlaufskontrolle bzw. einen aktuellen NLG Befund sind dem Akt nicht zu entnehmen.

Hinsichtlich Diabetes mellitus ist dokumentiert, dass diätetische Maßnahmen empfohlen werden, keine medikamentöse Therapie angezeigt ist und eine HbA1c Kontrolle in 2-3 Monaten empfohlen wird.

Bei unter diätetischen Maßnahmen ausgeglichener Stoffwechsellage und ohne Nachweis einer höhergradigen Polyneuropathie ergibt sich kein Hinweis auf eine relevante Funktionsbeeinträchtigung der unteren Extremitäten mit Gangbildbeeinträchtigung. Dieser Befund steht in Einklang mit dem aktuellen Untersuchungsergebnis im Rahmen der eigenen Begutachtung vom 27.11.2017, bei der ein geringgradig rechts hinkendes Gangbild ohne Gehhilfe ohne wesentliche Verkürzung der Schrittlänge und eine nicht wesentlich verlangsamte Gesamtmobilität festgestellt werden konnten. Ein Hinweis auf eine maßgebliche Gangunsicherheit oder Ataxie konnte nicht festgestellt werden.

Weder konnten Befunde über eine höhergradige Polyneuropathie bzw. dokumentierte Progredienz in den NLG Befunden belegt werden noch konnte in den im Akt befindlichen Unterlagen ein längerfristiges Bestehen eines Diabetes mellitus bzw. einer diabetischen Polyneuropathie mit Behandlungsbedarf festgestellt werden, siehe Ergebnis der Begutachtung vom 19.4.2013.

Stellungnahme zu Art und Ausmaß der Schmerzen beim Zurücklegen von 300-400 m:

Art und Ausmaß allfälliger Schmerzzustände, die speziell mit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel einhergehen, können nur indirekt erfasst werden.

Anhand des beobachteten Gangbilds mit geringgradig rechts hinkendem, insgesamt raumgewinnendem Gehen und sicherer Gesamtmobilität, des aktuellen Untersuchungsergebnisses mit ausreichender Beweglichkeit sämtlicher Gelenke der unteren Extremitäten, und des derzeitigen Therapieerfordernisses (WHO Stufenschema 1 + Neurontin) ergibt sich kein Hinweis auf höhergradige Schmerzzustände, welche das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke, das Überwinden von Niveauunterschieden und das Benützen öffentlicher Verkehrsmittel erheblich erschwerten.

c) Stellungnahme zum Vorliegen erheblicher Einschränkungen der unteren Extremitäten unter Verweis auf den Befund einer Rotationsmessung beider Beine vom 14.7.2017 und zahlreiche stationäre Aufenthalte:

Erhebliche Einschränkungen der Funktionen der unteren Extremitäten konnten nicht festgestellt werden, freies Stehen war bei der Untersuchung im Rahmen der eigenen Begutachtung vom 27.11.2017 möglich, Zehenballengang und Fersengang beidseits ohne Anhalten und ohne Einsinken kurz durchführbar, Einbeinstand ohne Anhalten möglich, symmetrische Muskelverhältnisse, keine trophischen Hautstörungen, seitengleiche Beschwielung, im Bereich der Hüftgelenke kein Stauchungsschmerz oder kein Rotationsschmerz, stabile Kniegelenke ohne Ergussbildung bei endlagigen Bewegungsschmerzen. Bewegungsumfang der Hüftgelenke ist ausreichend, Beugefähigkeit bis 90° möglich, der Bewegungsumfang der Kniegelenke beidseits über 90°, sodass das Überwinden von Niveauunterschieden möglich ist. Ausreichende Kraft und Koordinationsfähigkeit liegen vor, kein Hinweis für Ataxie.

Anhand des klinischen Untersuchungsergebnisses liegt kein Hinweis für erhebliche Einschränkungen der unteren Extremitäten vor.

Der Befund der Rotationsmessung beider Beine vom 14.7.2017 ist für die Beurteilung der Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nicht von Relevanz.

Maßgeblich für das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke von 300-400 m und das Überwinden von Niveauunterschieden ist vor allem eine ausreichende Beugefähigkeit, welche dokumentiert werden konnte. Zudem liegt eine ausreichende Rotationsfähigkeit vor - Innenrotation und Außenrotation beider Hüftgelenke: 20°.

Messungen des Bewegungsumfangs und der Freiheitsgrade von Gelenken werden in erster Linie anhand der klinischen Untersuchung durchgeführt. Die standardisiert durchgeführte Überprüfung der Rotationsfähigkeit des Hüftgelenks wird bei 90° abgewinkeltem Hüftgelenk unter Bewegung des Unterschenkels nach innen bzw. außen durchgeführt.

Naturgemäß unterliegen diese Untersuchungsergebnisse einer Schwankungsbreite, welche jedoch für die Beurteilung der Fragestellung im gegenständlichen Ermittlungsverfahren nicht von Relevanz sind.

Unterstützt können die klinischen Untersuchungsergebnisse durch technische Untersuchungsverfahren werden, insbesondere videokinematographische Verfahren mit Aufzeichnung des sichtbaren Bewegungsablaufs.

Maßgeblich ist jedenfalls der ausführbare Bewegungsumfang der Gelenke.

Statische Verfahren müssen sich darauf beschränken, Momentaufnahmen festzuhalten. Diese Verfahren ermöglichen, Messungen durchzuführen, insbesondere Achsenverhältnisse. Im genannten Untersuchungsbefund werden unter der Bezeichnung ‚Rotationsmessung beider Beine' in einem 3-dimensionalen Verfahren definierte Achsen in Bezug zur Tischhorizontalen gestellt und daraus Winkelgrade errechnet.

Definitionsgemäß werden zur Beschreibung des Hüftgelenks standardisierte Messmethoden zur Bestimmung des Antetorsions- und Anteversionswinkels angewendet. Dies wurde bei dieser Messung jedoch nicht vorgenommen (andere Bezugsebenen zueinander).

Zu hinterfragen ist die Aussagekraft dieser Werte.

Jedenfalls liegt weder ein Messergebnis nach standardisiertem Verfahren vor noch konnte damit ein für die Fragestellung eingeschränkter Bewegungsumfang der Hüftgelenke bewiesen werden.

d) Stellungnahme zum Bestehen einer ausgeprägter Stress-und Drang(Harn)lnkontinenz, siehe Befund Evangelisches Krankenhaus vom 26.7.2017 und einer Gynäkologin vom 31.1.2018:

Den Befunden ist eine Mischinkontinenz, Stress-und Dranginkontinenz, zu entnehmen und es wird daraus abgeleitet, dass das Benützen öffentlicher Verkehrsmittel aus diesem Grund nicht zumutbar sei.

Im aktuellen Befund der Gynäkologin vom 31.1.2018 liegt jedoch weder ein Untersuchungsergebnis vor noch eine Behandlungsdokumentation über längere Zeit noch eine Behandlungsempfehlung. Es handelt sich somit um die anamnestische Angabe einer Inkontinenz.

Für die gutachterliche Beurteilung sind jedoch befundbelegte Funktionseinschränkungen erforderlich, welche dem Akt jedoch nicht zu entnehmen sind.

ad 2) Welche Leiden werden durch die vorgelegten bzw. in der Stellungnahme erwähnten Befunde dokumentiert und wie wirken sich diese auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel aus?

lm Bereich des rechten Kniegelenks liegt eine geringgradige Einschränkung des Bewegungsumfangs nach Implantation einer Knietotalendoprothese vor, das Gelenk ist jedoch stabil und zeigt keine wesentliche Umfangsvermehrung, sodass keine höhergradige Funktionseinschränkung vorliegt. Im Bereich sämtlicher weiterer Gelenke der unteren Extremitäten liegen keine relevanten Funktionseinschränkungen vor.

Im Bereich der linken oberen Extremität sind keine maßgeblichen Funktionseinschränkungen feststellbar.

Im Bereich der rechten Schulter liegt bei Zustand nach Prellung (09/2017) und konservativer Behandlung eine mittelgradige Einschränkung des Bewegungsumfangs bei nachgewiesener Ruptur der Rotatorenmanschette vor. Radiologisch konnten jedoch keine höhergradigen Abnützungserscheinungen der rechten Schulter festgestellt werden, sodass von einer zunehmenden Besserung des Bewegungsumfangs nach erfolgter Verletzung auszugehen ist.

Bei Polyarthrose der Hand- und Fingergelenke und Zustand nach Carpaltunnelsyndrom Operation links liegen jeweils keine relevanten Einschränkungen vor, Greifformen sind erhalten.

Es konnten zwar im Befund der Nervenleitgeschwindigkeit Veränderungen im Sinne eines leichtgradigen primären axonalen sensomotorischen PNP-Syndroms festgestellt werden, eine dadurch bedingte maßgebliche Gangbildbeeinträchtigung konnte jedoch nicht objektiviert werden.

Ein radikuläres Defizit mit einer motorischen Läsion liegt nicht vor.

Die Teilversteifung der Lendenwirbelsäule L4/L5 und die beginnende Anschlussdegeneration L3/L4 mit mäßiger

Instabilität und Spinalkanalenge bewirken anhaltende Beschwerden, welche eine ständige medikamentöse Therapie erfordern. Maßgeblich für die Beurteilung der Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel ist, ob die Beschwerden ausreichend therapierbar sind bzw. ob trotz Therapie maßgebliche Funktionseinschränkungen mit Gangbildbeeinträchtigung und Gangleistungsminderung vorliegen. Es konnte bei der klinischen Untersuchung keine höhergradige Gangbildbeeinträchtigung festgestellt werden, ausreichend sicheres und raumgewinnendes Gehen war unter teilweiser Verwendung eines Gehstocks möglich.

Eine Wegstrecke von ca. 300-400 m kann alleine, allenfalls unter Verwendung eines Gehstocks, bewältigt werden. Das behinderungsbedingte Erfordernis der Verwendung eines Rollators ist durch festgestellte Funktionseinschränkungen nicht begründbar."

13. Mit Schreiben des Bundesverwaltungsgerichtes vom 29.03.2018 wurde auch dieses Gutachten dem Parteiengehör unterzogen und den Verfahrensparteien die Möglichkeit eingeräumt, zum Ergebnis der Beweisaufnahme innerhalb einer Frist von zwei Wochen ab Zustellung des Schreibens Stellung zu nehmen.

14. Am 27.04.2018 brachte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einen Antrag auf Fristerstreckung ein. Begründet wurde dies damit, dass die Beschwerdeführerin das ihr übermittelte Sachverständigengutachten mit ihrem behandelnden Arzt besprechen müsse, was erst in den kommenden Tagen möglich sei.

15. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wurde vom Bundesverwaltungsgericht am 02.05.2018 telefonisch darüber in Kenntnis gesetzt, dass dem Fristerstreckungsansuchen mit Blick auf die Angemessenheit der mit zwei Wochen bestimmten Frist zur Erstattung einer Stellungnahme sowie auch vor dem Hintergrund der Neuerungsbeschränkung des § 46 BBG nicht nähergetreten werde.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1. Feststellungen:

Die Beschwerdeführerin verfügt seit 08.03.2007 über einen Behindertenpass.

Am 07.12.2016 brachte sie einen Antrag auf Ausstellung eines Ausweises gemäß § 29b StVO ein, der von der belangten Behörde auch als Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass gewertet wurde.

Bei der Beschwerdeführerin bestehen folgende Funktionseinschränkungen, die voraussichtlich länger als sechs Monate andauern werden:

1) Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Zustand nach Vertebrostenose-Operation L4/L5 und Fusion L4/L5 (PLIF) und Lumboischialgie;

2) Knietotalendoprothese rechts;

3) Beginnende Schultergelenksarthrose rechts und AC-Arthrose, Ruptur der Rotatorenmanschette;

4) Diabetes mellitus, nicht insulinpflichtig, diabetische Polyneuropathie;

5) Zustand nach CTS-Operation links;

6) Polyarthrose der Hand- und Fingergelenke mit geringgradigen funktionellen Auswirkungen.

Hinsichtlich der bei der Beschwerdeführerin festgestellten Gesundheitsschädigungen, ihrer Art und Schwere sowie ihrer Auswirkungen auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel werden die diesbezüglichen Beurteilungen in dem vom Bundesverwaltungsgericht eingeholten Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Unfallchirurgie und Ärztin für Allgemeinmedizin vom 22.12.2017 und in dem dazu eingeholten Ergänzungsgutachten vom 03.03.2018 der nunmehrigen Entscheidung zugrunde gelegt.

Bei der Beschwerdeführerin bestehen keine Funktionsbeeinträchtigungen der oberen und unteren Extremitäten oder der Wirbelsäule, welche die Mobilität erheblich und dauerhaft einschränken. Es liegt zwar im Bereich des rechten Kniegelenks eine geringgradige Einschränkung des Bewegungsumfangs nach Implantation einer Knietotalendoprothese vor; das Gelenk ist jedoch stabil und zeigt keine wesentliche Umfangsvermehrung, sodass keine höhergradige Funktionseinschränkung besteht. Das gute Operationsergebnis verunmöglicht nicht das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke. Im Bereich sämtlicher weiterer Gelenke der unteren Extremitäten liegen keine relevanten

Funktionseinschränkungen vor. Im Vordergrund stehen belastungsabhängige Probleme in der Wirbelsäule, welche die Steh- und Gehleistung mäßig beeinträchtigen. Die Teilversteifung der Lendenwirbelsäule L4/L5 und die beginnende Anschlussdegeneration L3/L4 mit mäßiger Instabilität und Spinalkanalenge bewirken anhaltende Beschwerden, die eine ständige medikamentöse Therapie erfordern. Eine höhergradige Spinalkanalverengung liegt aber nicht vor. Die Gesamtmobilität der Beschwerdeführer ist ausreichend. Sie ist insbesondere in der Lage, eine kurze Wegstrecke entsprechend einer Entfernung von rund 300 bis 400 Metern aus eigener Kraft, allenfalls unter Verwendung eines einfachen Hilfsmittels, zurückzulegen. Das behinderungsbedingte Erfordernis der Verwendung eines Rollators ist durch die festgestellten Funktionseinschränkungen nicht begründbar. Eine höhergradige Gangbildbeeinträchtigung konnte nicht festgestellt werden. Es besteht ausreichende Stand- und Gangsicherheit. Maßgebliche Schwierigkeiten beim Stehen, bei der Sitzplatzsuche oder bei der Fortbewegung im öffentlichen Verkehrsmittel sind nicht gegeben. Der Beschwerdeführerin sind das Ein- und Aussteigen und die Überwindung von Niveauunterschieden möglich.

Im Bereich der rechten Schulter liegt bei Zustand nach Prellung (09/2017) und konservativer Behandlung nach wie vor eine mittelgradige Einschränkung des Bewegungsumfangs bei nachgewiesener Ruptur der Rotatorenmanschette vor. Eine höhergradige Abnützungserscheinung der rechten Schulter konnte jedoch nicht festgestellt werden, sodass von einer zunehmenden Besserung des Bewegungsumfangs nach erfolgter Verletzung auszugehen ist. Im Bereich der linken oberen Extremität sind keine maßgeblichen Funktionseinschränkungen feststellbar, sodass eine ausreichende Kompensationsfähigkeit gegeben ist. Bei Polyarthrose der Hand- und Fingergelenke und Zustand nach Carpaltunnelsyndrom-Operation links liegen keine relevanten Einschränkungen vor. Vielmehr sind die Greifformen erhalten. Haltegriffe und Aufstiegshilfen können erreicht und benutzt werden.

Der sichere und gefährdungsfreie Transport in (fahrenden) öffentlichen Verkehrsmitteln ist gewährleistet.

Anhand des Gangbildes der Beschwerdeführerin mit geringgradig rechts hinkendem, insgesamt raumgewinnendem Gehen und sicherer Gesamtmobilität, der ausreichenden Beweglichkeit sämtlicher Gelenke der unteren Extremitäten und des derzeitigen Therapieerfordernisses ergibt sich kein Hinweis auf höhergradige Schmerzzustände, die das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke, das Überwinden von Niveauunterschieden und das Benützen öffentlicher Verkehrsmittel verunmöglichen würden.

Bei der Beschwerdeführerin bestehen keine erheblichen Einschränkungen der psychischen, neurologischen oder intellektuellen Fähigkeiten. Zwar liegt eine diabetische Polyneuropathie vor. Eine dadurch bedingte Gangbildbeeinträchtigung konnte jedoch nicht festgestellt werden. Es liegt auch kein radikuläres Defizit mit einer motorischen Läsion vor.

Eine ausgeprägte Stress- und Drang(Harn)-Inkontinenz ist bei der Beschwerdeführerin nicht gegeben.

Schließlich bestehen keine Hinweise auf das Vorliegen erheblicher Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit sowie einer hochgradigen Sehbehinderung, Blindheit oder Taubblindheit. Ebenso wenig liegt bei der Beschwerdeführerin eine schwere anhaltende Erkrankung des Immunsystems vor.

Insgesamt spricht bei Berücksichtigung der gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht nichts dagegen, dass ihr die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel zugemutet wird.

2. Beweiswürdigung:

2.1. Die Feststellungen zum Behindertenpass sowie zum Zeitpunkt der Einbringung und zur Wertung des Antrags ergeben sich aus dem Akteninhalt.

2.2. Die Feststellungen zu den bes

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

© 2025 JUSLINE

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

www.jusline.at