jusline®
»» Recht. Schnell

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

# TE Bvwg Erkenntnis 2018/10/2 W200 2168349-1

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 02.10.2018

**Entscheidungsdatum**

02.10.2018

**Norm**

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

**Spruch**

W200 2168349-1/11E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Scherz als Vorsitzende und durch den Richter Dr. Kuzminski sowie den fachkundigen Laienrichter Mag. Halbauer als Beisitzer über die Beschwerde von XXXX, geb. XXXX, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 11.07.2017, OB:

32760090700038, mit welchem der Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" abgewiesen wurde, zu Recht erkannt:

A)

Die Beschwerde wird gemäß §§ 42 und 47 des Bundesbehindertengesetzes,BGBl. I Nr. 283/1990, idF BGBl. I Nr. 39/2013 iVm § 1 der Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz über die Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen BGBl. II Nr. 495/2013 als unbegründet abgewiesen.

B)

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

**Text**

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

I. Verfahrensgang:

Die beschwerdeführende Partei ist im Besitz eines Behindertenpasses mit einem Grad der Behinderung von 50 vH und stellte unter Vorlage von medizinischen Unterlagen sowie eines Bescheides der PVA über die Zuerkennung von Pflegegeld der Stufe 2 am 12.01.2017 einen Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der

Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" sowie auf Ausstellung eines Ausweises gemäß § 29b Straßenverkehrsordnung (StVO).

Das vom Sozialministeriumservice eingeholte Sachverständigengutachten eines Arztes für Allgemeinmedizin vom 10.07.2017, basierend auf einer Begutachtung am 29.03.2017, ergab Folgendes:

"Anamnese:

Operationen: 1984 Leistenbruchoperation links in konventioneller Operationstechnik im Krankenhaus Korneuburg ohne Folgeschaden,

Nabelbruchoperation 1986 im Wilhelminenspital mit Erfolg,

Varizenstripping beidseits im Krankenhaus Korneuburg mit initialem Erfolg, jedoch Rezidiv, derzeit keine unmittelbare Operationsindikation,

Teilstrumektomie wegen kaltem Knoten 02/2015 Krankenhaus Floridsdorf, keine Malignitätszeichen, Substitutionstherapie bis 02/2016, seither ohne Medikation euthyreote Stoffwechsellage,

transurethralen Prostataresektion 03/2016 im KH Barm. Brüder, Folgeschaden:

Inkontinenzbeschweren, 3-maliges Vorlagenwechseln pro Tag erforderlich, wegen benigner Prostatahyperplasie Behandlung mit Aglandin 0,4,

koronare Herzkrankheit seit 3 Jahren, Zustand nach Aortenklappenersatz (biologisch) 03/2016 im AKH Wien, intraoperativer Insult mit motorische Aphasie und Vergesslichkeit, die motorische Sprachstörung hat sich zwischenzeitlich gebessert, jedoch besteht eine altersbedingte Vergesslichkeit, Schrittmacherversorgung erstmalig 2015 im St. Elisabeth Krankenhauses in 1030 Wien, Generatorwechsel 2012, chronisches Vorhofflimmern seit

2006, Medikation: Eliquis 2,5, derzeit keine Beschwerden, weitere Med.: Acemin 10 1-0-0,

Metohexal ret. 47,5 1-0-1, unter Therapie stabile Kreislaufsituation, keine signifikante Klinik,

Epilepsie seit 1995, beim letzten Sturz 1995 hat sich der Antragwerber beide Schultern gebrochen, zwischenzeitliche Medikation mit Antikonvulsivum über 3 Jahren, dann Absetzen der Therapie, in diesem Zusammenhang hat sich der Antragwerber auch das Rauchen abgewöhnt, früher bis zu 60 Zigaretten täglich geraucht, seit 1998 keinen Anfall mehr gehabt,

Diab. mell. seit Jahren, Med.: Eucreas 50/1000 1-0-1, Diamicron 30 3-0-0, unter Therapie Nüchternblutzucker: 150-180mg%, HbA1c: 6,9% lt. Bef. 01/2017, Augenbefund bland,

degenerative Veränderung der Wirbelsäule seit 1996, osteoporotische Wirbeleinbruch im Lendenwirbelsäulensegment, derzeitige Medikation Prolia 60 in halbjährlichen Abständen, letzte Osteoporosemessung im KH Barm. Brüder

akutes Nierenversagen 02/2017 mit Verpflichtung zur stationären Behandlung im Krankenhaus Floridsdorf, zwischenzeitliche Besserung, derzeitige Medikation Lasix 40 0-1-1, chronische Niereninsuffizienz seit 4 Jahren, Kreatininspiegel vor 1 Monat: 1,47mg (0,50,9mg%), nach einer Schmerzinfusion mit Voltaren durch den Hausarzt ist dieses Nierenversagen aufgetreten,

periphere arterielle Verschlusskrankheit seit 2013, Befall beider Beine, keine Ulzerationen, nur trophische Störungen,

Hyperlipidämie seit Jahren, Medikation: Simvastatin 20 0-0-1, Nik:

0, Alk: 0,

Derzeitige Beschwerden:

im Vordergrund steht die Durchblutungsstörung der Beine mit Einschränkung der Gehleistung,

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Eliquis 2,5, Metohexal ret. 47,5, Acemin 10, Eucreas 50/1000, Diamicron 30, Simvastatin 20, Ropinirol 4,

Sozialanamnese:

pensionierter Kfz-Mechaniker seit 1996 (49. Lebensjahr), Berufsunfähigkeitspension wegen osteoporotische Wirbelfraktur auf Dauer, verwitwet, eine Stieftochter, Antragwerber lebt in einer Wohnung im 1. Stock zu der 8 Stufen zu überwinden sind, Antragwerber bezieht Pflegegeldstufe 2 seit 01/2017,

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 12.5.2015/Ergebnis:

Zeichen einer manifesten Osteoporose mit Keilwirbelbildung TH 12, mäßiggradige Discopathie L4 und L5, hypertrophe Intervertebralarthrosen mit konsekutiver Neuroforamenstenose L1 und L5 rechtsseitig sowie L1 und L4 linksseitig, Fraktur im petikelnahen Anteil des Wirbelbogens L5 linksseitig,

Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 19.4.2016/Ergebnis:

offensichtlich konsolidierte, petikelnahen Fraktur L5 bei konstanter Keilwirbelbildung TH 12 wie bei manifeste Osteoporose, deutliche bis massive Spondylosis deformans und Intervertebralgelenksarthrose mit kaudal betonten Discopathien, Protrusionen L3 bis S1 mit Kontaktstrecke zu den Nervenwurzeln

ärztlicher Entlassungsbericht der Sonderkrankenanstalten Bad Tatzmannsdorf vom 30.5.2016, Diagnosen: Zustand nach biologischem Aortenklappenersatz wegen Aortenklappenstenose (KÜF: 0,7 $cm^2$), Zustand nach Mitralklappenanuloplastik wegen höhergradige Mitralinsuffizienz, Zustand nach aortocoronarem 1-Gefäßbypass (LIMA-LAD), Zustand nach Ersatz der Aorta ascendens suprakommisural mit einer Vascutekprothese, Zustand nach Resektion des linken Herzohrs am 1.3.2016, paroxysmales Vorhofflimmern, nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus, medikamentöse Therapie:

Marcoumar laut Ausweis, Ropinirol 4 0-0-1, Acemin 10 1-0-0, Eucreas 50/1000 1-0-1, Diamicron 30 3-0-0, Metohexal ret. 47,5 1-0-1, Simvastatin 20 0-0-1, Lansoprazol 30 1-0-0, Gabapentin 300 1-00, Gabapentin 600 0-0-1, Lasix 40 0-1-0, Daflon 500 0-1-1-0, Cal D Vita 0-0-1,

orthopäd. Befund des SMZ Ost vom 7.10.2016, Diagnose:

osteoporotische Wirbelkörperfraktur XII laut Computertomographie keine Vertebrostenose, klinisch keine peripheren neurologischen Ausfälle,

neurologischer Befund vom 18.11.2016, Diagnose: Claudicatio spinalis, Crampi, Verdacht auf Restless legs Syndrom, Vertigo, Schrittmacherträger, Antikoagulation, Niereninsuffizienz, bei massiven osteoporotischen Wirbelsäulen Veränderungen dürfte die belastungsabhängigen Beinschmerzen vertebrogene bedingt sein, ein Magnetresonanzbefund der Lendenwirbelsäule nicht durchführbar, da Schrittmacher Patient, klinisch jedoch Fachverdacht auf lumbale Vertebrostenose, bei massive Schmerzen würde ich auf Einstellung auf Opiate Pflaster raten, empfehle Beginn mit Durogesic 0,24 und Steigerung nach Bedarf, beim nächsten da aber bitte auch Magnesiumspiegel kontrollieren, der Patient ist in vielen Bereichen des täglichen Lebens auf fremde Hilfe angewiesen und ich empfehle Einreichung auf Pflegegeld,

internistische Arztbrief vom 18.11.2016, Diagnose: PAVK vom Beckentyp, Zustand nach aortocoronarer Bypassoperation, Zustand nach Aortenklappenersatz, Zustand nach Mitralklappen repair, Aorta ascendens repair, Zustand nach Schrittmacherimplantation, Gehbehinderung, Restless legs Syndrom, neu grandiose, Inkontinenz, Therapie: Cal D Vita 0-0-1, Spirono Kompositum 1-0-0, Acemin 10 1-0-0, Aglandin 0,4 0-0-1, Aktiferrin Kompositum 1-0-0, Allopurinol 300 0-1-0, Eucreas 50/58 1-0-1, Lansoprazol 30 1-0-0, Lasix 40 0-1-0, Marcoumar laut Pass, Metohexal ret. 47,5 1-0-0, Novomix 30 12-14-12 IL, Pregabalin 150 1-0-0-1, Ropinirol 4 0-0-1, Lactulose 76 1-0-0, Paspertin Tabl. 1-0-0-1, Tramal ret. 100 1-0-0-1,

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: guter Allgemeinzustand

Ernährungszustand: guter Ernährungszustand

Größe: 176,00 cm Gewicht: 98,00 kg Blutdruck: 130/80

Klinischer Status - Fachstatus:

Sauerstoffsättigung der Raumluft: pO2: 98 %, Puls: 85/min, keine Ruhedyspnoe

Kopf: Zähne: Prothese, Lesebrille, Sensorium frei, Nervenaustrittspunkte unauff.,

Hals: keine Einflussstauung, blande Narbe nach Teilstrumektomie, Lymphknoten o.B.,

Thorax: symmetrisch, Gynäkomastie, rechts subclaviculär Schrittmacher in situ, blande Narbe nach mediane Thorakotomie,

Herz: arrhythmisch, normal konfiguriert, Herztöne rein, keine pathologischen Geräusche,

Lunge: vesikuläres Atemgeräusch, Basen gut verschieblich, son. Klopfschall,

Wirbelsäule: endlagige Einschränkung der Rotation der Halswirbelsäule, Kinn-Jugulum-Abstand 2cm, rechtskonvexe Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule, Fingerbodenabstand

30cm, thorakaler Schober 30/32cm, Ott: 10/13cm, Hartspann der Lendenwirbelsäule,

Abdomen: weich, über Thoraxniveau, Hepar und Lien nicht palpabel, keine Resistenz tastbar, blande Narbe nach Leistenbruchoperation links in offener Operationstechnik und Nabelbruchoperation,

Nierenlager: beidseits frei,

obere Extremität: frei beweglich bis auf endlagige Elevationsstörung beider Arme, Globalfunktion und grobe Kraft beidseits erhalten, Nacken- und Kreuzgriff möglich,

untere Extremität: frei beweglich bis auf schmerzbedingte Flexionsstörung beider Hüftgelenke, 0/0/90° werden beidseits demonstriert, wegen der zu erwartenden heftigen Schmerzreaktion wird auf die Prüfung der passiven Beweglichkeit der Hüftgelenke verzichtet, krepitierendes Reiben beider Kniegelenke bei festem Bandapparat, seitengleicher Umfang beider Kniegelenke: 38,5cm, keine signifikante Involutionsatrophie der Unterschenkelmuskulatur, Umfang des rechten Unterschenkels: 36,5cm (links: 35,5cm), keine Ödeme, Gefäßzeichnung bei Zustand nach Varizenstripping beidseits ohne signifikante trophische Hautstörungen, Reflex kaum auslösbar, Babinski negativ, Zehen- und Fersengang nicht möglich, an beiden Vorfüssen werden Schutzverbände getragen um eine Clavusbildung zu verhindern,

Gesamtmobilität - Gangbild: hinkendes Gangbild, keine Gehhilfe erforderlich, Antragwerber kommt mit Rollator zur Untersuchung,

Status Psychicus: zeitlich und örtlich orientiert, ausgeglichene Stimmungslage, normale Kommunikation möglich,

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

Lfd. Nr.

Bezeichnung der körperlichen, geistigen oder sinnesbedingten Funktionseinschränkungen, welche voraussichtlich länger als sechs Monate andauern werden:

1

posttraumatische und degenerative Wirbelsäulenveränderung, Osteoporose, Zustand nach osteoporotischem Wirbeleinbruch

2

Zustand nach erfolgreichem aortocoronarem Bypass bei koronarer 1-Gefäßerkrankung, Zustand nach Rekonstruktion der Mitralklappe, Zustand nach Gefäßplastik im Bereich der Aorta, Bluthochdruck, Zustand nach Schrittmacherimplantation, permanentes Vorhofflimmern, Antikoagulationsbehandlung

3

Stammvarikositas beidseits

4

Restless legs Syndrom

5

periphere arterielle Verschlusskrankheit

nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus

[...] Dauerzustand.

1. Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel - 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?

Keine, da die anerkannten Gesundheitsschädigungen keine erhebliche Einschränkung der Mobilität zur Folge haben.

2. Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel - Liegt eine schwere Erkrankung des Immunsystems vor?

Nein, da keine erhebliche Einschränkung des Immunsystems durch objektive medizinische Befunde belegt wird.

Gutachterliche Stellungnahme:

Im Gutachten wurde festgestellt, dass bei dem AW keine höhergradige Funktionsstörung der unteren Extremitäten vorliegt. Es finden sich im klinischen Befund keine signifikanten motorischen Ausfälle. Der AW kann eine Strecke von mehr als 300 Metern zu Fuß ohne Unterbrechung, ohne überdurchschnittliche Kraftanstrengung, ohne große Schmerzen und ohne fremde Hilfe zurücklegen. Die behinderungsbedingte Notwendigkeit des hierorts verwendeten Rollators ist mit den objektivierbaren Funktionseinschränkungen nicht ausreichend begründbar. Es sind keine Behelfe erforderlich, die das Ein- und Aussteigen sowie die sichere Beförderung unter Verwendung von Haltegriffen in einem öffentlichen Verkehrsmittel wesentlich beeinträchtigen.

Ein Herzleiden, welches eine hochgradige Einschränkung der Auswurfleistung zur Folge hat und eine signifikante Belastungsstörung verursacht, kann bei der klinischen Untersuchung und aufgrund der vorliegenden Befunde nicht ermittelt werden."

Mit verfahrensgegenständlichem Bescheid des Sozialministeriumservice vom 11.07.2017 wurde der Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass abgewiesen. Begründend wurde auf das eingeholte Gutachten vom 10.07.2017 verwiesen, wonach die Voraussetzungen für die Zusatzeintragung nicht vorlägen.

Mit Bescheid des Sozialministeriumservice vom 13.07.2017 wurde der Antrag auf Ausstellung eines Parkausweises gemäß § 29b StVO abgewiesen. Die Nichtausstellung des Parkausweises wurde damit begründet, dass der Behindertenpass des Beschwerdeführers über keine Zusatzeintragung der Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel verfüge, was wiederum Voraussetzung für die Ausfolgung eines Parkausweises sei. Dieser Bescheid wurde nicht bekämpft.

Im Rahmen der fristgerecht gegen den Bescheid vom 11.07.2017 erhobenen Beschwerde wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass das vom Sozialministeriumservice eingeholte Gutachten den beigebrachten Befunden der Internistin, des Neurologen sowie auch der begutachtenden Ärztin der PVA in jeglicher Hinsicht widerspreche. Selbständiges Gehen sei fast ausschließlich mit dem Rollator möglich. Überdies sei die nächste Haltestelle eines Verkehrsmittels (Bus) 350m entfernt. Der Beschwerde war ein Befund eines Facharztes für Neurologie und Psychiatrie vom 28.07.2017 beigeschlossen.

Das Bundesverwaltungsgericht holte in weiterer Folge ein Gutachten einer Ärztin für Allgemeinmedizin, Fachärztin für Unfallchirurgie vom 03.12.2017 ein, welches Folgendes ergab:

"[...] Vorgeschichte: Operationen: zweimal Krampfadernoperation, Leistenbruchoperation, Arthroskopie linkes Kniegelenk mit Meniskusteilresektion.

Herzklappenoperationen: 3 biologische Klappen, Bypass, Schrittmacherimplantation.

Diabetes mellitus seit 1996, aktuell insulinpflichtig. TUR

Wirbelkörperkompressionsfraktur Th12, Keilwirbelbildung Th7/8, Fraktur L5, Zustand nach Humerusfraktur beidseits, Zustand nach Radiusfraktur bds., Zustand nach Serienrippenfraktur

Zwischenanamnese seit 29.03.2017:

Keine Operationen, kein stationärer Aufenthalt.

Befunde:

Abl. 64/4, Befund Dr. XXXX, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie vom 28. 7. 2017 (Claudicatio spinalis, Krämpfe, Verdacht auf RLS, Vertigo, PM, Antikoagulation Niereninsuffizienz.)

Abl. 23, CT der LWS vom 12. 5. 2015 (manifeste Osteoporose, Keilwirbel Th12, Discopathie L4 und 5, Neuroforamenstenosen der LWS, Fraktur Wirbelbogen L5)

Abl. 24, CT der LWS vom 19. 4. 2016 (konsolidierte Fraktur L5, Keilwirbel Th12 bei manifester Osteoporose, Protrusionen L3 bis S1)

Abl. 25, CT Angiografie der Becken-Beinarterien vom 19. 4. 2016 (70 %ige Stenosierung im Bereich der A.iliaca externa beidseits, multiple Plaqueablagerungen mit hochgradiger Stenosierung im Bereich der A. iliaca communis beidseits, durchgängige Konstrastierung bis in die Fußgefäße)

Abl. 26-36, Entlassungsbericht RZ Bad Tatzmannsdorf vom 30. 5. 2016 (biologischer Aortenklappenersatz bei Stenose, Mitralklappenplastik wegen Ml, aortokoronarer einfach- Bypass, Ersatz der A. ascendens mit Prothese, Resektion des linken Herzohrs, paroxysmales Vorhofflimmern, nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus)

Abl. 37, Befund Orthopädische Abteilung SMZ Ost vom 17. 6. 2016 (Osteoporose, Th12 Fraktur, keine neurologischen Ausfälle, keine Vertebrostenose. Mieder)

Abl. 39,40, Befund Dr. XXXX, Facharzt für Innere Medizin vom 18. 11. 2016 (pAVK vom Beckentyp, Zustand nach ACBP und Aortenklappenersatz, Mitralklappenringoperation, Aorta ascendens Reparation, Schrittmacherimplantation, Gehbehinderung, Restless legs Syndrom, Leukariose, Inkontinenz)

Nachgereichte Befunde, es gilt die Neuerungsbeschränkung:

Labor vom 12. 9. 2017 (HbA1c 7,2 %, Nüchternglukose 189 mg/dl, Kreatinin 1,5 mg/dl, GFR 45 ml/min)

Bericht Dr. XXXX, Facharzt für Orthopädie vom 3. 10. 2017 (Impressionsfraktur LWK5, Th7/8, Th12 mit Keilwirbel Th7/8, Th12, Lumboischialgie beidseits, rezidivierende Lumboischialgie bei multiplen Wirbelkörperfrakturen. Seit mehr als 20 Jahren in ambulanter Betreuung. Aufgrund multipler Frakturen hat sich Zustand im letzten Jahr deutlich verschlechtert, kann derzeit nicht mehr als 30 m selbstständig gehen)

Befund Dr. XXXX, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie vom 20. 10. 2017 (Claudicatio spinalis, Krämpfe, Verdacht auf RLS, Vertigo, PM, Antikoagulation, Niereninsuffizienz, Depressio. Tramadolor, da Opiate nicht vertragen werden. Gehen nur einige wenige Meter möglich, dann wegen Schmerzen Schwäche der Beine, Niedersetzen erforderlich. Durch ausgeprägte Claudicatio spinalis die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nicht möglich) Medikamentenplan vom 31. 8. 2017, Dr. XXXX, Fachärztin für Innere Medizin

Sozialanamnese: verwitwet, eine Stieftochter, lebt in Wohnung im Erdgeschoss, 8 Stufen Berufsanamnese: Pensionist, Mechaniker, XXXX

Medikamente: Acemin, Aglandin, Aktiferrin, Allopurinol, Cal-D-Vita, Concor, Eliquis, Januvia, Lansoprazol, Lasix, Novomix 50 Flexpen 14/20/16 IE, Pregabalin, Ropinirol, Simvastatin, Paspertin, Laktulose, Hydal retard 2 mg 2x 1, bei Bedarf 2x2, Hydal 1,3 mg bis zu 6x bei Bedarf

Laufende Therapie bei Hausarzt Dr. XXXX, XXXX, Facharzt für Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie.

Derzeitige Beschwerden:

‚Schmerzen habe ich vor allem in der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in die Hüftgelenke beidseits, Gefühlsstörungen im Bereich des linken Beins vom Knie innenseitig bis über das Sprunggelenk über den Fußrücken bis zur Großzehe, Gefühlsstörungen auch im Bereich der Fußsohlen, im Bereich der Zehen, links mehr als rechts, brennendes Gefühl, Kribbeln, habe eine Polyneuropathie. Krämpfe in den Beinen. Gehe in der Wohnung etwa 15 m ohne Gehhilfe, teilweise mit Anhalten, außer Haus gehe ich immer mit Rollator, kann nur 30 m gehen, dann muss ich mich auf den Rollator setzen und ein bisserl eine Pause machen. Straßenbahnfahren oder Busfahren ist nicht möglich, da ich mit dem Rollator nicht einsteigen kann. Das linke Bein lässt immer wieder aus, bin schon öfters gestürzt.

Autofahren ist selber möglich. Ohne Auto bin ich erledigt. Atemnot habe ich beim Schuhe zu binden, oder wenn ich 8 Stufen gehe. Eine Versteifung der Lendenwirbelsäule ist nicht möglich, da ein MRT notwendig wäre und das Durchführen dieser Untersuchung wegen des Schrittmachers nicht möglich ist.'

STATUS:

Allgemeinzustand gut, Ernährungszustand sehr gut.

Größe 178 cm, Gewicht 98 kg, RR 140/80

Caput/Collum: klinisch unauffälliges Hör- und Sehvermögen

Thorax: Schrittmacher rechts pektoral, symmetrisch, elastisch, Narbe Sternum median 15 cm.

Atemexkursion seitengleich, sonorer Klopfschall, VA. HAT rein, rhythmisch, 2. Herzton gespalten.

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.

Sämtliche 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 endlagig eingeschränkt, links mehr als rechts, durchführbar.

Becken und beide unteren Extremitäten:

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

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

Die Beinachse ist im Lot. Symmetrische Muskelverhältnisse.

Beinlänge ident.

Die Durchblutung ist ungestört, geringgradige distale Unterschenkelödeme beidseits, beidseits Varizen, die Sensibilität wird im Bereich des linken Unterschenkels, Kniegelenk medial abwärts bis über den Fußrücken zur Großzehe, im Bereich beider Zehen und im Bereich beider Fußsohlen als gestört angegeben. Die Beschwielung ist in etwa seitengleich. Hüftgelenke, Kniegelenke unauffällig.

Sprunggelenke: mäßige Umfangsvermehrung, distale Unterschenkelödeme, Druckschmerzen, geringgradige Strukturvergröberung

Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

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

Das Abheben der gestreckten unteren Extremität ist beidseits bis 40° bei KG 5 möglich.

Wirbelsäule:

Schultergürtel und Becken stehen horizontal, in etwa im Lot, verstärkte Kyphose der BWS und Streckhaltung der LWS, sonst regelrechte Krümmungsverhältnisse. Die Rückenmuskulatur ist symmetrisch ausgebildet. Deutlich Hartspann paralumbal. Klopfschmerz über der unteren BWS und unteren LWS, ISG und Ischiadicusdruckpunkte sind frei.

Aktive Beweglichkeit:

HWS: in allen Ebenen endlagig eingeschränkt beweglich

BWS/LWS: FBA: 30 cm, Rotation und Seitneigen zur Hälfte eingeschränkt

Lasegue bds. negativ, Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft auslösbar.

Gesamtmobilität - Gangbild:

Kommt selbständig gehend mit Halbschuhen mit Rollator in Begleitung, das Gangbild barfuß im Untersuchungszimmer ohne Gehhilfe leicht vorgeneigt, mäßige Verkürzung der Schrittlänge, etwas breitspurig, teilweise etwas unsicher, Wendemanöver ohne Anhalten möglich.

Das Aus- und Ankleiden wird zum Teil selbstständig, zum Teil im Stehen durchgeführt. Gesamtmobilität ist etwas verlangsamt, insgesamt ausreichend sicher.

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

STELLUNGNAHME:

ad 1) Diagnosenliste

1) Posttraumatische und degenerative Wirbelsäulenveränderungen, Osteoporose, Zustand nach osteoporotischen Wirbeleinbrüchen Th12, LWK 5, Th7/8

2) Koronare Herzkrankheit, Zustand nach aorto-koronarem Bypass, Rekonstruktion der Mitralklappe, Zustand nach Gefäßplastik im Bereich der Aorta, Bluthochdruck, Herzschrittmacher, Vorhofflimmern

3) Stammvarikositas beidseits

4) Restless legs Syndrom

5) Periphere arterielle Verschlusskrankheit

6) Diabetes mellitus, insulinpflichtig

ad 2) In welchem Ausmaß liegen die angeführten Leidenszustände vor und wie wirken sich diese auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel aus?

Die posttraumatischen und degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit osteoporotischen Wirbeleinbrüchen führen zu keiner hochgradigen Einschränkung der Beweglichkeit. Bei der klinischen Untersuchung konnte eine ausreichende und weitgehend sichere Gesamtmobilität ohne Nachweis eines neurologischen Defizits festgestellt werden.

Bei Zustand nach operativen Eingriffen im Bereich der Herzkranzgefäße und der Herzklappen, implantiertem Herzschrittmacher und Rhythmusstörung konnte kein Nachweis einer höhergradigen Herzleistungsschwäche erbracht werden, klinisch kein Hinweis für Dekompensation vorliegend.

Die Krampfadern führen zu keiner maßgeblichen Einschränkung des Bewegungsumfangs der angrenzenden Gelenke. Restless legs Syndrom führt zu keiner maßgeblichen Gangbildbeeinträchtigung.

Eine periphere arterielle Verschlusskrankheit in einem Ausmaß, welches die Gehstrecke maßgeblich einschränken würde, liegt nicht vor, peripher konnte eine gute Durchblutung festgestellt werden.

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus mit nachgewiesenen, für die Fragestellung relevanten Folgeschäden liegt nicht vor, kein Nachweis einer diabetischen Polyneuropathie mit motorischen Störungen.

ad 3) Liegen erhebliche Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit vor?

Nein. Ein entsprechender Nachweis einer erheblichen Einschränkung mit aktuellen Befunden liegt nicht vor. In Abl. 34, Ergometrie vom 23.5.2016, konnte zwar eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit festgestellt werden, in der Echokardiographie vom 28.4.2016, Abl.30, ist eine geringgradig eingeschränkte systolische Funktion, EF 53 %, dokumentiert, eine kardiale Dekompensation mit entsprechender klinischer Symptomatik ist nicht feststellbar.

ad 4) Liegen erhebliche Einschränkungen der Funktionen der unteren Extremitäten vor?

Nein. Im Bereich der Hüft- und Kniegelenke konnten keine Funktionseinschränkungen festgestellt werden. Geringgradige Funktionseinschränkungen im Bereich der Sprunggelenke führen jedoch nicht zu einer maßgeblichen Gehleistungsminderung oder Gangbildbeeinträchtigung. Das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke von 300-400 m und

das Überwinden von Niveauunterschieden ist zumutbar und möglich, insgesamt ausreichend sichere Gesamtmobilität, Trittsicherheit ist nicht wesentlich beeinträchtigt

Stellungnahme zu Schmerzen und deren Auswirkungen auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel, insbesondere das Gehen.

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

Anhand des beobachteten Gangbilds unter derzeitiger Therapie mit Hydal mit etwas breitspurigem und verlangsamtem Gehen ohne Gehhilfe und ausreichend sicherer Gesamtmobilität, und des aktuellen Untersuchungsergebnisses mit ausreichender Beweglichkeit sämtlicher Gelenke der unteren Extremitäten ergibt sich kein Hinweis auf höhergradige Schmerzzustände, welche das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke von etwa 300-400 m das Überwinden von Niveauunterschieden und das Benützen öffentlicher Verkehrsmittel verunmöglichten.

Der Zustand nach osteoporotischen Wirbeleinbrüchen führt zwar zu einer schmerzbedingten Gangbildbeeinträchtigung und Gehleistungsminderung, nicht jedoch in einem Ausmaß, dass -unter analgetischer Therapie- das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke und das Überwinden von Niveauunterschieden bzw. der Transport im öffentlichen Verkehrsmittel maßgeblich beeinträchtigt wären, es konnte eine ausreichend sichere Gesamtmobilität festgestellt werden.

ad 5) Liegen erhebliche Einschränkungen psychischer, neurologischer oder intellektueller Funktionen vor?

Nein. Das Restless-Legs Syndrom führt zu keiner relevanten Gangbildbeeinträchtigung.

ad 6) Liegt eine hochgradige Immunschwäche vor?

Nein.

Ad 7) Begründung einer eventuell vom bisherigen Ergebnis (AS 45-51) abweichenden Beurteilung.

Keine abweichende Beurteilung.

Ad 8) Eine Nachuntersuchung ist nicht erforderlich."

Im gewährten Parteiengehör gab der Beschwerdeführer zum übermittelten Gutachten eine Stellungnahme ab, in der er mitteilte, dass seine Befunde bestätigen würden, dass er maximal 30m selbständig, meist aber nur mit Rollator, gehen könne. Das eingeholte Sachverständigengutachten mute ihm eine Strecke von 350m zu, was aber nicht zutreffe. Überdies sei nicht berücksichtigt worden, dass er inkontinent sei. Er sei auch mit Einlagen bei den Untersuchungen gewesen und müsse sie immer tragen. Des Weiteren sei nicht berücksichtigt worden, dass er Insulinpatient sei. Die angegebenen Untersuchungen "Einbeinstand ohne Anhalten" bzw. "tiefe Hocke" seien nicht durchgeführt worden und seien diese gar nicht ausführbar.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1. Feststellungen:

1.1. Der Beschwerdeführer ist im Besitz eines Behindertenpasses mit einem Gesamtgrad der Behinderung in der Höhe von 50 von Hundert.

1.2. Dem Beschwerdeführer ist die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel zumutbar.

1.2.1. Art und Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigungen:

Allgemeinmedizinischer Status:

Caput/Collum: klinisch unauffälliges Hör- und Sehvermögen.

Thorax: Schrittmacher rechts pektoral, symmetrisch, elastisch, Narbe Sternum median 15cm.

Atemexkursion seitengleich, sonorer Klopfschall, VA. HAT rein, rhythmisch, 2. Herzton gespalten.

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. Sämtliche 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 ist sicher möglich, Zehenballengang und Fersengang beidseits mit Anhalten und bds. ohne Einsinken durchführbar. Der Einbeinstand ist ohne Anhalten möglich. Die tiefe Hocke ist angedeutet möglich. Die Beinachse ist im Lot. Symmetrische Muskelverhältnisse. Beinlänge ident. Die Durchblutung ist ungestört, geringgradige distale Unterschenkelödeme beidseits, beidseits Varizen, die Sensibilität wird im Bereich des linken Unterschenkels, Kniegelenk medial abwärts bis über den Fußrücken zur Großzehe, im Bereich beider Zehen und im Bereich beider Fußsohlen als gestört angegeben. Die Beschwielung ist in etwa seitengleich. Hüftgelenke, Kniegelenke unauffällig.

Sprunggelenke: mäßige Umfangsvermehrung, distale Unterschenkelödeme, Druckschmerzen, geringgradige Strukturvergröberung. Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

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

Das Abheben der gestreckten unteren Extremität ist beidseits bis 40° bei KG 5 möglich.

Wirbelsäule:

Schultergürtel und Becken stehen horizontal, in etwa im Lot, verstärkte Kyphose der BWS und Streckhaltung der LWS, sonst regelrechte Krümmungsverhältnisse. Die Rückenmuskulatur ist symmetrisch ausgebildet. Deutlich Hartspann paralumbal. Klopfschmerz über der unteren BWS und unteren LWS, ISG und Ischiadicusdruckpunkte sind frei.

Aktive Beweglichkeit:

HWS: in allen Ebenen endlagig eingeschränkt beweglich.

BWS/LWS: FBA: 30 cm, Rotation und Seitneigen zur Hälfte eingeschränkt, Lasegue bds. negativ, Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft auslösbar.

Gesamtmobilität - Gangbild: Kommt selbständig gehend mit Halbschuhen mit Rollator in Begleitung, das Gangbild barfuß im Untersuchungszimmer ohne Gehhilfe leicht vorgeneigt, mäßige Verkürzung der Schrittlänge, etwas breitspurig, teilweise etwas unsicher, Wendemanöver ohne Anhalten möglich.

Das Aus- und Ankleiden wird zum Teil selbstständig, zum Teil im Stehen durchgeführt. Gesamtmobilität ist etwas verlangsamt, insgesamt ausreichend sicher.

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

Funktionseinschränkungen:

Posttraumatische und degenerative Wirbelsäulenveränderungen, Osteoporose, Zustand nach osteoporotischen Wirbeleinbrüchen Th12, LWK 5, Th7/8. Koronare Herzkrankheit, Zustand nach aorto-koronarem Bypass, Rekonstruktion der Mitralklappe, Zustand nach Gefäßplastik im Bereich der Aorta, Bluthochdruck, Herzschrittmacher, Vorhofflimmern. Stammvarikositas beidseits. Restless-Legs-Syndrom. Periphere arterielle Verschlusskrankheit. Diabetes mellitus, insulinpflichtig.

1.2.2. Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigung auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel:

Es liegen zwar posttraumatische und degenerative Wirbelsäulenveränderungen mit osteoporotischen Wirbeleinbrüchen vor, jedoch führen diese zu keiner hochgradigen Einschränkung der Beweglichkeit. Der Zustand führt zwar zu einer schmerzbedingten Gangbildbeeinträchtigung und Gehleistungsminderung, nicht jedoch in einem Ausmaß, dass -unter analgetischer Therapie- das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke und das Überwinden von Niveauunterschieden bzw. der Transport im öffentlichen Verkehrsmittel maßgeblich beeinträchtigt wären. Es liegt auch

ein Zustand nach operativen Eingriffen im Bereich der Herzkranzgefäße und der Herzklappen, implantiertem Herzschrittmacher und Rhythmusstörung vor, jedoch besteht von cardialer Seite keine maßgebliche Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit. Die überdies vorliegenden Krampfandern führen zu keiner maßgeblichen Einschränkung des Bewegungsumfanges der angrenzenden Gelenke. Das Restless-Legs-Syndrom führt zu keiner maßgeblichen Gangbildbeeinträchtigung. Trotz peripherer arterieller Verschlusskrankheit liegt peripher eine gute Durchblutung vor. Ebenso liegt keine Einschränkung durch den insulinpflichtigen Diabetes mellitus vor, da kein Nachweis einer diabetischen Polyneuropathie mit motorischen Störungen vorhanden ist.

Die festgestellten Funktionseinschränkungen wirken sich nicht in erheblichem Ausmaß negativ auf die Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel aus. Es besteht keine erhebliche Einschränkung der Mobilität durch die festgestellten Funktionseinschränkungen.

Das jeweilige Ausmaß der Leiden kann eine erhebliche Einschränkung der Mobilität nicht begründen. Der Beschwerdeführer kann sich im öffentlichen Raum selbständig fortbewegen und eine kurze Wegstrecke (ca. 300 - 400 m), allenfalls unter Verwendung einer einfachen Gehhilfe, aus eigener Kraft und ohne fremde Hilfe ohne Unterbrechung zurücklegen. Die körperliche Belastbarkeit ist ausreichend vorhanden, sodass die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel zumutbar ist.

Das Festhalten beim Ein- und Aussteigen ist möglich, der Transport in öffentlichen Verkehrsmitteln ist daher gesichert durchführbar. Die Geh-, Steh- und Steigfähigkeit des Beschwerdeführers sowie die Möglichkeit Haltegriffe zu erreichen und sich festzuhalten sind ausreichend.

Beim Beschwerdeführer liegen auch keine maßgebenden Einschränkungen psychischer, neurologischer oder intellektueller Fähigkeiten oder der Sinnesfunktionen vor, die das Zurücklegen einer angemessenen Wegstrecke, das Ein- und Aussteigen oder die Beförderung in einem öffentlichen Verkehrsmittel beeinträchtigen. Insbesondere führt auch das Restless-Legs-Syndrom zu keiner relevanten Gangbildbeeinträchtigung.

Es ist auch keine schwere anhaltende Erkrankung des Immunsystems vorhanden.

2. Beweiswürdigung:

Zur Klärung des Sachverhaltes war von der belangten Behörde ein Sachverständigengutachten eines Arztes für Allgemeinmedizin vom 10.07.2017 eingeholt worden. Im vorzitierten Gutachten wurde der Zustand des Beschwerdeführers im Detail dargelegt und kein Hindernis für die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel festgestellt. Die festgestellten Leiden führen laut Gutachten nachvollziehbar nicht zu Funktionsbeeinträchtigungen der oberen und unteren Extremitäten, die die Mobilität erheblich und dauerhaft einschränken sowie zu keiner erheblichen Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit bzw. einer Sinnesbeeinträchtigung. Demnach liegt auch kein Herzleiden vor, das eine hochgradige Einschränkung der Auswurfleistung zur Folge hätte und eine signifikante Belastungsstörung verursache. Es sind weder die Gehleistung noch die Beweglichkeit maßgeblich eingeschränkt und sind das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke, das Ein- und Aussteigen sowie die sichere Benützung öffentlicher Verkehrsmittel zumutbar und gewährleistet. Die behinderungsbedingte Notwendigkeit des verwendeten Rollators ist dem Gutachten zufolge nicht nachvollziehbar.

In dem - aufgrund des vorliegenden Beschwerdevorbringens - vom BVwG in Auftrag gegebenen Gutachten der Ärztin für Allgemeinmedizin, Fachärztin für Unfallchirurgie vom 03.12.2017 ist unter Beachtung sämtlicher bis dahin vorgelegter Befunde darüber hinaus ausführlich dargelegt worden, dass die posttraumatischen und degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit osteoporotischen Wirbelbrüchen zu keiner hochgradigen Einschränkung der Beweglichkeit führen. Bei der klinischen Untersuchung konnte demnach eine ausreichende und weitgehend sichere Gesamtmobilität ohne Nachweis eines neurologischen Defizits festgestellt werden. Bei Zustand nach operativen Eingriffen im Bereich der Herzkranzgefäße und der Herzklappen, implantiertem Herzschrittmacher und Thythmusstörung konnte kein Nachweis einer höhergradigen Herzleistungsschwäche erbracht werden. Klinisch ergab sich kein Hinweis für eine Dekompensation. Die Krampfadern führen laut Gutachten nachvollziehbar zu keiner maßgeblichen Einschränkung des Bewegungsumfangs der angrenzenden Gelenke. Das Restless-Legs-Syndrom führt zu keiner maßgeblichen Gangbildbeeinträchtigung. Eine periphere arterielle Verschlusskrankheit in einem derartigen Ausmaß, dass die Gehstrecke maßgeblich eingeschränkt wäre, liegt ebenso nicht vor. Ganz im Gegenteil konnte peripher eine gute Durchblutung festgestellt werden. Insulinpflichtiger Diabetes mellitus mit nachgewiesenen, für die Fragestellung relevanten Folgeschäden liegt nicht vor. Ebenso ergab sich kein Hinweis einer diabetischen

Polyneuropathie mit motorischen Störungen.

Die Gutachterin hält des Weiteren ausdrücklich fest, dass keine erheblichen Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit vorliegen. Sie hält fest, dass zwar eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit und eine geringgradig eingeschränkte systolische Funktion, EF 53%, festgestellt werden konnten, eine kardiale Dekompensation mit entsprechender klinischer Symptomatik liegt jedoch nicht vor.

Überdies hält sie fest, dass keine erheblichen Einschränkungen der Funktionen der unteren Extremitäten vorliegen. Im Bereich der Hüft- und Kniegelenke konnten keine Funktionseinschränkungen festgestellt werden. Geringgradige Funktionseinschränkungen im Bereich der Sprunggelenke führen nachvollziehbar nicht zu einer maßgeblichen Gehleistungsminderung oder Gangbildbeeinträchtigung, sodass das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke von 300-400m und das Überwinden von Niveauunterschieden zumutbar und möglich sind. Insgesamt liegt eine ausreichend sichere Gesamtmobilität vor. Die Trittsicherheit ist nicht wesentlich beeinträchtigt.

Die Sachverständige hält dem Beschwerdevorbringen, wonach der Beschwerdeführer nur mit Rollator und keinesfalls 300m zurücklegen könne, schlüssig entgegen, dass sich anhand des beobachteten Gangbilds unter derzeitiger Therapie mit Hydal mit etwas breitspurigem und verlangsamtem Gehen ohne Gehhilfe und ausreichend sicherer Gesamtmobilität, und anhand des Untersuchungsergebnisses mit ausreichender Beweglichkeit sämtlicher Gelenke der unteren Extremitäten kein Hinweis auf höhergradige Schmerzzustände ergibt, die das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke von etwa 300-400m, das Überwinden von Niveauunterschieden sowie das Benützen öffentlicher Verkehrsmittel verunmöglichen würden. Der Zustand nach osteoporotischen Wirbeleinbrüchen führt zwar zu einer schmerzbedingten Gangbildbeeinträchtigung und Gehleistungsminderung, nicht jedoch in einem Ausmaß, dass - unter analgetischer Therapie - das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke und das Überwinden von Niveauunterschieden bzw. der Transport im öffentlichen Verkehrsmittel maßgeblich beeinträchtigt wären. Es konnte demnach eine ausreichend sichere Gesamtmobilität festgestellt werden.

Die Sachverständige hält auch schlüssig fest, dass keine erheblichen Einschränkungen psychischer, neurologischer oder intellektueller Funktionen vorliegen. Das Restless-Legs-Syndrom führt zu keiner relevanten funktionellen Gangbildbeeinträchtigung. Ebenso liegt keine hochgradige Immunschwäche vor.

Zusammenfassend ergibt sich daher, dass ein sicherer Transport gegeben ist. Es liegen keine erheblichen Einschränkungen körperlicher Belastbarkeit bzw. psychischer, neurologischer oder intellektueller Fähigkeiten vor und auch keine schwere Erkrankung des Immunsystems.

Eine erhebliche Funktionsbeeinträchtigung der unteren Extremitäten kann der erkennende Senat somit unter Zugrundelegung der schlüssigen ärztlichen Gutachten beim Beschwerdeführer nicht erkennen, sondern weist das Verhalten des Beschwerdeführers unter Zugrundelegung der vorgelegten Unterlagen sowie des auf der fachärztlichen Untersuchung basierenden Status auf ein Übersteigern der Beschwerden hin - zB verwendet der Beschwerdeführer ohne Notwendigkeit einen Rollator.

Auf Basis dieser Feststellung ist auch die Stellungnahme des Beschwerdeführers zum Parteiengehör nicht geeignet, eine andere Einschätzung herbeizuführen. So gab der Beschwerdeführer abermals an, dass ihm seine Ärzte bescheinigt hätten, dass er maximal 30m gehen könne. Dazu ist festzuhalten, dass die vom BVwG beauftrage Gutachterin alle Befunde, auch diejenigen, die der Beschwerdeführer bei der Untersuchung vorgelegt hatte, in ihre Beurteilung miteinbezogen sowie beurteilt hat, jedoch - übereinstimmend zum vom SMS eingeholten Gutachten - nachvollziehbar zu einem anderen Ergebnis kommt. Der Beschwerdeführer bringt überdies vor, dass nicht beachtet worden sei, dass er Insulinpatient sei. Dieses Vorbringen kann jedoch nicht nachvollzogen werden, zumal die vom BVwG beauftragte Gutachterin ihrer Beurteilung sehr wohl den insulinpflichtigen Diabetes mellitus zugrunde legt, jedoch klarstellt, dass keine für die Fragestellung relevanten Folgeschäden und kein Nachweis einer diabetischen Polyneuropathie mit motorischen Störungen vorliegen. Auch hinsichtlich des Vorbringens, wonach der Beschwerdeführer inkontinent sei, ist festzuhalten, dass eine derart schwerwiegende Durchfallsneigung oder Harn-/Stuhlinkontinenz, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung bei der Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel führen könnte, aus den eingeholten Gutachten (die Krankheiten des Beschwerdeführers waren bereits anlässlich der Untersuchung bekannt) nicht hervorgeht. Überdies hat der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde bzw. dem

Parteiengehör keinerlei Befunde hierüber vorgelegt. Dass die angegebenen Untersuchungen "Einbeinstand ohne Anhalten" bzw. "tiefe Hocke" nicht durchgeführt worden seien, ist ebenso wenig nachvollziehbar, zumal die Gutachterin ausdrücklich festhält, dass der Einbeinstand ohne Anhalten und die tiefe Hocke angedeutet möglich sind.

In den eingeholten ärztlichen Sachverständigengutachten wird auf den Zustand des Beschwerdeführers ausführlich, schlüssig und widerspruchsfrei eingegangen. Für das Bundesverwaltungsgericht ergibt sich somit ein nachvollziehbares Bild des Zustandes des Beschwerdeführers. Der Beschwerdeführer ist den eingeholten ärztlichen Sachverständigengutachten, welche zum gleichen Ergebnis gelangen, nicht auf gleicher fachlicher Ebene ausreichend konkret entgegengetreten. Anhaltspunkte für eine Befangenheit der Sachverständigen liegen nicht vor.

Seitens des Bundesverwaltungsgerichtes bestehen in Gesamtbetrachtung keine Zweifel an der Richtigkeit, Vollständigkeit und Schlüssigkeit der von der belangten Behörde und vom BVwG eingeholten Sachverständigengutachten. Diese werden daher in freier Beweiswürdigung der gegenständlichen Entscheidung zu Grunde gelegt.

3. Rechtliche Beurteilung:

Gemäß § 45 Abs. 3 BBG hat in Verfahren auf Ausstellung eines Behindertenpasses, auf Vornahme von Zusatzeintragungen oder auf Einschätzung des Grades der Behinderung die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts durch den Senat zu erfolgen. Gegenständlich liegt somit Senatszuständigkeit vor.

Zu A)

Anträge auf Ausstellung eines Behindertenpasses, auf Vornahme einer Zusatzeintragung oder auf Einschätzung des Grades der Behinderung sind unter Anschluss der erforderlichen Nachweise bei dem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen einzubringen (§ 45 Abs. 1 BBG).

Ein Bescheid ist nur dann zu erteilen, wenn einem Antrag gemäß Abs. 1 nicht stattgegeben oder der Pass eingezogen wird (§ 45 Abs. 2 BBG).

Zur Frage der Unzumutbarkeit der Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel:

Gemäß § 1 Abs. 2 Z. 3 der Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz über die Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen BGBl. II Nr. 495/2013 ist die Feststellung, dass dem Inhaber/der Inhaberin des Passes die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung nicht zumutbar ist, einzutragen; die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel ist insbesondere dann nicht zumutbar, wenn das 36. Lebensmonat vollendet ist und

-

erhebliche Einschränkungen der Funktionen der unteren Extremitäten oder

-

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

© 2025 JUSLINE

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

www.jusline.at