jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Bvwg Erkenntnis 2019/1/22 W217 2172210-1

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 22.01.2019

Entscheidungsdatum

22.01.2019

Norm

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

Spruch

W217 2172210-1/18E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Julia STIEFELMEYER als Vorsitzende und die Richterin Mag. Ulrike LECHNER L.L.M, sowie die fachkundige Laienrichterin Verena KNOGLER BA, MA als Beisitzerinnen über die Beschwerde von XXXX , geb. XXXX , vertreten durch Dr. Friedrich J. Reif-Breitwieser, Rechtsanwalt, gegen die Beschwerdevorentscheidung des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen, Landesstelle Wien, vom 08.09.2017, OB: XXXX , betreffend die Abweisung des Antrages auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass, zu Recht erkannt:

A)

Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen.

B)

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

Text

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

I. Verfahrensgang:

1. Herr XXXX (in der Folge: BF) beantragte mit am 20.06.2017 eingelangten Antrag beim Sozialministeriumservice (in der Folge: belangte Behörde) die Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass.

2. Im von der belangten Behörde zuvor eingeholten medizinischen Sachverständigengutachten vom 21.04.2017, basierend auf der persönlichen Untersuchung des BF, wurde von Dr. XXXX , Arzt für Allgemeinmedizin, im Wesentlichen Folgendes ausgeführt:

"(...)

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

Lfd. Nr.

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

Pos.Nr.

Gdb %

1

Zustand nach Unterschenkelamputation rechts 07/2016

02.05.44

50

2

Zustand nach aortocoronarem 3-fach Bypass und Stent der rechten Kranzarterie 2005 unterer Rahmensatz, da ohne klinischen Hinweis auf maßgebliche Einschränkung der kardiorespiratorischen Leistungsbreite.

05.05.02

30

3

Funktionseinschränkung in der Wirbelsäule, Zustand nach operativen Eingriff oberer Rahmensatz, da funktionelle Einschränkung vor allem bei Drehbewegung lumbal, bei insgesamt jedoch lediglich endlagiger Funktionseinschränkung.

02.01.01

20

Gesamtgrad der Behinderung 50 v. H.

X 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. Unter Berücksichtigung der im Rahmen der Untersuchung festgestellten Defizite, insbesonders Zustand nach Unterschenkelamputation rechts (prothetisch versorgt) und Zustand nach Interventionen im Bereich des Herzens (ohne klinischen Hinweis auf wesentliche cardiorespiratorische Leistungseinschränkung), mit erhaltener Kraft der übrigen Extremitäten, sind weder die Gehleistung noch die Beweglichkeit der Arme maßgeblich eingeschränkt, sodass da Zurücklegen kurzer Wegstrecken, das Ein/Aussteigen sowie die sichere Beförderung in öffentlichen Verkehrsmitteln möglich ist.

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

Nein"

2. Mit Bescheid vom 27.06.2017 hat die belangte Behörde den Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass abgewiesen.

Beweiswürdigend wurde ausgeführt, dass ein ärztliches Sachverständigengutachten eingeholt worden sei, welches ergeben habe, dass die Voraussetzungen für die Zusatzeintragung nicht vorliegen würden.

3. In seiner Beschwerde vom 07.08.2017 führte der BF aus, dass bei ihm eine Unterschenkelamputation vorliege sowie eine Zehenamputation

IV links. Diese Amputation sei auf die vorliegende periphere arterielle Verschlusserkrankung zurückzuführen, die bereits einer Stentimplantation unterzogen worden sei. Weiters habe sich der BF mehrfach Operationen im Lendenwirbelsäulenbereich unterziehen müssen, wobei hier Osteosynthesematerial implantiert worden sei. Schließlich leide der BF an einem Vorhofflimmern, einer Aortenklappensklerose und einem Zustand nach Aorto coronarer Bypassoperation. Er könne nicht frei stehen. Selbst bei angelegter Prothese und zwei Unterarmstützkrücken sei es ihm maximal für 3 Minuten möglich zu stehen. Es sei ihm unmöglich, selbst eine kurze Wegstrecke von 300-400 m aus eigener Kraft und ohne fremde Hilfe zurückzulegen. Dies habe auch der Sachverständige Dr. XXXX in seinem Gutachten vom 10.04.2017 festgestellt und dem BF den Pflegebedarf bei der Mobilitätshilfe im weiteren Sinne zuerkannt. Auch der Transport in einem öffentlichen Verkehrsmittel sei für den BF nicht sicher, da er sowohl Schwierigkeiten beim Stehen als auch bei der Sitzplatzsuche und bei notwendig werdenden Fortbewegungen im Verkehrsmittel während der Fahrt habe. Ebenfalls leide der BF an einem relativ hohen Körpergewicht, was seine körperliche Belastbarkeit nochmals einschränke.

4. Der bereits befasste Arzt für Allgemeinmedizin führt in seiner hierauf von der belangten Behörde eingeholten Stellungnahme vom 05.09.2017 Folgendes aus:

"Antwort(en):

Aufgrund der anlässlich der Begutachtung objektivierten funktionellen Einschränkungen, vor allem einer erfolgreich intervenierten koronaren Herzkrankheit ohne klinischen Hinweis auf maßgebliche Einschränkung der kardiologischen Leistungsbreite, sowie einem Zustand nach Amputation des rechten Unterschenkels mit prothetischer Versorgung, ist die Kraft und die Beweglichkeit in den oberen Extremitäten und im linken Bein ausreichend erhalten, sodass die Gehleistung nicht maßgeblich eingeschränkt ist und das Zurücklegen kurzer Wegstrecken, das Ein/Aussteigen sowie die sichere Beförderung in einem öffentlichen Verkehrsmittel unter Berücksichtigung der beim üblichen Betrieb dieses Verkehrsmittels angegebenen Bedingungen gewährleistet ist. Im Gutachten von Dr. XXXX vom 20.3.2017 sind zwar funktionelle Einschränkungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates beschrieben, diese jedoch nicht in einem Ausmaß, welches das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke, das Ein/Aussteigen sowie die sichere Beförderung in einem öffentlichen Verkehrsmittel erheblich erschweren müssten."

5. Mit Beschwerdevorentscheidung vom 08.09.2017, OB: XXXX , wurde die Beschwerde des BF abgewiesen.

Hierauf beantragte der BF fristgerecht die Vorlage an das Bundesverwaltungsgericht und führte aus, dass bei ordnungsgemäßer Würdigung der orthopädischen und internistischen Erkrankungen die belangte Behörde feststellen hätte müssen, dass in Zusammenschau sämtlicher Erkrankungen die Voraussetzungen für die beantragte Zusatzeintragung vorliegen würden.

6. Die gegenständliche Beschwerde und der Bezug habende Verwaltungsakt langten beim Bundesverwaltungsgericht am 03.10.2017 ein.

7. In der Folge holte das Bundesverwaltungsgericht weitere Sachverständigengutachten, basierend auf der persönlichen Untersuchung des BF, ein.

7.1. Dr. XXXX , Facharzt für Innere Medizin, führt in seinem internistischen Sachverständigengutachten vom 16.01.2018, basierend auf der persönlichen Untersuchung des BF, Folgendes aus:

"Sachverhalt:

Der Beschwerdeführer erscheint in Begleitung seiner Ehefrau.

Der Beschwerdeführer wurde zuletzt am 29.03.2017 untersucht, Diagnosen Aktenblatt 2 Rückseite, vidiert von Herrn Dr. XXXX , damals wurde festgestellt:

Z. n. Unterschenkelamputation rechts 07/2016, Z. n. aortokoronarem Dreifachbypass und Stent der rechten Kranzarterie 2005 sowie Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule bei Z. n. operativem Eingriff.

Zusammenfassende Anamnese:

AE vor Jahren, 2x Wirbelsäulen-OP.

Jahrelanges Herzleiden und Gefäßleiden, bereits 1999 wurde an der Universitätsklinik für Thoraxchirurgie eine aortokoronare Bypass-OP durchgeführt, 2005 hat er einen weiteren Stent an der RCA erhalten. Außerdem jahrelange PAVK, Unterschenkelamputation rechts im Juli 2016, er gibt aber an, auch mit dem verbliebenen Bein Beschwerden zu haben.

Er geht mit 2 Unterarmstützkrücken und der Prothese.

Aktuelle Medikation, physikalische Behandlung und andere Maßnahmen:

Nexium, Ezetrol, Sortis, Valsartan, Spirobene, Allopurinol, Marcoumar

Ergänzung der Anamnese durch mitgebrachte Spitalsberichte, Röntgen- und Laborbefunde:

11.-13.06.2017, XXXX , V. Medizinische Abteilung, Aufnahme zur geplanten Koronarangiografie bei bekannter KHK bei asymptomatischem Patienten. Kardiale Anamnese: KHK, Bypass-OP 1999, RCA-Stent 2005, Aortenklappensklerose, Vorhofflimmern unter Marcoumar mit Z. n. Cardioversion 2007, inzipiente CAVK, chronische Niereninsuffizienz, Steatosis hepatis, Z. n. Unterschenkelamputation rechts 07/2016, Z. n. TVT, Z. n. Lendenwirbelsäulenverplattung, Ektasie der Aorta aszendens 43 mm, exulceriertes Melanom (am Rücken, wurde 2017 entfernt, anscheinend mit gutem Verlauf).

Die aktuelle Koronarangiografie zeigte einen gegenüber 2013 im Wesentlichen unveränderten Befund mit verkalktem Hauptstamm Ostium und distaler Hauptstamm (wahrscheinlich ist Hauptstamm-Stenose gemeint) ohne Wirksamkeit, wirksame proximale LAD-Stenose und höhergradige Abgangstenose des 1. diagonalen Astes, exzellente Funktion des LIMA-Bypasses, bekannter Verschluss der Venen-Bypässe ad Ramus intermedius, wirksame Stenose der proximalen CX und Verschluss nach Abgabe des dünn kalibrierten, bekannt verschlossenem Venenbypass ad maginalem Ast der CX. Schönes Langzeitergebnis der RCA-Stents mit deutlichen Wandunregelmäßigkeiten ohne Wirksamkeit.

Ein konservatives weiteres Vorgehen wurde empfohlen.

Im beiliegenden Laborbefund leicht eingeschränkte Nierenfunktion, Kreatinin 1,45, EGF 44, bei normalem BUN, Leberenzymmuster, TSH normal, Thrombozytenzahl auf 97.000 vermindert, allerdings nur eine Messung vorhanden.

Untersuchungsbefund (klinisch-physikalischer Status):

Allgemeinzustand gut, Ernährungszustand gut, 190 cm, 107 kg, höchstes Gewicht war 115 kg

Knochenbau: normal, Haut und Schleimhäute: unauffällig

Lymphknoten nicht tastbar

Augen: isokor, prompte Lichtreaktion

Zunge: normal, Zähne: Teilersatz

Hals: unauffällig, Schilddrüse nicht tastbar, Pulse vorhanden, keine Gefäßgeräusche, Venen nicht gestaut

Thorax: symmetrisch, mäßig elastisch, mediane Sklerotomienarbe, Narben am Rücken nach Operationen wie beschrieben

Lunge: vesikuläres Atemgeräusch mit ausreichender Basenverschieblichkeit

Herz: absolute Arrhythmie, systolisches Geräusch über der Aortenklappe bei bekannter Sklerose mit erhaltenen Herztönen

RR 125/85, Frequenz 80/Min. arrhythmisch

Abdomen: adipös, sonst unauffällig

Leber und Milz nicht abgrenzbar

Rektal nicht untersucht, Nierenlager frei

Extremitäten: Arme normal, Z. n. Unterschenkelamputation rechts, am linken Bein Zeichen der chronisch venösen Insuffizienz, eine schon monatelang nicht verheilte offene Stelle nach Verletzung am linken Außenknöchel. Fußpulse

nicht tastbar, jedoch keine sonstigen Hinweise auf arterielle Durchblutungsstörung des verbliebenen linken Beines.

Gangbild, Gelenksstatus und Wirbelsäule: siehe orthopädisches Gutachten

Beurteilung und Beantwortung der im nicht nummerierten Schreiben des Bundesverwaltungsgerichtes vom 06.10.2017 gestellten Fragen

Frage B 1:

Im internistischen Fachbereich ist die Leistungsfähigkeit wohl eingeschränkt, die genannten Anforderungen können jedoch bewältigt werden. Therapeutische Optionen sind vorhanden und werden genützt.

Frage B 2:

Diagnosen:

koronare Herzkrankheit mit Zustand nach Bypass-OP und Stent-Implantationen

Vorhofflimmern, deswegen Antikoagulation

mäßig eingeschränkte Nierenfunktion

milde Thrombopenie

Ektasie der Aorta ascendens

chronisch venöse Insuffizienz mit einer nicht heilenden Wunde.

Frage B 3:

Keine, die internistisch zu begründen wären.

Frage B 4:

Die körperliche Leistungsfähigkeit ist durch das Herzleiden eingeschränkt, die zur Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel erforderliche Leistungsfähigkeit ist aber gegeben.

Frage B 5:

Diese Frage betrifft nicht das internistische Fachgebiet.

Frage B 6:

Beantwortung betreffend das Herzleiden wie B4, ansonsten orthopädisch zu beurteilen.

Frage B 8:

Die Diagnosenliste wurde anhand der beigebrachten Befunde erweitert, eine in der Fragestellung relevante Änderung ergibt sich daraus aber nicht.

Frage B 9:

Eine Nachuntersuchung ist nicht erforderlich."

7.2. Dr. XXXX , Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, führt in seinem Sachverständigengutachten vom 07.03.2018 Folgendes aus:

"(...)

ANAMNESE:

seit dem letzten SVGA keine Operationen oder Unfälle; Ulcus li Aussenknöchel (lt. Pflegeplan 1cm DM);

DERZEITIGE BESCHWERDEN:

Ich habe Schmerzen in der Lendenwirbelsäule zur li Hüfte ausstrahlend, auch Schmerzen im linken Knie; Phantomschmerzen habe ich nicht;

Gefühlsstörungen: Kribbeln li UE

Lähmungen: keine

Gehleistung: ca. 500m

Stufensteigen: Halbstock (12 Stufen)

VAS (visuelle Analogskala): 4,5

BEHANDLUNGEN / MEDIKAMENTE / HILFSMITTEL:

B: Infiltrationen li Knie und LWS

M: Novalgin 500mg; Trental 400mg; Allopurinol 100mg; Spirobene 50mg;

Marcoumar; Nexium 20mg; Sortis 40mg; Ezetrol 10mg; Valsartan 40mg;

HM: 2 UASK, US-Prothese re

SOZIALANAMNESE:

Familie: verheiratet

Beruf / Arbeit: Pension

Wohnung: Halbstock mit 12 Stufen, kein Lift

ZUSAMMENFASSUNG RELEVANTER BEFUNDE (INKL DATUMSANGABE):

Vom AS / BF zur Untersuchung mitgebrachte Befunde:

2017/10: KA XXXX , Ambulanzkarte 2. med. Abt: Dg: Z.n. Exstirpation eines exulcerierten Melanoms, St.p. RCA Stent, Aortenklappensklerose, Hypercholesterinämie, Hyperurikämie, paroxismales VH-Flimmern, St.p. TVT, chron. Niereninsuffizienz, Z.n. US-Amp. re, Z.n. LWS-Verplattung, Z.n. Amp. 4. Zehe li;

2017/10: XXXX , MRA Becken-Beinarterien: minimale Gefäßwandunregelmäßigkeiten li Art. fem. comm und der AFS;

UNTERSUCHUNGSBEFUND:

Allgemeinzustand: gut Ernährungszustand: gut

Größe: 190 cm Gewicht: 105kg Blutdruck: 120/60

Klinischer Status - Fachstatus:

Hörvermögen: beeinträchtigt;

Sehvermögen: beeinträchtigt; Kontaktlinsen

Zehenballen- und Fersenstand: links angedeutet durchführbar; re nicht möglich

Einbeinstand: beidseits angedeutet durchführbar;

Finger-Boden-Abstand: Kniehöhe

A) CAPUT/COLLUM: unauffällig;

THORAX: unauffällig;

Atemexkursion: 4cm

ABDOMEN: kein Druckschmerz, klinisch unauffällig;

B) WIRBELSÄULE:

Im Lot;

Schulter- und Beckengeradstand;

Druckschmerz: nein; Klopfschmerz: diffus LWS; Stauchungsschmerz:

nein;

Halswirbelsäule: in allen Ebenen ein Drittel eingeschränkt, Kinn-Jugulum-Abstand 2,0cm, Myogelosen und Hartspan des Trapezius beidseits

Brustwirbelsäule: Ott 30/32cm, Rippenbuckel: nein

Lendenwirbelsäule: Schober 10/11cm, Seitneigung minimal, Lendenwulst nein; Insuffizienz der Rückenmuskulatur; 18cm lange, blande Narbe von S1 nach poximal;

C) OBERE EXTREMITÄTEN:

Rechtshänder

Nacken- und Kreuzgriff beidseits nicht eingeschränkt;

muskuläre Verhältnisse schlaff;

Durchblutung unauffällig;

Faustschluss, Grob- und Spitzgriff beidseits unauffällig;

Schulter: rechts links normal

Ante-/Retroflexion 150 0 40 150 0 40 160 0 40

Außen-/Innenrotation 40 0 80 40 0 80 50 0 90

Abduktion/Adduktion 150 0 40 150 0 40 160 0 40

Ellbogen: rechts links normal

Extension/Flexion 0 0 140 0 0 140 10 0 150

Pronation/Supination 80 0 80 80 0 80 90 0 90

Handgelenk: rechts links normal

Extension/Flexion 50 0 50 50 0 50 60 0 60

Radial-/Ulnarduktion 30 0 30 30 0 30 30 0 40

Fingergelenke: beidseits frei und schmerzfrei beweglich

NEUROLOGIE obere Extremitäten:

Kraftgrad: 5

Sehnenreflexe: beidseits untermittellebhaft;

Sensibilität: ungestört;

Tinnel-Hoffmann-Zeichen: re + positiv; li negativ;

D) UNTERE EXTREMITÄTEN:

Varusstellung: 15 Grad

Hüftgelenke: rechts links normal

Druckschmerz nein nein nein Extension/Flexion 0 0 100 0 0 100 15 0 130

Abduktion/Adduktion 30 0 30 30 0 30 35 0 30

Aussen-/Innenrotation 25 0 25 30 0 30 35 0 35

Oberschenkel:

rechts: unauffällig; links: unauffällig; Umfang: seitengleich

Kniegelenke: rechts links normal

Druckschmerz nein Med ++ nein

Extension/Flexion 0 0 110 0 0 110 5 0 130

Erguss nein nein nein

Rötung nein nein nein

Hyperthermie nein nein nein

Retropatell. Symptomatik nein ++ nein

Zohlen-Zeichen negativ negativ negativ

Bandinstabilität nein nein nein

Kondylenabstand: 4 QF Unterschenkel:

rechts: Z.n. Amp. am Übergang prox.-mittl. Drittel, Stumpflänge 15cm, Umfang 38cm, blande Narbe distal quer verlaufend, mäßige WT-Deckung;

links: postthrombotische Veränderungen

oberes Sprunggelenk: rechts Links normal

Extension/Flexion 20 0 40 25 0 45

Bandstabilität Nein nein

unteres Sprunggelenk: rechts Links normal

Eversion/Inversion 10 0 20 15 0 30

Erguss Nein nein

Hyperthermie/Rötung Nein nein

Malleolenabstand: 2 QF

Linker Aussenknöchel: Verband wegen Ulcus

Zehengelenke:

Beweglichkeit: kleine Gelenke links eingeschränkt, dig III li Verband wegen Ulcus;

DURCHBLUTUNG: Makro- und Mikrozirkulation links herabgesetzt

NEUROLOGIE untere Extremitäten:

Lasegue: negativ; Bragard: negativ;

Kraftgrad: 4-5

Sehnenreflexe: links untermittellebhaft auslösbar; re PSR nicht auslösbar

Sensibilität: strumpfförmige Hypästhesie li US

BEINLÄNGE:

seitengleich;

GESAMTMOBILITÄT - GANGBILD:

Hilfsmittel: 2 UASK; US-Prothese rechts mit Hart- und Weichwandschaft und ICE-ROSS-Innenköcher seit ca. 1 Jahr (Fa. XXXX), Paßform gut, deutliche Gebrauchsspuren;

Schuhwerk: feste HS

Anhalten: erforderlich beim Aufstehen / Stehen

An- und Auskleiden im Stehen: mit geringer Hilfe durchführbar

Transfer zur Untersuchungsliege/Wendebewegungen: selbständig

Hocke: beidseits angedeutet durchführbar

Gangbild: symmetrisch, raumgreifend, geringes Schonhinken rechts

Schrittlänge: 1 SL

STATUS PSYCHICUS:

zeitlich und örtlich orientiert; kommunikativ; kooperativ

kein Hinweis auf relevante psychische Störung

ERGEBNIS DER DURCHGEFÜHRTEN FACHÄRZTLICH-ORTHOPÄDISCH EN

BEGUTACHTUNG, BEANTWORTUNG DER FRAGEN UND ZUSAMMENFASSUNG MIT DEM

INTERNEN GUTACHTEN:

ad A.1) Liegen die Voraussetzungen für die Zusatzeintragung "Dem Inhaber/der Inhaberin des Passes ist die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung nicht zumutbar" vor?

Bei dem Beschwerdeführer liegen aus fachärztlich-orthopädischer Sicht keine behinderungsrelevanten Funktionseinschränkungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates vor, die die selbständige Fortbewegung im öffentlichen Raum sowie den sicheren, gefährdungsfreien Transport im öffentlichen Verkehrsmittel erheblich einschränken.

Aus orthopädischer Sicht ist eine ausreichende Gehstrecke von 300-400 Metern aus eigener Kraft und ohne fremde Hilfe bewältigbar und zuzumuten.

Eine Therapierefraktion hinsichtlich der angegebenen Beschwerden ist nicht gegeben, da durch eine konservative Therapie (Medikamente, Infiltrationen, Infusionen) und/oder einen Kuraufenthalt eine Beschwerdeerleichterung erreicht werden kann.

Aus dem Sachverständigengutachten Dr. XXXX : "im internistischen Fachbereich ist die Leistungsfähigkeit wohl eingeschränkt, die genannten Anforderungen können jedoch bewältigt werden. Therapeutische Optionen sind vorhanden und werden genützt."

ad A.2) Diagnoseliste (Zusammenfassung Orthopädie und Interne):

-

Koronare Herzkrankheit mit Zustand nach Bypass-Operation und Stent- Implantationen

-

Vorhofflimmern, deswegen Antikoagulation

-

milde Thrombopenie

-

Ektasie der Aorta ascendens

-

chronisch venöse Insuffizienz

-

chronische Niereninsuffizienz

-

PAVK IV linke untere Extremität

-

Zustand nach Exstirpation eines exulcerierten Melanoms

-

Aortenklappensklerose

-

Hypercholesterinämie

-

Hyperurikämie

-

Status post TVT (tiefe Venenthrombose)

-

Zustand nach Verplattung der Lendenwirbelsäule

-

Zustand nach Amputation 4. Zehe links

-

Zustand nach Unterschenkelamputation rechts

Für den orthopädischen Bereich besteht bei dem Zustand nach Unterschenkelamputation rechts mit passender prothetischer Versorgung und dem Zustand nach Verplattung der Lendenwirbelsäule ohne relevante sensomotorische Defizite keine erhebliche Auswirkung auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel.

Eine orthopädische Beurteilung der internen Diagnosen in Bezug auf das Ausmaß der angeführten Leidenszustände und deren Auswirkungen auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wäre fachfremd, es muß daher auf das internistische Gutachten verwiesen werden.

ad A.3) Stellungnahme zur Art und dem Ausmaß der von dem BF angegebenen Beeinträchtigungen sowie deren Auswirkungen auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel:

In der Anamnese gibt der Beschwerdeführer eine Gehleistung ca. bis 500m aus eigener Kraft und ohne fremde Hilfe an. Das Gangbild zeigt sich symmetrisch, raumgreifend und mit geringem Schonhinken rechts. Es ist daher davon auszugehen, daß eine Gehstrecke von 300-400m für den BF zuzumuten und bewältigbar ist.

Trotz des Zustandes nach Unterschenkelamputation mit passender prothetischer Versorgung, dem Zustand nach Verplattung der Lendenwirbelsäule und der peripheren arteriellen Verschlußkrankheit der linken unteren Extremität bestehen keine behinderungsrelevanten Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates, die die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel erheblich erschweren.

Das Ein- und Aussteigen in ein öffentliches Verkehrsmittel, sowie das Bewältigen von Niveauunterschieden oder Hindernissen, die Sitzplatzsuche und die notwendige Fortbewegung innerhalb eines öffentlichen Verkehrsmittels kann, wenn erforderlich im Nachstellschritt, bewältigt werden, da an den großen Gelenken beider unterer Extremitäten keine behinderungsrelevanten Funktionseinschränkungen vorliegen.

Die Verwendung von Hilfsmitteln zum Gehen (Gehstock oder Krücke) erhöht die Stabilität, stellt keine erhebliche Erschwernis bei der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel dar und ist somit zuzumuten.

Aus internistischer Sicht ist die körperliche Leistungsfähigkeit durch das Herzleiden eingeschränkt, die zur Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel erforderliche Leistungsfähigkeit ist aber gegeben.

Aus den angeführten Gründen und der ausreichend erhaltenen selbständigen Gehfähigkeit und Orientierungsmöglichkeit ist daher aus fachärztlich-orthopädischer und internistischer Sicht eine erhebliche Erschwernis bei der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nicht objektivierbar.

ad A.4) Liegen erhebliche Einschränkungen der Funktionen der unteren oder oberen Extremitäten vor?

Außer den anerkannten, auch die Schmerzzustände berücksichtigenden Funktionseinschränkungen liegen aus fachärztlich-orthopädischer Sicht keine erheblichen behinderungsrelevanten Funktionseinschränkungen der unteren Extremitäten vor.

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

ad A.5) Stellungnahme zu den Einwendungen des Beschwerdeführers und vorgelegten medizinischen Beweismitteln (Abl. 11-12; Abl. 8-10):

Abl. 11-12 (2017/08, Beschwerdevorbringen) und Abl. 8-10 (2017/03, Sachverständigengutachten Dr. XXXX): die

Vorbringungen in der Beschwerde bezüglich des eingeschränkten Steh- und Gehvermögens können anamnestisch und bei der jetzigen Untersuchung nicht nachvollzogen werden. Im Gutachten von Dr. XXXX werden die notwendigen Hilfestellungen (zum Beispiel "Personenhilfe" ohne nähere Ausführung), aber keine relevanten Funktionseinschränkungen bezüglich einer erheblichen Erschwernis bei der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel beschrieben. Ein erhöhtes Körpergewicht kann durch geeignete Maßnahmen gesenkt werden und ist kein Hindernis für die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel.

ad A.6) Begründung einer eventuell vom bisherigen Ergebnis abweichenden Beurteilung:

Abl. 1-3, SV-Gutachten Dr. XXXX : Gegenüber dem bisherigen Ergebnis gibt es aus orthopädischer und internistischer Sicht keine abweichende Beurteilung.

Abl. 18, Stellungnahme Dr. XXXX : Gegenüber dieser Stellungnahme gibt es aus orthopädischer und internistischer Sicht keine abweichende Beurteilung.

ad A.7) Feststellung ob bzw. wann eine ärztliche Nachuntersuchung erforderlich ist:

Aus orthopädischer und internistischer Sicht ist eine ärztliche Nachuntersuchung nicht erforderlich."

8. Mit Schriftsatz vom 19.03.2018 übermittelte das Bundesverwaltungsgericht dem BF die beiden oben genannten Sachverständigengutachten zur Kenntnis und allfälliger Stellungnahme binnen zweier Wochen.

Hierzu führte der BF in seiner Stellungnahme vom 29.03.2018 aus, dass er seit Jahren an einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit leide und ihm als Folge im Juli 2016 der Unterschenkel rechts amputiert worden sei. Auch am linken Bein bestehe nach wie vor eine arterielle Durchblutungsstörung. Der orthopädische Sachverständige führe in seinem Gutachten unter dem Punkt "Diagnoseliste" an, dass eine periphere arterielle Verschlusskrankheit, PAVK IV linke untere Extremität, vorliege. Eine arterielle Verschlusskrankheit ab II/B rechtfertige jedenfalls die beantragte Zusatzeintragung gemäß den Erläuterungen zur Verwaltungsgerichtsbarkeitsnovelle 2012, BGBl. I Nr. 51/2012, in denen die Erkrankungen angeführt würden, bei denen jedenfalls eine Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel vorliege. Ferner bestehe sehr wohl eine gegenseitige negative Leidensbeeinflussung. In Zusammenschau mit allen Gesundheitsschädigungen sei es dem BF keinesfalls möglich, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen.

9. In seiner Stellungnahme vom 15.06.2018 führt Dr. XXXX , Facharzt für Innere Medizin, zu den Einwendungen des BF Folgendes aus:

"Beurteilung

Die im zusammenfassenden Gutachten enthaltene Diagnose arterielle Verschlusskrankheit Stadium IV kann nicht aus meinem internistischen Gutachten vom 16.01.2018 abgeleitet werden; auch im Bericht der Krankenanstalt XXXX , 2. medizinische Abteilung, vom 02.10.2017 scheint dieser Begriff nicht unter Diagnose nicht auf, sondern lediglich im Dekurs und als Zuweisungsdiagnose zu einer MRA der Becken-Beinarterien, welche dann am 25.10.2017 durchgeführt wurde. Das Ergebnis dieser Untersuchung (Aktenseite 42) sprechen eher gegen eine fortgeschrittene arterielle Verschlusskrankheit, können diese aber nicht ausschließen.

Die Fragen werden daher wie folgt beantwortet:

Frage 1:

Die klinischen Stadien IIA und B sowie III sind ausschließlich durch die Angaben des Patienten definiert (Länge der Gehstrecke, Schmerzangaben), wobei diese Symptomatik dann mit objektiven Untersuchungen weiter abzuklären ist. Das Stadium IV ist gekennzeichnet durch Gewebsuntergang, der Folge einer arteriellen Verschlusskrankheit und nicht einer anderen Ursache ist. Dieser Eindruck hat im Zuge meiner Untersuchung nicht bestanden, der Beschwerdeführer hat auch keine Befunde oder sonstigen Unterlagen betreffend den Zeitraum Oktober 2017 bis Jänner 2018 vorgelegt, welche eine PAVK IV belegen.

Frage 2:

Multifaktorielle Behandlung: medikamentös, Bewegungsübungen, interventionelle Radiologie, Gefäßchirurgie.

Diese Angabe ist eine allgemeine - konkrete Empfehlungen können mangels ausreichender Befunde von objektiven Untersuchungen im konkreten Fall nicht gegeben werden, sind aber zumindest teilweise auch durch einen Facharzt für Gefäßchirurgie zu geben.

Frage 3:

Soweit das keine chirurgischen Maßnahmen betrifft, sind diese zumutbar, da die Einhaltung der Empfehlungen nur günstige Folgen haben kann.

Soweit dies chirurgische Maßnahmen betrifft, ist die Frage an einen Facharzt für Gefäßchirurgie zu richten.

Eine abweichende Beurteilung der bisherigen Einschätzung ist nicht gegeben.

Wie oben ausgeführt, haben zum Zeitpunkt der Einstellung des internistischen Gutachtens keine Umstände und Untersuchungsbefunde vorgelegen, die eine PAVK IV belegen.

Das orthopädische Gutachten wurde am 28.02.2018 erstellt; möglicherweise hat sich der klinische Zustand verschlechtert, oder es liegen neue, zum Zeitpunkt der Erstellung meines Gutachtens am 16.01.2018 noch nicht bekannte Verlaufsbefunde vor."

10. Zu dieser Stellungnahme Stellung nehmend führt der BF aus, dass aus der Beantwortung der Fragen durch den Gutachter Dr. XXXX hervorgehe, dass diese Fragen auch an einen Facharzt für Gefäßchirurgie zu richten seien. Aus diesem Grund stelle der BF die Anträge, das Bundesverwaltungsgericht möge einen Facharzt für Gefäßchirurgie als Sachverständigen beiziehen, eine mündliche Verhandlung durchführen und der Beschwerde Folge geben.

11. Die hierauf befasste medizinische Sachverständige, Mag. DDr.

XXXX , Arzt für Allgemeinmedizin, FA für Unfallchirurgie, führt in ihrem Sachverständigengutachten aufgrund der Aktenlage vom 27.09.2019 Folgendes aus:

"(...) Ersucht wird um Stellungnahme, ob bei dem BF gegenwärtig eine arterielle Verschlusskrankheit ab IIb bei fehlender therapeutischer Option bzw. eine pAVK IV vorliegt und welche therapeutischen Optionsmöglichkeiten bestehen.

Befunde und Untersuchungsergebnisse:

In Abl. 42, CE MRA der Becken/Beinarterien vom 25.10.2017, wird bei Verdacht auf PAVK IV links eine kräftige Darstellung der Gefäße bis zum Unterschenkel festgestellt, dann serielle Stenosen.

Rechts bei Zustand nach Unterschenkelamputation keine Auffälligkeiten.

In Abl. 44 wird im Ambulanzbericht der 2. medizinische Abteilung Krankenanstalt XXXX in der Diagnosenliste pAVK IV links seit 05/2017 angeführt.

In Abl. 48a wird in der Diagnosenliste des orthopädischen Gutachtens pAVK IV linke untere Extremität angeführt. Dem orthopädischen Status ist zu entnehmen, dass im Bereich des linken Außenknöchels ein Verband wegen Ulcus angelegt ist, im Bereich der dritten Zehe links ist ebenfalls ein Verband wegen Ulcus angelegt.

Bei der klinischen Untersuchung vom 16.1.2018 konnte im Bereich des linken Beins ein Ulcus nach Verletzung am linken Außenknöchel festgestellt werden und Zeichen der chronisch venösen Insuffizienz. Die Fußpulse waren nicht tastbar, es konnten jedoch keine sonstigen Hinweise auf eine arterielle Durchblutungsstörung des verbliebenen linken Beins bei Zustand nach Unterschenkelamputation rechts festgestellt werden.

Bei der klinischen Untersuchung vom 28. 2. 2018 konnte eine herabgesetzte Makro-und Mikrozirkulation links festgestellt werden (Abl. 49).

STELLUNGNAHME:

Liegt gegenwärtig eine arterielle Verschlusskrankheit ab IIb bei fehlender therapeutischer Option bzw. eine pAVK IV vor?

In Zusammenschau sämtlicher klinischer Angaben, der Ergebnisse der klinischen Untersuchungen und der vorgelegten Gefäßuntersuchung liegt kein gesicherter Hinweis für eine pAVK IIb bzw. pAVK IV vor.

Weder ist die angegebene Gehstrecke maßgeblich eingeschränkt (Abl. 51 RS, angegebene Gehleistung ca. 500 m, Stufensteigen zum Halbstock: 12 Stufen), noch konnte anhand der klinischen Begutachtung ein Hinweis auf eine relevante arterielle Durchblutungsstörung festgestellt werden.

Der Befund der Magnetresonanzangiographie vom 25.10.2017 dokumentiert minimale Gefäßwandsunregelmäßigkeiten links bis zum Unterschenkel, Gefäße kräftig dargestellt, dann serielle Stenosen. Das Ausmaß der Stenosen wird in dem Befund nicht beschrieben.

Es ist jedoch festzuhalten, dass bei kräftiger Gefässdarstellung bis in den Unterschenkel und ohne klinischen Nachweis relevanter arterieller Durchblutungsstörungen keine höhergradige Stenose anzunehmen ist. Jedenfalls liegen keine Befunde, die eine höhergradige Stenose dokumentierten, vor, auch liegt kein angiologischer Bericht über einen Interventionsbedarf vor.

PAVK IV wurde als Zuweisungsdiagnose zur MRA der Becken/Beinarterien vom 25.10.2017 angeführt und stellt eine Verdachtsdiagnose, also keine gesicherte Diagnose, dar.

In Abl. 44 wird im Ambulanzbericht der 2. medizinische Abteilung Krankenanstalt XXXX in der Diagnosenliste pAVK IV links seit 05/2017 angeführt, es handelt sich um einen Dekurs ohne objektivierbaren Nachweis einer hochgradigen Durchblutungsstörung.

In Abl. 48a wird in der Diagnosenliste des orthopädischen Gutachtens "pAVK IV linke untere Extremität" angeführt. Diese Diagnose findet sich jedoch nicht im internistischen Gutachten vom 15.6.2018 und ist nicht durch entsprechende Befunde untermauert.

Dem orthopädischen Status vom 28.2.2018, Abl. 50 RS, ist zu entnehmen, dass im Bereich des linken Außenknöchels ein Verband wegen Ulcus angelegt ist, im Bereich der dritten Zehe links ist ebenfalls ein Verband wegen Ulcus angelegt.

Es konnte jedoch kein Nachweis erbracht werden, dass es sich hier um Nekroseareale bei pAVK handelt. Bei chronisch venöser Insuffizienz und Zustand nach Verletzung ist nicht von einem pAVK-bedingten Nekroseareal auszugehen. Das Ulkus im Bereich der dritten Zehe links wird nicht beschrieben, eine Zuordnung nicht möglich.

Es wird nochmals festgehalten, dass in Zusammenschau sämtlicher vorliegender Befunde und Untersuchungsergebnisse kein Nachweis einer maßgeblichen Durchblutungsstörung der linken unteren Extremität vorliegt.

Welche therapeutischen Optionsmöglichkeiten bestehen?

Auf Therapieoptionen wurde bereits im Facharztgutachten Dr. XXXX , Abl. 68, ausführlich eingegangen. Grundsätzlich sind multifaktorielle Behandlungsmöglichkeiten gegeben -medikamentös konservativ, interventionell radiologisch wie PTA (perkutane transluminale Angioplastie, Gefäßerweiterung), eventuell mit Stent-Implantation, gefäßchirurgisch mit Bypassimplantation.

Sämtliche nicht gefäßchirurgischen Methoden sind zumutbar und führen zu einer maßgeblichen Verbesserung der Durchblutung.

Eine interventionsbedürftige Durchblutungsstörung der linken unteren Extremität ist jedoch anhand entsprechender Dokumente nicht belegt."

12. Mit Schriftsatz vom 23.11.2018 übermittelte das Bundesverwaltungsgericht dem BF das Sachverständigengutachten zur Kenntnis und allfälliger Stellungnahme binnen zweier Wochen. Nach Gewährung einer Fristerstreckung verstrich die Frist ungenützt.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1. Feststellungen:

Der BF ist seit 16.11.2016 Inhaber eines Behindertenpasses mit einem festgestellten Grad der Behinderung von 50 %.

Am 20.06.2017 langte bei der belangten Behörde der gegenständliche Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass ein.

Die Voraussetzungen für die Vornahme der Zusatzeintragung "Dem Inhaber des Passes ist die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung nicht zumutbar" in den Behindertenpass liegen nicht vor.

Der BF ist österreichischer Staatsangehöriger und hat seinen Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt im österreichischen Bundesgebiet.

Beim BF liegen kei

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

© 2025 JUSLINE
JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.
www.jusline.at