jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Bvwg Erkenntnis 2019/4/25 W200 2200885-1

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 25.04.2019

Entscheidungsdatum

25.04.2019

Norm

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

Spruch

W200 2200885-1/9E

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 , vertreten durch KOBV - Der Behindertenverband für Wien, NÖ & Bgld., Lange Gasse 53, 1080 Wien, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 11.06.2018, OB:

73128117500038, mit dem der Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass 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 stellte unter Vorlage von medizinischen Unterlagen am 31.10.2017 einen Antrag auf Neufestsetzung des Grades der Behinderung im Behindertenpasses sowie auf Vornahme der Zusatzeintragung

"Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung".

Das vom Sozialministeriumservice eingeholte Sachverständigengutachten eines Facharztes für Innere Medizin vom 07.03.2018, basierend auf einer Begutachtung am 16.01.2018, ergab Folgendes:

"Anamnese:

Siehe auch Vorgutachten vom 23.02.2009:

1. Dilatative Cardiomyopathie 330 60% 2. Diabetes mellitus Typ II 383 20 %

Stellungnahme betreffend beantragter, jedoch nicht festgestellter Leiden:

Die Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit beträgt somit sechzig vom Hundert (60 v. H.), weil keine ungünstige wechselseitige Leidensbeeinflussung vorliegt.

Derzeitige Beschwerden:

Der Zustand des Antragswerbers hat sich in mehrfacher Hinsicht verschlechtert, es ist in der Zwischenzeit zur terminalen Niereninsuffizienz gekommen, seit November 2017 wird er im Wilhelminenspital 3-mal pro Woche der Hämodialysebehandlung unterzogen.

Er berichtet, dass sich auch das Herz verschlechtert habe. Es mussten 2 weitere Stents implantiert werden.

Außerdem hat er Beschwerden mit den Gelenken, besonders mit dem linken Knie. Dort ist ein Meniskusschaden festgestellt worden, der bis dato nicht saniert werden konnte. Er geht derzeit mit 2 Unterarmstützkrücken, kann lediglich wenige Schritte machen.

Die Diabetesbehandlung wird seit etwa einem Jahr mit Insulin durchgeführt, er ist derzeit im Wilhelminenspital aufgenommen.

Zur Untersuchung mit dem Taxi angereist.

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

ThromboASS, Pantoloc, Carvedilol, Baypress, Doxazosin, Moxonibene, Loniten, Lasix, Trajenta, Repaglinid, Urosin, Sortis, Etalpha, Mimpara, Oleovit, Renvela, Magnosolv, Insulin Insulatard abends

Sozialanamnese:

In der Hausbetreuung tätig, nach seinen Worten zuletzt noch vor 2 Monaten.

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

2017-07 Nephrologie, Dr. XXXX , Wilhelminenspital Wien 2, stationärer Aufenthalt vom 09.07.2017 bis 11.07.2017 an der Abteilung, 6.Med.Station DNord: Aufnahmegrund:

Elektive Coronarangiographie zur NTX-Vorbereitung bei reversiblem Speicherdefekt apikal sowie apikoseptal in der Myocardszintigraphie am 24.04.17.

Diagnosen bei Entlassung:

CKD: G4 A3 (Diabet. Nephropathie)

2/16 a/c NV unter Parkemed

12/16 ANV 12/16 (?post Diarrhoe), Krea max 4,7 ->4,0

4/17 Diarrhoe (ev. Phosphonorm - indiziert?) -> Krea 4 -> 4,7mg/dl

Clostridien, pathogene DK + Viren negativ

6/17 a/c NV bei Pneumonie bds -> Curam + Levofloxacin: Krea max. 7,1

-> bei E: 5,7mg/dl

3/16 Nierensono: normgroße Nieren, re blande Parenchymzyste

3/16 Nephrotisches Syndrom - Nierenbiopsie voerst non vult

NBX 13.6.2016:

LM: Diffuse Glomerulosklerose, hochgr.stenosierende Arteriosklerose, mittelgr.interstit.Fibrose

+Tubulsatrophie (passt zu diabetischem Schaden). 17 Glomerulumschwielen =

fortgeschrittene Schädigung, Immunhistochemie: C1q-Ablagerg., keine Ablagerungen gegen lgG4 und PLA2R

ELMI: mittelgradige mesangiale Sklerose, ausgeprägte BM f, Verdünnung + Aufsplitterung, hochgradige Abflachung der podozytären Fußfortsätze, in erster Linie diabetischer Schaden, eventuell auf eine sekundäre Podozytopathie

AV-Block 1°, LSB, Ergo 5/16: kein Hinweis auf KHK bis 100 Watt

1996 V.a. postmyokarditische CMP

Echo 12/16: minim MR, konz. leichte LVH, mittelgr jLV Fu (40%), diff. Kontr. Störung, diastol. Relax.störung, RV Fu grenzw.

Milde Non-prolif. diabet. Retinopathie peripher + zentral bds 1/17

V.a. KHK: - Szintigraphie 4/17:

1. Partiell reversibler Speicherdefekt apikal bzw. apikoseptal (Defektgröße > 10%), kompatibel mit hämodynamisch wirksamer Koronarinsuffizienz

2. stabiler Speicherdefekt i. d. HW (Narbe?)

-> Coro 10.7.2017 (postponed wegen bilateraler Pneumonie):

Koronare 2-Gefäßerkrankung, Stenting der LAD (Bio-Freedom DCS) erfolgt; RCA-Stenting in 2. Sitzung am 25.07.2017 geplant.

Diabetes mellitus II, ED 2001

Glucophage bis 3/16, Insulin seit 3/16 (HbA1C 9,4%), zusätzl. Trajenta+Repaglinid

Arterielle Hypertonie

cAVK I Doppler 5/17: hämodyn nicht relevanter Plaque an der Carotisbifurkation re

pAVKI

Oszillographie 5/17: UE bds pathologisch mit Zeichen einer Mediasklerose (re 138mmHg, li 135mmHg)

Pneumonie bds 6/17

Adipositas

Parkemed gelegentlich

Kein Nikotinabusus

Z.n. AE

2017-07 Nephrologie, Dr. XXXX , Wilhelminenspital Wien, stationärer Aufenthalt vom 24.07.2017 bis 26.07.2017 an der Abteilung,

6. Med.Station DNord:

Aufnahmegrund:

Geplante Aufnahme zur Re-Coronarangiographie

Diagnosen bei Entlassung:

CKD: G4 A3 (Diabet. Nephropathie)

2/16 a/c NV unter Parkemed

12/16 ANV 12/16 (?post Diarrhoe), Krea max 4,7 ->4,0

4/17 Diarrhoe (ev. Phosphonorm - indiziert?) -> Krea 4 -> 4,7mg/dl

Clostridien, pathogene DK + Viren negativ

6/17 a/c NV bei Pneumonie bds -> Curam + Levofloxacin: Krea max. 7,1

-> bei E: 5,7mg/dl

3/16 Nierensono: normgroße Nieren, re blande Parenchymzyste

3/16 Nephrotisches Syndrom - Nierenbiopsie voerst non vult

NBX 13.6.2016:

LM: Diffuse Glomerulosklerose, hochgr.stenosierende Arteriosklerose, mittelgr.interstit.Fibrose

+Tubulsatrophie (passt zu diabetischem Schaden). 17 Glomerulumschwielen =

fortgeschrittene Schädigung, Immunhistochemie: C1q-Ablagerg., keine Ablagerungen gegen lgG4 und PLA2R

ELMI: mittelgradige mesangiale Sklerose, ausgeprägte BM f, Verdünnung + Aufsplitterung, hochgradige Abflachung der podozytären Fußfortsätze, in erster Linie diabetischer Schaden, eventuell auf eine sekundäre Podozytopathie

AV-Block 1°, LSB, Ergo 5/16: kein Hinweis auf KHK bis 100 Watt

1996 V.a. postmyokarditische CMP

Echo 12/16: minim MR, konz. leichte LVH, mittelgr |LV Fu (40%), diff. Kontr. Störung, diastol. Relax.störung, RV Fu grenzw.

Milde Non-prolif. diabet. Retinopathie peripher + zentral bds 1/17

V.a. KHK: - Szintigraphie 4/17:

1. Partiell reversibler Speicherdefekt apikal bzw. apikoseptal (Defektgröße > 10%), kompatibel mit hämodynamisch wirksamer Koronarinsuffizienz

2. stabiler Speicherdefekt i. d. HW (Narbe?)

Coro 7/17: 2VD + diffuse Coronarsklerose

2017-07, Dr. XXXX , Nephrologie, Wilhelminenspital:

85% distale LAD Stenose -" PTA + Stent am 10.07.2017 (Bio-Freedom DCS)

65% mittelsterckige RCA Stenose, über radialen Zugang PTA nicht möglich, Abbruch post 260ml KM

RCA-Stenting (DES Biofreedom, Stenose 80%^0%) in 2. Sitzung über femoralen Zugang rechts am 25.07.2017

2017-07, Stent Ausweis

Fragment, dem nichts Relevantes zu entnehmen ist.

Mitgebrachter Befund:

11. bis 16.12.2017, Wilhelminenspital, 6. medizinische Abteilung Aufnahme zur Anlage eines Cimino-Shunts, verwiesen wird auf eine Nierenbiopsie aus dem Jahr 2016, welche mit einem diabetischen Schaden vereinbare Veränderungen an den Nieren gezeigt hat, in der Echokardiografie vom Dezember 2016 ist eine mittelgradig reduzierte Linksventrikelfunktion mit einer EF von 47 % und diffuser Störung der Kontraktilität beschrieben.

Abschließende Diagnosen: Diabetes mellitus Typ 2, Insulinbehandlung nach seinen Worten seit etwa einem Jahr, Hypertonie, zum Erfolg habe mich 1, PAVK I, Adipositas

10.01.2018, Laborbefund: in Blutbild erhebliche Anämie, HRB 8,1, Blutzucker 105, Natrium, Kalium normal CRP deutlich auf 70 NG/in der Welt, normal

04.01.2018, Wilhelminenspital, MR-Tomografie des linken Kniegelenkes: seitlicher Gelenkserguss, Meniskusläsion das Hinterhorns des medialen Meniskus, subtotale Läsion des vorderen Kreuzbandes, lediglich Residuen eines Faserbündels lassen sich noch kontinuierlich abgrenzen. Degenerative Veränderungen der Patella.

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: gut Ernährungszustand: gut

Größe: 175,00 cm Gewicht: 105,00 kg Blutdruck: 125/80

Klinischer Status - Fachstatus:

(...)

Thorax: symmetrisch, mäßig elastisch

Lunge: sonorer Klopfschall, vesikuläres Atemgeräusch bei etwas eingeschränkter Basen für

Herz: reine rhythmische Herztöne, Frequenz 80/Min. rhythmisch

Abdomen: Bauchdecken weich

Leber und Milz nicht abgrenzbar

Rektal nicht untersucht, Nierenlager frei

Extremitäten und Wirbelsäule: Wirbelsäule unauffällig, Arme normal, an den Beinen mit Ausnahme des rechten Knies altersgemäß normaler Gelenksstatus, Pulse tastbar, keine Varizen, keine Ödeme

Stützverband am linken Knie (operative Sanierung des Meniskusschadens ist vorgesehen)

Gesamtmobilität - Gangbild:

Gangbild verlangsamt, derzeit mit 2 Unterarmstützkrücken, lediglich wenige Schritte frei

Status Psychicus: entfällt im internistischen Fachgebiet

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

Terminale Niereninsuffizienz, wahrscheinlich auf Basis einer diabetischen Nephropathie Unterer Rahmensatz, da nur gering reduzierter Allgemeinzustand.

05.04.04

60

2

Koronare Herzkrankheit Unterer Rahmensatz, da echokardiografisch dokumentierte leichte bis mäßige Einschränkung der Linksventrikelfunktion. Hypertonie ist in dieser Position erfasst. Diese Position ersetzt die Diagnose "dilatative Kardiomyopathie" aus dem Vorgutachten.

05.05.03

50

3

Diabetes mellitus Typ 2 unter Insulinbehandlung Oberer Rahmensatz, da derzeit einmal tägliche Insulingabe erforderlich ist.

09.02.01

30

Gesamtgrad der Behinderung 70 v.H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Der führende Grad der Behinderung Nr. 1 wird durch Leiden Nr. 2 um 1 Stufe erhöht, da ein ungünstiges wechselseitiges Zusammenwirken besteht.

Leiden 3 erhöht nicht weiter, da dieses Leiden in seinen wesentlichen Auswirkungen bereits in Leiden 1 erfasst ist.

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

Meniskusschaden des linken Knies, da sanierbar und daher kein Dauerleiden.

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Gegenüber dem Vorgutachten ist es zu einer wesentlichen Verschlechterung durch Hinzutreten des Nierenleidens gekommen, die Diagnosenliste wurde dahingehend modifiziert.

Begründung für die Änderung des Gesamtgrades der Behinderung:

Neuaufnahme des Nierenleidens.

[...] Nachuntersuchung 01/2020 - da Besserung der Nierentransplantation möglich ist. [...]

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? Keines der in der Diagnosenliste festgehaltenen Leiden bewirkt eine Funktionsbeeinträchtigung, welche das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke, das Ein- und Ausstiegen sowie den sicheren Transport in einem öffentlichen Verkehrsmittel nicht zuließe. Die Gehbehinderung durch Meniskusschaden ist sanierbar und stellt daher kein Dauerleiden dar.

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

Dem Beschwerdeführer wurde sodann ein neuer Behindertenpass mit einem Grad der Behinderung von 70 v.H. ausgestellt. Dieser wurde nicht bekämpft.

Am 30.03.2018 langte eine Stellungnahme des Beschwerdeführers bei der belangten Behörde ein. Darin wurde ausgeführt, dass entgegen den Ausführungen des Sachverständigen der Meniskusschaden sehr wohl eine relevante Gesundheitsschädigung darstelle. Erschwerend komme hiezu, dass er an einer Niereninsuffizienz, koronaren Herzkrankheit mit Einschränkung der linken Ventrikelfunktion, Diabetes mellitus und PAVK leide.

In der Folge wurde von der belangten Behörde eine Stellungnahme des befassten Sachverständigen eingeholt. Darin wurde Folgendes ausgeführt:

"In der Beschwerde wird geltend gemacht, dass die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel wegen eines Meniskusschadens nicht zumutbar sei, zumal dieser wegen entzündlicher Komplikationen derzeit nicht operiert werden könne. Aus den beigelegten Befunden gehen die genannten entzündlichen Komplikationen zu Beginn der Hämodialysebehandlung hervor, hinsichtlich des Knies scheint die Dg. bakterielle (Super) Infektion des degenerativ veränderten li Kniegelenks auf. Eine höhergradige Funktionseinschränkung, welche die Benützung öffentlich Verkehrsmittel voraussichtlich länger als 6 Monate erheblich erschweren müsste, ist mittels der eingereichten Befunde jedoch nicht ausreichend belegt. Eine Änderung des erstellten Gutachtens ist daher nicht gerechtfertigt."

Mit verfahrensgegenständlichem Bescheid des Sozialministeriumservice vom 11.06.2018 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 07.03.2018 sowie auf die eingeholte Stellungnahme vom 08.06.2018 verwiesen, wonach die Voraussetzungen für die Zusatzeintragung nicht vorlägen.

In der fristgerecht dagegen erhobenen Beschwerde wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass der Beschwerdeführer an Cardiomyopathie mit eingeschränkter LVF, CKD, G5A3 bei diabetischer Neuropathie, CHD seit 05/17 sowie an Kniebeschwerden leide. Aufgrund seiner Niereninsuffizienz müsse er sich dreimal pro Woche einer Hämodialysebehandlung unterziehen. Aufgrund der Herzerkrankung betrage die Herzbelastung lediglich nur mehr 35% und der Beschwerdeführer habe bereits zwei Stents bekommen. Aufgrund dessen sei die körperliche Belastbarkeit beim Beschwerdeführer erheblich eingeschränkt. Hinzu komme ein Meniskusschaden aufgrund einer bakteriellen Superinfektion des degenerativ veränderten linken Kniegelenkes. Abschließend beantragte der

Beschwerdeführung die Durchführung einer mündlichen Verhandlung sowie die Einholung weiterer Sachverständigengutachten aus den Fachbereichen der Inneren Medizin und der Orthopädie. Der Beschwerde wurde ein Konvolut an medizinischen Unterlagen angeschlossen.

Das Bundesverwaltungsgericht holte in weiterer Folge ein Gutachten eines Arztes für Allgemeinmedizin ein, welches Folgendes ergab:

"Relevante Befunde:

Röntgen Thorax vom 21. Juni 2018: Herzschatten ist grenzwertig, keine Stauungszeichen keine Ergüsse, keine Pneumonie.

Institut für Nuklearmedizin Wilhelminenspital von 25. April 2017:

partiell reversibler Speicherdefekt apikal bzw. apikoseptal, stabiler Speicherdefekt in der Hinterwand (Narbe). Befund wäre kompatibel mit dem Vorliegen einer hämodynamisch wirksamen Koronarinsuffizienz im Versorgungsgebiet der LAD.

Vorgeschichte Wilhelminenspital vom 12. Dezember 2017: diabetische Nephropathie, Hämodialyse, Verdacht auf postmyokarditische Kardiomyopathie 1996, mittelgradig reduzierte Linksventrikelfunktion (40 0/0), Koronare Herzkrankheit, arterielle Hypertonie, Zustand nach Pneumonie 6/2017, milde diabetische Retinopathie beidseits, Adipositas, Zustand nach Blinddarmentfernung, Zustand nach Meniskusoperation (arthroskopisch) 7/2018, Allergie. Niere:

chronische Niereninsuffizienz bei diabetischer Nephropathie (G5A3),

Dialysestart am 10. November 2017, diabetische Retinopathie, Z.n. 2-mal Laser, arterielle Hypertonie seit 2012, die laut ihren der Kardiomyopathie mit Hypertrophie bei länger bestehender (unbehandelter) arterielle Hypertonie, Pulmo: allergisches Asthma bronchiale, benigne Prostatahyperplasie, chronische Tonsillitis (keine Erfordernis einer Tonsillektomie).

Labor vom 25. Juni 2018: Erythrozyten 4,58, Hämoglobin 12,9, Hämatokrit 13,1, Kreatinin 8,0.

6. Medizinische Abteilung Wilhelminenspital vom 23.02.2018:

Gastroskopie und Coloskopie bei Hämoccult-positiven Stühlen, Gastritis, Zustand nach Polypenentfernung, Ausschluss eines akuten Coronarsyndroms ohne EKG-Dynamik bei negativen Troponin-Werten, präterminale Niereninsuffizienz, fieberhafte PermKath-Infektion, bakterielle Infektion des degenerativen veränderten linken Kniegelenks, Clostridium difficile Enteritis. Echokardiographie 12/2016: mittelgradige Linksventrikelfunktionseinschränkung (40 0/0). Entlassung in stabilem Allgemeinzustand.

6. Medizinische Abteilung Wilhelminenspital vom 26. Juli 2017:

geplante Aufnahme zur Coronarangiographie, chronische Niereninsuffizienz, Nierenbiopsie 6/2016, AV-Block I, Linksschenkelblock, Verdacht auf postmyokarditische Kardiornyopathie 1996, Echo 12/2016 mittelgradige Linksventrikelfunktionseinschränkung, Coronarangiograph e 7/2017 2Gefäßerkrankung und diffuse Koronarsklerose. Zustand nach Stenting.

Subjektive Beschwerden:

Beim Stiegensteigen komme es zu Kurzatmigkeit und er müsse dann Pausen einlegen. Nach der Dialyse sei er müde. Das Gewicht sei stabil bei 104 kg, das Trockengewicht betrage 100 kg. Der Puls liege bei 44 pro Minute, fallweise bestehe ein Schwindel. Eine Ohnmacht bzw. eine Bewusstlosigkeit sei bisher nicht aufgetreten. Seit 20 Jahren sei eine Zuckerkrankheit bekannt, welche seit März 2016 mittels Insulin behandelt wird. Der letzte Langzeitzuckerwert sei bei 5 % gelegen, vor einem Jahr betrug dieser 12%. 1996 sei eine Herzmuskelentzündung aufgetreten, eine Coronarangiographie sei in Kürze vorgesehen. Seit 2017 sei eine Dialyse etabliert, welche dreimal die Woche durchgeführt wird. Die Augenkontrollen seien zuletzt vor 6 Wochen in Ordnung gewesen. Eine Laserbehandlung sei laut eigenen Aussagen bisher nicht erfolgt.

Medikamentöse Therapie:

Baypress, Carvedilol, Doxazosin, Insulatard 25 abends, Lasix, Mexalen bei Bedarf, Novalgin bei Bedarf, Pantoloc, ThromboAss, Trajenta, Sevelamercarbonat

Status Präsens:

Allgemeinzustand: gut, Ernährungszustand: sehr gut, Größe: 175cm,

Gewicht: 104 kg, Caput/Hals: unauffällig, keine Lippenzyanose, keine Halsvenenstauung, Schilddrüse schluckverschieblich

Cor: reine Herztöne, rhythmische Herzaktion, Blutdruck: 150/80,

Pulmo: V.A., sonorer KS, Basen atemversch., keine Sprechdyspnoe, keine Kurzatmigkeit bei Bewegungsprüfung im Untersuchungszimmer,

Abdomen: unauffällig, weich, keine Druckpunkte, keine path. Resistenzen palp., Leber am Ribo palp., Milz n.p., Darmgeräusche normal und unauffällig, Nierenlager bds. frei,

HWS: Kopfdrehung und -seitneigung: nach rechts und links frei, Inkl. und Rekl. frei, BWS: gerade, LWS: Rumpfdrehung und -seitneigung frei,

Extremitäten: obere Extremitäten:

Schultergelenk rechts: Beweglichkeit uneingeschränkt, Nackengriff frei, Schürzengriff frei durchführbar, Schultergelenk links:

Beweglichkeit uneingeschränkt, Nackengriff durchführbar, Schürzengriff durchführbar, Ellenbogengelenk rechts frei beweglich, Ellenbogengelenk links: Beugung und Streckung frei, gering eingeschränkte Drehfähigkeit, Handgelenke frei beweglich, Fingergelenke bds. frei, Daumengelenke bds. frei, Faustschluß bds. komplett durchführbar, Zangengriff bds. durchführbar, Greif- und Haltefunktion beidseits erhalten, Shunt linker Unterarm mit auskultatorischem Schwirren, UE: Hüftgelenk rechts: Flexion, Abd. und Add. altersentsprechend frei,

Hüftgelenk links: Flexion, Abduktion und Adduktion frei,

Kniegelenk rechts: Beugung und Streckung frei, bandstabil,

Kniegelenk links: Beugung und Streckung frei, bandstabil, Sprunggelenke bds. frei, Zehenbeweglichkeit unauffällig,

Fußheben und -senken bds. frei durchführbar, beide UE können 95 % von der Unterlage abgehoben werden, Beinpulse beidseits tastbar, Fußpulse beidseits tastbar,

Venen: unauffällig, Ödeme: keine.

Stuhl: normal, Harn: maximal ein halber Liter pro Tag,

Anamneseerhebung und Kommunikation unauffällig und gut möglich. Klar, wach, in allen Qualitäten orientiert. Stimmung ausgeglichen. Denkziel wird erreicht.

Gang: unauffälliges. sicheres und flüssiges Gangbild, ohne Hilfsmittelverwendung. Aufsetzen und Aufstehen aus liegender und sitzender Körperhaltung selbstständig und unauffällig möglich. Zehenspitzen- und Fersenstand beidseits durchführbar. Freies Stehen sicher möglich. Konfektionsschuhe.

Beurteilung und Stellungnahme:

ad 1) Diagnoseliste:

* Terminale Niereninsuffizienz bei laufender Nierenersatztherapie mittels dreimal wöchentlicher Hämodialyse seit 13. Dezember 2017

* Koronare Herzkrankheit, arterielle Hypertonie

* Diabetes mellitus Typ II

* Milde diabetische Augenveränderungen beidseits

* Zustand nach Meniskusoperation links im Sommer 2018

* Allergisches Asthma bronchiale

* Gutartige Vergrößerung der Prostata

* Geringe Funktionseinschränkungen des linken Ellenbogens

ad 2) Es wird ersucht auszuführen, in welchem Ausmaß die angeführten Leidenszustände vorliegen und wie sich diese auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel auswirken:

Koronare Herzkrankheit:

Befundbelegt ist eine mittelgradige Einschränkung der systolischen Funktion. Im Rahmen der klinischen Untersuchung lassen sich bei Fehlen von Knöchelödemen und einer Halsvenenstauung sowie Vorliegen eines auskultatorisch unauffälligen Herz- und Lungenbefundes keine Hinweise auf kardiale Dekompensation erheben. Im vorliegenden Lungenröntgen-Befund vom 21. Juni 2018 sind keine Stauungszeichen in der Lunge beschrieben. Die Herzerkrankung erreicht kein Ausmaß, welches die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel auf erhebliche Weise erschwert.

Terminale Niereninsuffizienz bei laufender Hämodialyse: Das Nierenleiden ist mittels Nierenersatztherapie (Hämodialyse) kompensierbar und erreicht kein Ausmaß, welches die sichere Benützung öffentlicher Verkehrsmittel auf erhebliche Weise erschwert.

Folgende Leiden erschweren die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nicht auf erhebliche Weise:

Eine mittels Insulin behandelte Zuckerkrankheit ohne Hinweis auf erhebliche Instabilitätszeichen bei Fehlen von wiederholten Bewusstseinsstörungen.

Ein allergisches Asthma bronchiale ohne Hinweis auf erhebliche Lungenfunktionseinschränkungen bei Vorliegen einer auskultatorisch unauffälligen Lunge.

Eine gutartige Vergrößerung der Prostata ohne Hinweis auf maßgebliche Störungen der Harnentleerung.

Ein Zustand nach Meniskusoperation bei (postoperativem) Fehlen maßgeblicher funktioneller Einschränkungen des Kniegelenks links sowie unauffälligem und ohne Hilfsmittelverwendung sicherem Gangbild.

Milde Augenveränderungen beidseits bei Diabetes mellitus: im Rahmen der klinischen Untersuchung lassen sich grobklinisch keine maßgeblichen Einschränkungen des Sehvermögens objektivieren. Auch sind Einschränkungen der Sehleistung nicht dokumentiert.

Funktionseinschränkungen des linken Ellenbogens bei freier Streck- und Beugefunktion des Ellenbogens sowie unauffälliger Greif- und Haltefunktion.

ad 3) Liegen erhebliche Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit vor?

Im Rahmen der klinischen Untersuchung lassen sich keine erheblichen kardiopulmonalen Einschränkungen erheben. Herz und Lunge stellen sich auskultatorisch unauffällig dar. Dekompensationszeichen wie Bein- oder Knöchelödeme sowie Stauungen der Halsvenen liegen nicht vor. Unter Berücksichtigung der terminalen Niereninsuffizienz bei laufender dreimal wöchentlicher Dialysebehandlung (ohne Hinweis auf Komplikationen) sowie Berücksichtigung des Herzleidens (ohne Hinweis auf hochgradige bzw. erhebliche Herzfunktionsstörungen sowie maßgebliche Dekompensationszeichen) liegt keine erhebliche Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit vor.

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

Im Rahmen der Anamneseerhebung wird vom BF ein Zustand nach Meniskusoperation links im Frühsommer 2018 angegeben. In der aktuell durchgeführten klinischen Untersuchung lassen sich keine maßgeblichen Funktionseinschränkungen der Gelenke der unteren Extremitäten objektivieren. Insbesondere auch im Bereich des linken Kniegelenks lässt sich eine unauffällige und freie Gelenksfunktion objektivieren. Das Gangbild stellt sich ohne Hilfsmittelverwendung flüssig, sicher und unauffällig dar. Schmerzen im Bereich der unteren Extremitäten werden keine angegeben. Auch beschreibt der BF einen nach Meniskusoperation beschwerdefreien Zustand des linken Kniegelenks. Zusammenfassend liegen keine erheblichen Einschränkungen der Funktionen der unteren Extremitäten vor. Das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke von 300-400 m, das Überwinden von Niveauunterschieden, das Be- und Entsteigen und die sichere Benützung öffentlicher Verkehrsmittel ist nicht auf erhebliche Weise erschwert.

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

Erhebliche Einschränkungen psychischer, neurologischer oder intellektueller Fähigkeiten liegen nicht vor. Psychische Leiden, welche die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel auf erhebliche Weise erschweren, liegen nicht vor. Auch lassen sich grobneurologisch keine maßgeblichen, insbesondere motorischen Defizite bzw. Lähmungen objektivieren.

Die kognitiven und intellektuellen Fähigkeiten stellen sich im Rahmen der klinischen Untersuchung grobpsychiatrisch unauffällig dar.

ad 6) Liegt eine hochgradige Immunschwäche vor?

Befunde, welche eine hochgradige und anhaltende Immunschwäche dokumentieren, liegen nicht vor. Eine hochgradige Immunschwäche liegt nicht vor.

ad 7) Begründung einer eventuell vom bisherigen Ergebnis (AS 28 - 34, 75) abweichenden Beurteilung:

Es ergibt sich keine abweichende Beurteilung im Vergleich zum internistischen Sachverständigengutachten von Herrn Dr. Schwarz vom 7. März 2018. Im Sachverständigengutachten von Herrn Dr. Schwarz ist ein weitgehend unauffälliger Auskultationsbefund des Herzens und der Lunge beschrieben. Ödeme bzw. Dekompensationszeichen ließen sich damals nicht erheben. Das Gangbild war aufgrund von Beschwerden im linken Kniegelenk bei Gebrauch von 2 Unterarmstützkrücken verlangsamt. Lediglich wenige Schritte konnten 3/2018 frei zurückgelegt werden.

Auch im Rahmen der nunmehr durchgeführten Untersuchung ließen sich keine Hinweise auf Dekompensationszeichen wie eine Halsvenenstauung bzw. Schwellungen im Bereich der unteren Extremitäten objektivieren. Bei Zustand nach zwischenzeitlich erfolgter Meniskusoperation stellt sich ein hinsichtlich Funktion unauffälliges Kniegelenk links ohne Hinweis auf Komplikationen dar. Das Gangbild präsentiert sich aktuell ohne Hilfsmittelverwendung flüssig, unauffällig und sicher. Zusammenfassend ergibt sich keine abweichende Beurteilung hinsichtlich der beantragten Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel". Die Voraussetzungen für die beantragte Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel" liegen nicht vor."

Mit Schreiben vom 12.02.2019 wurden dem Beschwerdeführer, nachweislich zugestellt am 18.02.2019, und der belangten Behörde gemäß § 45 Abs. 3 AVG das Ergebnis des Ermittlungsverfahrens nachweislich zur Kenntnis gebracht und die Möglichkeit eingeräumt, binnen zwei Wochen dazu eine Stellungnahme abzugeben.

Verspätet am 05.03.2019 langte beim Bundesverwaltungsgericht eine Stellungnahme des Beschwerdeführers ein, worin im Wesentlichen auf sein bisheriges Vorbringen verwiesen wurde.

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 70 von Hundert.

1.2. Dem Beschwerdeführer ist die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel zumutbar.

1.2.1. Art und Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigungen:

Abdomen: unauffällig, weich, keine Druckpunkte, keine path. Resistenzen palp., Leber am Ribo palp., Milz n.p., Darmgeräusche normal und unauffällig, Nierenlager bds. frei.

HWS: Kopfdrehung und -seitneigung: nach rechts und links frei, Inkl. und Rekl. frei, BWS: gerade, LWS: Rumpfdrehung und -seitneigung frei.

Schultergelenk rechts: Beweglichkeit uneingeschränkt, Nackengriff frei, Schürzengriff frei durchführbar, Schultergelenk links:

Beweglichkeit uneingeschränkt, Nackengriff durchführbar, Schürzengriff durchführbar, Ellenbogengelenk rechts frei beweglich, Ellenbogengelenk links: Beugung und Streckung frei, gering eingeschränkte Drehfähigkeit, Handgelenke frei beweglich, Fingergelenke bds. frei, Daumengelenke bds. frei, Faustschluß bds. komplett durchführbar, Zangengriff bds. durchführbar, Greif- und Haltefunktion beidseits erhalten, Shunt linker Unterarm mit auskultatorischem Schwirren.

Untere Extremitäten: Hüftgelenk rechts: Flexion, Abd. und Add. altersentsprechend frei.

Hüftgelenk links: Flexion, Abduktion und Adduktion frei.

Kniegelenk rechts: Beugung und Streckung frei, bandstabil,

Kniegelenk links: Beugung und Streckung frei, bandstabil, Sprunggelenke bds. frei, Zehenbeweglichkeit unauffällig.

Fußheben und -senken bds. frei durchführbar, beide UE können 95 % von der Unterlage abgehoben werden, Beinpulse beidseits tastbar, Fußpulse beidseits tastbar.

Venen: unauffällig, Ödeme: keine.

Gang: unauffälliges. sicheres und flüssiges Gangbild, ohne Hilfsmittelverwendung. Aufsetzen und Aufstehen aus liegender und sitzender Körperhaltung selbstständig und unauffällig möglich. Zehenspitzen- und Fersenstand beidseits durchführbar. Freies Stehen sicher möglich. Konfektionsschuhe.

Funktionseinschränkungen:

Terminale Niereinsuffizienz bei laufender Nierenersatztherapie mittels dreimal wöchentlicher Hämodialyse seit 13. Dezember 2017; Koronare Herzkrankheit, arterielle Hypertonie; Diabetes mellitus Typ II; Milde diabetische Augenveränderungen beidseits; Zustand nach Meniskusoperation links im Sommer 2018; Allergisches Asthma bronchiale; Gutartige Vergrößerung der Prostata; Geringe Funktionseinschränkungen des linken Ellenbogens.

1.2.2. Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel:

Es liegen keine erheblichen Funktionsstörungen der oberen und unteren Extremitäten sowie der Wirbelsäule vor, welche die Mobilität erheblich und dauerhaft einschränkten. Das Gangbild stellt sich ohne Hilfsmittelverwendung flüssig, sicher und unauffällig dar. Das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke von 300 bis 400 Meter, das Überwinden von Niveauunterschieden, das Be- und Einsteigen und die sichere Benützung öffentlicher Verkehrsmittel ist nicht auf erhebliche Weise erschwert.

Die festgestellten Funktionseinschränkungen wirken sich - auch im Zusammenwirken - nicht in erheblichem Ausmaß negativ auf die Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel aus. Es besteht keine erhebliche Einschränkung der Mobilität durch die festgestellten Funktionseinschränkungen. Es sind keine Behelfe erforderlich, die das Ein- und Aussteigen sowie die sichere Beförderung unter Verwendung von Ausstiegshilfen und Haltegriffen in einem öffentlichen Verkehrsmittel wesentlich beeinträchtigen. Es besteht auch keine erhebliche Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit.

Das Festhalten beim Ein- und Aussteigen ist einwandfrei 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.

Es ist auch keine schwere anhaltende Erkrankung des Immunsystems vorhanden.

2. Beweiswürdigung:

Zur Klärung des Sachverhaltes war von der belangten Behörde ein Sachverständigengutachten eines Facharztes für Innere Medizin vom 07.03.2018 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 liegen keine Leiden vor, welche das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke, das Ein- und Aussteigen sowie die sichere Benützung öffentlicher Verkehrsmittel zumutbar und gewährleistet sind.

In dem - aufgrund des vorliegenden Beschwerdevorbringens - vom BVwG in Auftrag gegebenen Gutachten des Arztes für Allgemeinmedizin vom 30.01.2019 ist unter Beachtung sämtlicher bis dahin vorgelegter Befunde darüber hinaus ausführlich dargelegt worden, dass unter Berücksichtigung der terminalen Niereninsuffizienz bei laufender dreimal wöchentlicher Dialysenbehandlung - ohne Hinweis auf Komplikationen - sowie Berücksichtigung des Herzleidens - ohne Hinweis auf hochgradige bzw. erhebliche Herzfunktionsstörungen sowie maßgebliche Dekompensationszeichen - keine erhebliche Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit vorliegt, welche die sichere Benützung öffentlicher Verkehrsmittel auf erhebliche Weise erschweren. Im Rahmen der klinischen Untersuchung konnten demnach keine erheblichen kardiopulmonalen Einschränkungen erhoben werden.

Der Sachverständige hält dem Beschwerdevorbringen, wonach die körperliche Belastbarkeit des Beschwerdeführers aufgrund seiner Herzerkrankung erheblich eingeschränkt sei, schlüssig entgegen, dass eine mittelgradige Einschränkung der systolischen Funktion befundbelegt ist. Im Rahmen der klinischen Untersuchung lassen sich bei Fehlen von Knöchelödemen und einer Halsvenenstauung sowie Vorliegen eines auskultatorischen unauffälligen Herz- und Lungenbefundes keine Hinweise auf kardiale Dekompensation erheben. Darüber hinaus sind im Lungenröntgen-Befund vom 21.06.2018 keine Stauungszeichen in der Lunge beschrieben. Demnach erreicht die Herzerkrankung kein Ausmaß, welches die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel auf erhebliche Weise erschwert.

Überdies hält der Gutachter ausdrücklich fest, dass bei Zustand nach Meniskusoperation bei Fehlen maßgeblicher funktioneller Einschränkungen des Kniegelenks ein unauffälliges und ohne Hilfsmittelverwendung sicheres Gangbild objektiviert werden konnte, d. h. sich der Zustand des Beschwerdeführers seit der durch die belangte Behörde angeordnete Untersuchung verbessert hat. Zudem war der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung in der Lage, einen Zehenspitzen- und Fersenstand sowie ein Fußheben und -senken beidseits durchzuführen.

Darüber hinaus führte der befasste Sachverständige des Weiteren nachvollziehbar aus, dass in der aktuell durchgeführten klinischen Untersuchung sich keine maßgeblichen Funktionseinschränkungen der unteren Extremitäten objektivieren lassen und insbesondere im Bereich des linken Kniegelenks eine unauffällige und freie Gelenksfunktion gegeben ist. Darüber hinaus wurden keine Schmerzen im Bereich der unteren Extremitäten angegeben. Somit sind das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke von 300-400 m, das Überwinden von Niveauunterschieden, das Be- und Einsteigen und die sichere Benützung öffentlicher Verkehrsmittel zumutbar und möglich.

Ebenso hält der befasste Sachverständige schlüssig fest, dass keine erheblichen Einschränkungen psychischer, neurologischer oder intellektueller Funktionen vorliegen. Zudem konnten grobneurologisch keine maßgeblichen, insbesondere motorischen Defizite bzw. Lähmungen objektiviert werden. Die kognitiven und intellektuellen Fähigkeiten stellen sich im Rahmen der klinischen Untersuchung grobpsychiatrisch unauffällig dar. 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.

Auf Basis dieser Feststellung ist auch die Stellungnahme des Beschwerdeführers zum Parteiengehör nicht geeignet, eine andere Einschätzung herbeizuführen. Zudem wurde die Stellungnahme verspätet eingebracht.

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

-

erhebliche Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit oder

-

erhebliche Einschränkungen psychischer, neurologischer oder intellektueller Funktionen oder

-

eine schwere anhaltende Erkrankung des Immunsystems oder

-

eine hochgradige Sehbehinderung, Blindheit oder Taubblindheit nach § 1 Abs. 2 Z 1 lit. b oder d

vorliegen.

Entscheidend für die Frage der Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel ist, wie sich eine bestehende Gesundheitsschädigung nach ihrer Art und Schwere auf die Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel auswirkt (VwGH vom 20.10.2011, Zl. 2009/11/0032).

In den Erläuterungen zu § 1 Abs. 2 Z 3 wird ausgeführt:

Ausgehend von den bisherigen durch die Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes entwickelten Beurteilungskriterien zur Frage "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel" sind Funktionseinschränkungen relevant, die die selbstständige Fortbewegung im öffentlichen Raum sowie den sicheren, gefährdungsfreien Transport im öffentlichen Verkehrsmittel erheblich einschränken. Als Aktionsradius ist eine Gehstrecke von rund 10 Minuten, entsprechend einer Entfernung von rund 200 bis 300 m anzunehmen.

Grundsätzlich ist eine Beurteilung nur im Zuge einer Untersuchung des Antragstellers/der Antragstellerin möglich. Alle therapeutischen Möglichkeiten sind zu berücksichtigen. Therapierefraktion - das heißt keine therapeutische Option ist mehr offen - ist in geeigneter Form nachzuweisen. Eine Bestätigung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin ist nicht ausreichend.

Unter erheblicher Einschränkung der Funktionen der unteren Extremitäten sind ungeachtet der Ursache eingeschränkte Gelenksfunktionen, Funktionseinschränkungen durch Erkrankungen von Knochen, Knorpeln, Sehnen, Bändern, Muskeln, Nerven, Gefäßen, durch Narbenzüge, Missbildungen und Traumen zu verstehen. Eine erhebliche Funktionseinschränkung wird in der Regel ab einer Beinverkürzung von 8 cm vorliegen. Komorbiditäten der oberen Extremitäten und eingeschränkte Ko

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

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