jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Bvwg Erkenntnis 2020/5/25 W200 2228669-1

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 25.05.2020

Entscheidungsdatum

25.05.2020

Norm

Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen §1
BBG §42
BBG §45
B-VG Art133 Abs4

Spruch

W200 2228669-1/3E

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 DI XXXX , geb XXXX , gegen die Beschwerdevorentscheidung des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 28.01.2020, OB: 87502057300024, mit welchem der Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauernder 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 Gesamtgrad der Behinderung von 80 vH und stellte unter Vorlage von medizinischen Unterlagen am 14.02.2019 einen Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter

Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung".

Das vom Sozialministeriumservice eingeholte Sachverständigengutachten eines Arztes für Allgemeinmedizin vom 03.07.2019, basierend auf einer Begutachtung am 17.04.2019, ergab Folgendes:

"Anamnese:

Operationen: Tonsillektomie ohne Folgeschaden,

wiederholte Inzision nach Spritzenabszess im Bereich des Musculus Glutaeus maximus, keine signifikante Residualsymptomatik,

koronare Herzkrankheit seit 2003, Zustand nach Coronarangiographie mit Stenting 2004 in der Privatklinik Confraternität mit gutem postinterventionellen Ergebnis, aktuelle kardiale Medikation: Dancor 10, Fosicomb, unter Therapie normales Blutdruckverhalten, keine signifikante Beeinträchtigung der Linksventrikelfunktion dokumentiert,

Aneurysma der Arteria abdominalis seit 2013 bekannt, es wurde bis dato keine Intervention vorgenommen worden, der vorerst keine Indikation gestellt wurde, regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt, zuletzt wurde ein Durchmesser von 4,5cm nachgewiesen,

chronisch obstruktive Lungenerkrankung bei Nikotinabusus, aktuelle Medikation: Anoro Ellipta 1-0-0, unter Therapie keine signifikante Klinik, keine Oxygenierungsstörung dokumentiert,

Abnützungserscheinung im Bereich der Wirbelsäule, posttraumatische Wirbelimpression TH 12 nach Hebetrauma 2012, Erstversorgung im AKH Wien, konservatives Vorgehen, keine Kyphoplastie, Beschwerden Beschwerdesymptomatik: in 1. Linie Schmerzen bei längerem Stehen, kein ständiges analgetisches Therapieerfordernis, auch Beschwerden bei Kälteexposition wie z.B. in der kalten Jahreszeit,

Nabelbruch, derzeit keine Operationsindikation, kein Bruchband, keine signifikante Klinik, reponierbar,

benigne Prostatahyperplasie mit erhöhtem PSA-Spiegel, letzter PSA-Spiegels laut Befund vom 07.03.2019: 6,7 ng/ml (0,0-3,1), aktuelle Medikation: ProstaUrgenin 1-0-0, keine unmittelbare Operationsindikation, eine signifikante Klinik,

Diagnosestellung einer myeloproliferative Neoplasie 2015, Behandlung im Hanusch Krankenhaus an der dermatologischen Abteilung, aktuelle Medikation: Litalir 500 1-0-0, Urbason 4 1-0-0, unter Therapie stabil, letzter Laborbefund weist eine Leukozytenzahl 9,1 g/dl laut Befund vom 07.03.2019 im Hanusch Krankenhaus aus, geringgradige Anämie mit Hämoglobinspiegel 11,6 g/dl (14,0-18,0), Thrombozyten: 471 g/dl G/l (150-400), Harnsäure: 8,0 mg% (3,5-7,2), subjektive Beschwerdesymptomatik Müdigkeit, Belastungsintoleranz, subkutane Hämatome an verschiedenen Körperstellen, schon bei kleinster Hautirritationen treten Hämatome auf,

periphere arterielle Verschlusskrankheit seit 2015, keine Intervention, keine Indikation zur Gefäßplastik, subjektive Beschwerdesymptomatik: Schmerzen in den Beinen, Gangstörung, keine trophischen Hautschäden nachweisbar,

Herpes zoster Befall rechts thorakal 2017, St. p. virustatischer Therapie mit Residualsymptomatik: Zosterneuralgie rechts,

Hörstörung beidseits seit 2012, Hörgeräteversorgung, Umgangssprache gut verständlich,

Nik: 20/d, Alk: mäßig, 1/4 oder 1/8 Wein am Abend,

Derzeitige Beschwerden:

in Vordergrund stehen die Beschwerden durch die Anämie infolge der hämatologischen

Erkrankung mit Belastungsstörung und wiederholt auftretenden subkutanen Blutungen,

von Seiten der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit derzeit keine Indikation zur

Gefäßintervention, Allgemeinmaßnahmen wurden durch den internistischen Facharzt

empfohlen,

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Litalir 500, Urbason 4,5, Fisicomb, Dancor 1, ThAss 50, Sortis 20, Anoro Ellipta, Daflon 500,

Vitalux plus, Prosta-Urgenin,

pensionierter technischer Angestellter und Schadensreferent seit 2001 (61. Lebensjahr),

Regelpension wegen ausreichender Versicherungszeiten, ledig, ein erwachsenes Kind,

Antragwerber lebt alleine in einer Wohnung im 3. Stock mit Lift, zum Erreichen der

Wohnung sind noch weitere 3 Stufen zu überwinden, kein Pflegegeld,

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

internistische Befund vom 16.11.2018 erstellt durch Dr. XXXX in 1200 Wien: in

der Echokardiographie konzentrische Hypertrophie mit guter globaler Funktion und EF von

69%,

Laborbefund des Hanusch Krankenhauses vom 06.12.2018: Hämoglobin: 12,6 g/dl (14,0-

18,0), Kreatinin: 0,95 mg% (0,67 1,17), LDH: 23 U/ml (0-247),

lungenfachärztlicher Befund vom 09.01.2019 erstellt durch Dr. XXXX in 1200

Wien: Lungenfunktion: FEV 1 70% des Sollwertes, Diagnosen: Postzosterneuralgie

Therapieresistenz, COPD II, zentrilobuläres Emphysem, KHK, Mehrgefäßerkrankung, St. p.

PTCA und Stenting 03/2004, myelodysplastisches Syndrom unter Litalir, chronischer

Nikotinabusus, Impressionsfraktur TH 12 (2012), stationäre Rundherd rechtes Unterfeld

nach stattgehabter Lungen-TBC in 10. Lebensjahr,

internistischer ärztlicher Befundbericht vom 04.02.2019 erstellt durch Dr. XXXX in

1090 Wien/Beurteilung: PAVK beidseits, von beidseits mäßigem Kompensationsgrad, links

etwas besser kompensiert, Therapieempfehlung: Allgemeinmaßnahmen im Sinne einer

arteriellen Verschlusskrankheit, Bewegungstherapie soweit möglich, Weiterführung der

medikamentösen Therapie wie zuletzt,

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: guter Allgemeinzustand

Ernährungszustand: guter Ernährungszustand (...)

Klinischer Status - Fachstatus:

Sauerstoffsättigung bei Raumluft: pO2: 95%, Puls: 71/min, keine Ruhedyspnoe

Kopf: Zähne: Teil-Prothese, Gleitsichtbrille, Hörstörung beidseits, Hörgeräteversorgung beidseits, Umgangssprache gut verständlich, sonst Sensorium frei, Nervenaustrittspunkte unauff.,

Hals: keine Einflussstauung, Schilddrüse schluckverschieblich, Lymphknoten o.B.,

Thorax: symmetrisch, ausgeprägte Gynäkomastie,

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

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

Wirbelsäule: endlagige Einschränkung der Rotation der Halswirbelsäule frei beweglich,

Kinn-Jugulum-Abstand 2cm, linkskonvexe Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule mit Gibbusbildung im Bereich des thorakolumbalen Überganges, Fingerbodenabstand 20cm,

thorakaler Schober 30/33cm, Ott: 10/1cm, Hartspann der Lendenwirbelsäule,

Abdomen: weich, über Thoraxniveau, Hepar und Lien nicht palpabel, keine Resistenz tastbar, ca. 4cm durchmessende reponierbare Narbenhernie,

Nierenlager: beidseits frei,

obere Extremität: frei beweglich bis auf endlagige Elevationsstörung beider Arme, an beiden Handrücken und im Bereich des linken lateralen Oberarmes flächenhaftes Hämatom, Globalfunktion und grobe Kraft beidseits erhalten, Nacken- und Kreuzgriff möglich,

untere Extremität: frei beweglich, insbesondere freie Beweglichkeit der Kniegelenke bei festem Bandapparat, und Kniegelenkes: 38,5cm, (links: 37,5cm), keine signifikante Involutionsatrophie der Unterschenkelmuskulatur, Umfang des rechten Unterschenkels: 32cm (links: 32,5cm), keine Ödeme, keine trophischen Hautstörungen, im Bereich des linken medianen Unterschenkels flächenhaftes Hämatom unklarer Genese, Reflex nur schwach auslösbar, Babinski negativ, Bewegungsstörung des linken Großzehengrundgelenkes, Zehenballen- und Fersengang mühevoll möglich,

Gesamtmobilität - Gangbild: leicht hinkendes Gangbild, keine Gehhilfe erforderlich, keine objektivierbare Sturzneigung,

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

myeloproliferatives Syndrom

2

Kompressionsbruch des 12. Brustwirbelkörpers mit erheblicher Höhenreduktion und degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule

3

generalisierter Psoriasisbefall

4

koronare Herzkrankheit bei Zustand nach Stentvers28orgung und Bluthochdruck

5

mittelgradige Schwerhörigkeit beidseits

6

chronisch obstruktive Lungenfunktionsstörung

7

Funktionsbehinderung des linken Großzehengrundgelenkes

8

periphere arterielle Verschlusskrankheit an den Beinen, Aortenaneurysma der Aorta abdominalis

9

Zosterneuralgie

10

Nabelbruch

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Zu den bereits anerkannten dauernden Gesundheitsschädigungen unter lf. Nr. 1) bis 7) werden die Leiden 8) bis 10) neu in das Gutachten aufgenommen. In Bezug auf die Zusatzeintragungen ergibt sich keine Änderung in Kalkül.

(...) 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 kurze Wegstrecke von mehr als 300 Metern zu Fuß ohne Unterbrechung, ohne überdurchschnittliche Kraftanstrengung, ohne große Schmerzen und ohne fremde Hilfe zurücklegen. Es sind keine Behelfe erforderlich, die das Ein- und Aussteigen sowie die sichere Beförderung unter Verwendung von Aufstiegshilfen und Haltegriffen in einem öffentlichen Verkehrsmittel wesentlich beeinträchtigen. Es besteht keine massive hochgradige Atemnot schon bei geringster Belastung und keine Indikation für eine Langzeitsauerstofftherapie. 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. Im rezenten Laborbefund des Hanusch Krankenhaus wird ein nur geringgradig verminderter Hämoglobinspiegel dokumentiert. Von Seiten der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit liegen keine Befunde vor, die eine interventionspflichtige Gefäßveränderung dokumentieren und sohin die im internistischen Befund konkludierte hochgradige Mobilitätseinbuße ausreichend begründen lassen. Von den anerkannten Leiden unter lf. Nr. 1) bis 10) geht keine hochgradige Schwäche mit einer Belastungsstörung aus, die eine Benützung öffentlicher Verkehrsmittel unzumutbar macht."

Im vom Sozialministeriumservice gewährten Parteiengehör gab der Beschwerdeführer eine Stellungnahme ab und führte im Wesentlichen aus, dass das Aortenaneurysma einen Querdurchmesser von 3,7 x 4,1 cm habe und der im Gutachten angeführte Wert der Längsdurchmesser sei. Die Schmerzen bestünden bei längerem Stehen und Gehen. Es würden im Gutachten auch Beschwerden durch Anämie erwähnt. Der Internist Dr. XXXX schätze in seinem Brief an das Bundessozialamt eine schmerzhafte Gehstrecke auf etwa 50 Schritte. Diese Mitteilung sei ignoriert worden. Bei den in die Tabelle neu aufgenommenen Beschwerden fehle die Anämie. Dazu lege er für die Sauerstoffversorgung relevant erscheinende Werte der Blutbefunde der letzten 1,5 Jahre tabellarisch zusammengefasst vor. Die Werte vom 06.06.2019 seien neu und dem Gutachter noch nicht zur Verfügung gestanden. Aus dieser Tabelle sei ersichtlich, dass die Anämie stetig fortschreite und eine Besserung nicht absehbar sei. Die Anämie und die PAV sollten jedenfalls in die Liste der Behinderungen aufgenommen und beim GdB berücksichtigt werden.

Zur Frage der Zumutbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel gab er an, dass die evidente Anämie nicht anerkannt und berücksichtigt worden sei. Die allgemein bekannten Symptome der Anämie seien Körperschwäche, Dyspnoe und schnelle Ermüdbarkeit. Genau diese Symptome empfinde der Beschwerdeführer insbesondere beim Gehen. Dass er eine kurze Wegstrecke von 300 Metern zurücklegen könne, sei unrichtig. Das sei eine Einschätzung ohne Berücksichtigung der Anämie. Diese Strecke könne er nur bewältigen, wenn nach jeweils 100 bis spätestens 150 Metern eine Sitzbank für eine Rast zur Erholung verfügbar sei. Er weise noch einmal auf die Einschätzung von Dr. XXXX hin, der von 50 schmerzfreien Schritten ausgehe. Dieser hätte immerhin die Gefäße der Beine sonographisch untersucht und dabei eine höhergradige Stenose im rechten Bein festgestellt. Auch im linken Bein gebe es kalkhaltige Läsionen. Der Beschwerdeführer legte ein Antwortschreiben der PVA hinsichtlich einer nicht bewilligten Rehabilitationsmaßnahme vor.

Aufgrund der Stellungnahme des Beschwerdeführers holte das Sozialministeriumservice eine Stellungnahme des Sachverständigen vom 22.10.2019 ein, die Folgendes ergab:

"Der Antragwerber ist mit dem Ergebnis des Ermittlungsverfahrens nicht einverstanden und legt einen Schriftverkehr mit der Pensionsversicherungsanstalt vom 25.03.2019 vor, in dem seinem Antrag auf Rehabilitation nicht stattgegeben wurde. Weiters kommt eine selbst geschriebene Liste der Hämoglobinwerte zur Vorlage.

Es werden keine neuen objektiven medizinischen Befunde vorgelegt.

Die Beurteilung der dauernden Gesundheitsschädigungen erfolgte auf Basis der klinischen Untersuchung vom 17.04.2019 unter Berücksichtigung der Aktenlage.

Im Gutachten wurde auf alle relevanten Gesundheitsschädigungen ausführlich eingegangen, die objektiven medizinischen Befunde auf ABL 3) detailliert angeführt und die Leiden unter lf. Nr. 1) bis 10) erfasst. Die geringgradig erniedrigten Hämoglobinwerte stehen im Zusammenhang mit der unter lf. Nr. 1) erfassten Gesundheitsschädigung und werden unter dieser Position ausreichend gewürdigt.

Die Unzumutbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel wurde im Gutachten auf ABL 6) ausführlich erörtert.

Es werden keine neuen objektiven medizinischen Befunde vorgelegt, die vom Ermittlungsergebnis abweichen und sohin kann keine Änderung in der Beurteilung der Leiden unter lf. Nr. 1) bis 10) und dem Kalkül, dass bei Nichterfüllung der erforderlichen Kriterien eben keine Unzumutbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel vorliegt, vorgenommen werden."

Mit Bescheid des Sozialministeriumservice vom 22.10.2019 wurde der gegenständliche 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 03.07.2019 sowie die Stellungnahme vom 22.10.2019 verwiesen.

Im Rahmen der fristgerecht dagegen erhobenen Beschwerde monierte der Beschwerdeführer, dass er in der Anamnese vom 14.04.2019 beim Gutachter im Zusammenhang mit der Wirbelimpression TH12 von Schmerzen beim Stehen und Gehen berichte. Das Gehen habe der Gutachter in der Aufzeichnung nicht wiedergegeben. Zudem habe der Gutachter die ebenfalls vorgelegte Stellungname von Dr. XXXX vom 04.02.2019 nicht erwähnt (nur 50 Schritte schmerzfrei). Die vom Gutachter geschätzte schmerzfreie Wegstrecke von 300 Metern weiche enorm davon ab. In der Tabelle der Funktionseinschränkungen fehle die Anämie. Der Gutachter hätte sie zwar registriert aber als geringgradig eingestuft und mit dem myleproliferativen Syndrom lfd. Nr. 1 als ausreichend gewürdigt bezeichnet. In der Einschätzungsverordnung seien die beiden Krankheiten aber eigenständig angeführt unter 10.01 und 10.03. Der Beschwerdeführer legte zudem neue Befunde vom 06.06.2019 und 05.09.2019 vor. Diese würden zweifellos eine weitere Verschlechterung der Anämie ausweisen. Seit der Untersuchung durch den Gutachter sei eine weitere schmerzhafte Verschlechterung seiner BWS eingetreten, nämlich ein Einbruch am Brustwirbel TH 9. Nunmehr hätte er auch Schmerzen beim Sitzen (neu vorgelegte Befunde vom 04.10.2019, 21.10.2019). Der Gutachter hätte zudem die Auswirkungen der Leiden auf seine Gesamtmobilität bloß einzeln beurteilt, nicht jedoch im Zusammenwirken. Er weise auf das erschwerende Zusammenwirken seiner wesentlichen Leiden COPD, myeloprofileratives Syndrom, Anämie und PAVK auf die Sauerstoffversorgung seiner Beinmuskulatur hin. Hinzu kämen die ständigen starken Schmerzen als Folge der Wirbelkörpereinbrüche. Seine schmerzfreie Gehstrecke liege daher deutlich unter 300m.

Das Sozialministeriumservice holte daraufhin ein Gutachten einer Fachärztin für Innere Medizin vom 13.01.2020, basierend auf einer Untersuchung am 18.12.2019, ein. Dieses ergab Folgendes:

"Anamnese:

Letzte Begutachtung am 17.4.2019: Abweisung der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel".

Dagegen wird Einspruch erhoben, beantragt wird eine Begutachtung durch einen Angiologen, Orthopäden, Lungenfacharzt sowie Hämatologen.

Derzeitige Beschwerden:

"Es sind wohl am Wohnort öffentliche Verkehrsmittel, aber am Zielort nicht. Kann längere

Strecken nicht gehen, nach 100m bekomme ich Schmerzen in beiden Waden und

Oberschenkeln. Habe auch Schmerzen im Rückenbereich. Der PKW ist besser gefedert, bei

den Öffis schmerzt es, wenn sie über den Kanaldeckel fahren. Laut Prof XXXX wird eine

Intervention an den Beinen nur zur Rettung des Beines gemacht. Bei längerem Gehen habe

ich ein Druckgefühl auf der Brust."

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Litalir, Dancor, Fosicomb, Urbason, TASS, Sortis, Prosta urgenin, Pro Macula, Anoro, Retacrit

Sozialanamnese: ledig, in Pension, ein Sohn

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Laborbefund vom 6.6.2019: Thrombocyten: 412G/l, Hg 11,2g/dl ?

nachgereicht: Laborbefund vom 6.12.2019: Hb 13,4mg/dl

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: gut

Ernährungszustand: adipös

Größe: 171 cm Gewicht: 88 kg Blutdruck: 140/80

Klinischer Status - Fachstatus:

HNAP frei, keine Lippenzyanose

Hals: keine Struma, keine pathologischen Lymphknoten palpabel

Thorax: symmetrisch Pulmo: leises AG, SKS

Herztöne: rein, rhythmisch, normofrequent

Abdomen: Leber und Milz nicht palpabel, kleine Nabelhernie, Rectusdiathase, keine Druckpunkte, keine Resistenzen, Darmgeräusche lebhaft

UE: keine Ödeme, Fußpulse links palpabel, rechts abgeschwächt, Haut warm, gut durchblutet, Besenreiser

Untersuchung im Sitzen und Liegen, selbständiges An- und Ausziehen

Gesamtmobilität - Gangbild: unauffällig, keine Hilfsmittel

Status Psychicus: allseits orientiert, Ductus kohärent

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

Lfd. Nr.

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

1

Myeloproliferatives Syndrom

2

degenerative Wirbelsäulenbeschwerden mit Kompressionsbruch Th12

3

Psoriasis

4

Koronare Herzkrankheit mit Zustand nach Stenting

5

mittelgradige Schwerhörigkeit

6

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

7

Funktionsbehinderung des Großzehengrundgelenkes links

8

periphere arterielle Verschlusskrankheit

9

Zosterneuralgie

10

Nabelbruch

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten: Keine.

(...) 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.

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

Nein.

Gutachterliche Stellungnahme: Es besteht eine koronare Herzerkrankung mit Zustand nach Stenting 2004, nach den vorliegenden Befunden, wie auch bei der hierorts durchgeführten Begutachtung in durchwegs kardiorespiratorisch kompensiertem Zustand. Zusätzlich besteht eine myeloproliverative Erkrankung unter Therapie stabilisiert - es besteht lediglich eine milde Thrombozytose. Eine behandlungsbedürftige Anämie besteht nicht. Darüber hinaus ist seit 2015 eine periphere arterielle Verschlusskrankheit bekannt. Eine Intervention hat nicht stattgefunden, aktuelle spezifische Untersuchungen liegen nicht vor. Klinisch präsentieren sich die unteren Extremitäten hierorts ausreichend kompensiert. Das Gangbild ist frei und unauffällig. Aus internistischer Sicht ist daher zusammenfassend eine erhebliche Erschwernis beim Zurücklegen kurzer Wegstrecken oder bei der sicheren Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel nicht begründbar ist. Bezüglich der weiteren dokumentierten Leiden siehe lungenfachärztliches und orthopädisches Gutachten."

Überdies holte das Sozialministeriumservice ein Gutachten einer Fachärztin für Orthopädie vom 14.01.2020, basierend auf einer Untersuchung am 18.12.2019, ein. Dieses ergab Folgendes:

"Anamnese:

Letzte Begutachtung am 17.4.2019

1 myeloproliferatives Syndrom

2 Kompressionsbruch des 12. Brustwirbelkörpers mit erheblicher Höhenreduktion und degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule

3 generalisierter Psoriasisbefall

4 koronare Herzkrankheit bei Zustand nach Stentversorgung und Bluthochdruck

5 mittelgradige Schwerhörigkeit beidseits

6 chronisch obstruktive Lungenfunktionsstörung

7 Funktionsbehinderung des linken Großzehengrundgelenkes

8 periphere arterielle Verschlusskrankheit an den Beinen, Aortenaneurysma der Aorta abdominalis

9 Zosterneuralgie

10 Nabelbruch

Neuerliche Begutachtung im Rahmen der Beschwerdevorentscheidung nach Abweisung der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel".

Zwischenanamnese seit 04/2019:

keine Operation, kein stationärer Spitalsaufenthalt

seit etwa 09/2019 zunehmende Beschwerden im Bereich der BWS, Fraktur BWK 9 wurde festgestellt, bisher keine Kyphoplastie

Derzeitige Beschwerden:

"Beschwerden habe ich in der Brustwirbelsäule, BWK 7 schon seit Jugend, BWK 9 seit heuer, August, mit plötzlich aufgetretenen starken Schmerzen. Schmerzmittel möchte ich nicht nehmen, da sie alle auf die Nieren gehen. Bekomme Injektionen durch den Facharzt für Orthopädie, heuer bereits dreimal, außerdem Physiotherapie. Eine Aufrichtungsoperation ist bis jetzt nicht vorgesehen.

Die Gehstrecke ist eingeschränkt auf etwa 100-150 m, dann suche ich eine Sitzgelegenheit, wenn ich länger gehe, habe ich Schmerzen. Die Gehstrecke ist wegen Durchblutungsstörungen seit 1 bis 2 Jahren eingeschränkt und jetzt auch wegen der Wirbelsäulenschmerzen. Die Schmerzen von der Brustwirbelsäule strahlen in den Brustkorb rechts aus, überlagert durch starke Schmerzen nach Herpes Zoster vor 3 Jahren im Bereich der mittleren BWS, BWK 8. Bin in der Schmerzambulanz Krankenhaus BHB in Behandlung. Hergekommen bin ich mit dem Taxi."

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Medikamente: Litalir, Dancor, Fosicomp, Urbason, ThromboASS, Sortis, Prostaurgenin, Pro Macula, Anoro Ellipta, Retacrit

Allergie: keine Medikamentenallergie

Nikotin: 18-20

Laufende Therapie bei Hausarzt Dr. XXXX

Sozialanamnese:

Ledig, ein Sohn, lebt alleine in Wohnung im 5. Stockwerk mit Lift +4 Stufen.

Berufsanamnese: Pensionist, Physiker

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Beschwerde von 2. 12. 2019 (Wirbelimpression TH12, Schmerzen beim Stehen und Gehen berichtet.

Polymorbidität, schmerzfreie Wegstrecke von etwa 50 Schritten

Verschlechterung der Brustwirbelsäule eingetreten, nämlich ein Einbruch am Brustwirbel TH 9. Die davon ausgehenden Schmerzen quälen mich nunmehr nicht nur beim Stehen und Gehen, sondern auch beim Sitzen

Ich weise dagegen auf das erschwerende Zusammenwirken meiner wesentlichen Leiden COPD, myeloproliferatives Syndrom, Anämie und PAVK auf die Sauerstoffversorgung meiner Beinmuskulatur hin. Dazu kommen die ständigen starken Schmerzen als Folge der Wirbelkörpereinbrüche.

Dieses Zusammenwirken schränkt meine schmerzfreie Gehstrecke drastisch ein. Jedenfalls auf deutlich unter 300 m.)

MRT der BWS 21.10.2019 (osteodestruktiver Prozess, alte Frakturen, eventuell Neufraktur BWK)

Röntgen BWS und LWS 4. 10. 2019 (Osteopenie. Massiv vermehrte Brustkyphose. Alter Plattwirbel an TH12 sowie älterer Keilwirbel an Th 9 und TH 7 Mäßige Osteochondrose an der gesamten BWS. Flachbogige, rechtskonvexe Krümmung. Mäßige Osteochondrose L4/L5 sowie deutliche Osteochondrose L5/S1. Geringe Spondylarthrose Osteopenie. Deutliche Arteriosklerose.)

Labor 5. 9. 2019

Nachgereichte Befunde:

Befund Dr. XXXX Facharzt für Innere Medizin 4. 2. 2019 (im Vordergrund steht periphere arterielle Verschlusskrankheit und Einschränkung der Gehstrecke auf 50 Schritte, in seiner Mobilität durch höhergradige Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung und limitiert, Behindertenparkplatz gerechtfertigt)

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: gut, 79 Jahre

Ernährungszustand: gut

Größe: 171 cm Gewicht: 88 kg Blutdruck:

Klinischer Status - Fachstatus:

Caput/Collum: klinisch unauffälliges Hör- und Sehvermögen, Hörgerät beidseits

Thorax: symmetrisch, elastisch

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

Abdomen: klinisch unauffällig, keine pathologischen Resistenzen tastbar, kein Druckschmerz. Narbenhernie.

Integument: Haut trocken, Segment TH 8 rechts: Narbe nach abgelaufenem Zoster

Schultergürtel und beide oberen Extremitäten:

Linkshänder. 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 Proximal und distal KG 5/5, Tonus und Trophik unauffällig.

Nacken- und Schürzengriff sind uneingeschränkt durchführbar.

Becken und beide unteren Extremitäten:

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

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

Die Beinachse ist im Lot. Symmetrische Muskelverhältnisse.

Beinlänge ident.

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

Großzehengrundgelenk links: geringgradige Umfangsvermehrung, keine Überwärmung, kein Entzündungszeichen, geringgradige Einschränkung des Bewegungsumfangs.

Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Hüften, Knie, Sprunggelenke frei, Zehen sind bis auf Großzehengrundgelenk links frei beweglich.

Das Abheben der gestreckten unteren Extremität ist beidseits bis 80° bei KG 5 möglich.

Kraft proximal und distal KG 5/5

Wirbelsäule:

Schultergürtel und Becken stehen horizontal, das Lot weicht geringgradig nach rechts ab, geringgradige skoliotische Fehlhaltung mit geringgradige Asymmetrie der Taillenfalten, deutlich Kyphose, Hinterhaupt-GreutterWandabstand 17 cm, sonst regelrechte Krümmungsverhältnisse. Die Rückenmuskulatur ist symmetrisch ausgebildet, mäßig Hartspann, Klopfschmerz über der mittleren BWS, ISG und Ischiadicusdruckpunkte sind frei.

Aktive Beweglichkeit:

HWS: in allen Ebenen frei beweglich

BWS/LWS: FBA: Kniegelenke werden erreicht, Seitneigen der BWS und LWS nach links 20°, nach rechts 10°

Lasegue bds. negativ, Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft auslösbar.

Gesamtmobilität - Gangbild: Kommt selbständig gehend mit Halbschuhen ohne Hilfsmittel, das Gangbild hinkfrei,

mäßig zügig. Das Aus- und Ankleiden wird selbständig im Sitzen durchgeführt.

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

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

Lfd. Nr.

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

1

Degenerative und posttraumatische Veränderungen der Wirbelsäule, Fraktur BWK 12 und 9

2

Funktionsbehinderung des linken Großzehengrundgelenkes g.Z.

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten: Keine Änderung zum Vorgutachten

(...) 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. Es liegen keine Funktionsbeeinträchtigungen der oberen und unteren Extremitäten und der Wirbelsäule vor, welche die Mobilität erheblich und dauerhaft einschränkten. Es sind belastungsabhängige Probleme im Bereich der Wirbelsäule im Vordergrund, welche die Steh- und Gehleistung mäßig einschränken. Die Gesamtmobilität ist jedoch ausreichend, um kurze Wegstrecken von etwa 300-400 m aus eigener Kraft und ohne fremde Hilfe ohne Unterbrechung zurücklegen zu können und um Niveauunterschiede zu überwinden, das sichere Aus- und Einsteigen ist möglich. An den oberen Extremitäten sind keine Funktionsbehinderungen fassbar, die Kraft seitengleich und gut, sodass die Benützung von Haltegriffen zumutbar und möglich ist. Insgesamt sind jedenfalls anlässlich der ho. Begutachtung, das vertretene Fach betreffend, auch unter Berücksichtigung aller aufliegenden Befunde, keine relevanten Funktionseinschränkungen zu objektivieren, die geeignet wären, eine erhebliche Erschwernis des Bewältigens der im Rahmen der Beschwerde angegebenen kurzen Wegstrecke ausreichend zu begründen.

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

Nein.

Gutachterliche Stellungnahme: siehe oben"

Des Weiteren holte das Sozialministeriumservice ein Gutachten eines Facharztes für Lungenheilkunde vom 22.01.2020, basierend auf einer Untersuchung am 10.01.2020, ein. Dieses ergab Folgendes:

"Anamnese:

Der Kunde führt aus, dass er wegen seiner arteriellen Verschlusskrankheit und seiner Rückenschmerzen einen Einspruch gegen den Bescheid erhoben hätte. Schon nach 100-150 Metern Gehstrecke komme es zu Schmerzen und müsse stehenbleiben. Eine Intervention, Operation oder Gefäßaufdehnung sei allerdings noch nicht erfolgt.

Die Rückenschmerzen bestünden seit einem Einbruch des 9.+12. Brustwirbelkörpers.

An COPD leide er schon seit Jahren und stünde in Betreuung bei Dr. XXXX , in einem Befundbericht vom 09.01.2019 wird eine COPD II, sowie eine "schwere Sauerstoffdiffusionsstörung" bzw. Lungenemphysem angegeben. Die Sauerstoffsättigung lag mit 96% im Normbereich.

Ein weiterer Befund dieses Lungenfacharztes vom 04.01.2018 führt aus, dass eine Messung der Atemgase bei Belastung keine Indikation zu einer Langzeitsauerstofftherapie ergeben hätte.

Ein gefäßchirurgischer Befund wird bzgl. der peripheren Durchblutung nicht vorgelegt, eine Erweiterung der Aorta steht in laufender Kontrolle an der Gefäßambulanz des Hanuschkrankenhauses.

Auf das Vorgutachten Dr. XXXX mit den dort zitierten Unterlagen und Befunden vom 17.04.2019, sowie Stellungnahme vom 22.10.2019 wird verwiesen, die dort zitierten Unterlagen und Befunde werden vom endgefertigten Sachverständigen eingesehen und berücksichtigt.

In der Beschwerde wurde auf Atemnot und Anämie hingewiesen.

Der behandelnde Internist Prof. Dr. XXXX hätte von einem gefäßchirurgischen Eingriff abgeraten.

Bei den Kunden ist ein myeloproliferatives Syndrom bekannt, sekundär führt dieses zu einer Anämie.

Vorgelegt wird ein Behindertenpass, wo 80% Grad der Behinderung bereits 2014 zuerkannt wurden.

Allergie: Pollen, Lactose

Alkohol: negiert, Nikotin: 20 Zigaretten tgl.

Derzeitige Beschwerden:

Rückenschmerzen, Atemnot bei Belastungen, Beinschmerzen schon nach 100-150 Metern

Gehstrecke, Wirbelsäulenprobleme. Bei schon kurzen Gehstrecken ginge ihm rasch die Luft

aus. An COPD leide er seit Jahren.

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Litalir, Dancor, Fosicomb, Urbason, Thrombo ASS, Sortis, Prosta Urgenin, Pro Macula, Anoro Ellipta, Retacrit

Sozialanamnese:

Pensionist, alleinstehend, kein Pflegegeldbezug

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

wie oben bei Anamnese angeführt, weiters MRT der BWS 21.10.2019: degenerative

Veränderungen, Verdacht auf Bruch des 9. Brustwirbelkörpers, degenerative

Veränderungen der Bandscheiben, Erweiterung der Hauptschlagader unterhalb der Nieren

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: 79-jähriger Mann im altersentsprechenden normalen Allgemeinzustand, keine Ruhedyspnoe, keine Lippenzyanose, keine mobile Sauerstoffversorgung

Ernährungszustand: leicht übergewichtiger Ernährungszustand

Größe: 171 cm Gewicht: 88 kg Blutdruck: 130/70

Klinischer Status - Fachstatus:

Kopf, Hals: keine obere Einflussstauung, keine Struma, keine Lippenzyanose, die Hirnnerven frei

Herz: systolisches Geräusch über allen Punkten, Frequenz: 90 pro Minute

Gliedmaßen + Wirbelsäule: siehe orthopädisches Fachgutachten

Lungenfunktionsprüfung: leichtgradige periphere Obstruktion, die Kriterien einer COPD werden nicht erreicht, bei Raumluftatmung normale Sauerstoffsättigung

Gesamtmobilität - Gangbild: altersentsprechende unauffällige Gesamtmobilität, es wird keine Gehhilfe verwendet

Status Psychicus: unauffällig, zeitlich- und örtlich orientiert, keine fassbaren kognitiven Defizite, ausgeglichene, freundliche Stimmungslage

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

Lfd. Nr.

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

1

Diskrete periphere chronisch-obstruktive Bronchitis

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten: Gegenüber dem Vorgutachten von Dr. XXXX wurde der Schweregrad der Atemwegserkrankung Nr. 6 den objektiven Messungen angepasst. Es liegt eine nur geringe grenzwertige COPD vor.

Stellungnahme zum Beschwerdeeinbringen des Kunden: Klinisch- und lungenfunktionell kann keine relevante bzw. höhergradige pulmonale Funktionsstörung festgestellt werden.

Die eigene Lungenfunktionsmessung ergab, dass die Kriterien einer COPD nicht erreicht werden.

Unter Einsichtnahme in den lungenärztlichen Befund Dr. XXXX vom 09.01.2019 mit der Angabe einer COPD II ist festzustellen, dass diese Funktionseinschränkung keine derartig hochgradige Atemnot auslösen könnte, wie sie in der Beschwerde angeführt wird.

Festzuhalten ist weiters, dass eine Messung der Atemgase in Ruhe und bei Belastung von 04.01.2018 festgestellt wurde, dass keine Indikation für eine Langzeitsauerstofftherapie vorliegt. Somit ist auf Basis dieses Befundes auch bei Belastung keine Sauerstoffzufuhr notwendig.

Die vorliegende Anämie erreicht keinen Schweregrad, welcher die Verabreichung von Bluttransfusionen notwendig machen würde. Auch diesbezüglich wird auf die normale Sauerstoffsättigung verwiesen.

(...) 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.

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

Nein.

Gutachterliche Stellungnahme: Es besteht keine höhergradige Atemnot schon bei geringen Belastungen, normale Atemgase in Körperruhe, keine Indikation zu Langzeitsauerstofftherapie, normale altersentsprechende Gesamtmobilität, keine höhergradigen Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates, keine kognitiven Defizite, sodass eine erhebliche Erschwernis der Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel nicht objektivierbar ist"

Schließlich holte das Sozialministeriumservice ein diese drei Gutachten zusammenfassendes Sachverständigengutachten der Fachärztin für Innere Medizin vom 26.01.2020 ein, das Folgendes ergab:

"(...) Auflistung der Diagnosen aus oa. Einzelgutachten zur Gesamtbeurteilung:

Lfd. Nr.

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

1

Myeloproliferatives Syndrom

2

degenerative Wirbelsäulenbeschwerden mit Kompressionsbruch Th12

3

Psoriasis

4

Koronare Herzkrankheit mit Zustand nach Stenting

5

mittelgradige Schwerhörigkeit

6

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

7

Funktionsbehinderung des Großzehengrundgelenkes links

8

periphere arterielle Verschlusskrankheit

9

Zosterneuralgie

10

Nabelbruch

11

Degenerative und posttraumatische Veränderungen der Wirbelsäule, Fraktur BWK 12 und 9

12

Funktionsbehinderung des linken Großzehengrundgelenkes g.Z.

13

Diskrete periphere chronisch-obstruktive Bronchitis

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten: Gegenüber dem Vorgutachten von Dr. XXXX wurde der Schweregrad der Atemwegserkrankung Nr. 6 den objektiven Messungen angepasst. Es liegt eine nur geringe grenzwertige COPD vor.

Stellungnahme zum Beschwerdeeinbringen des Kunden: Klinisch- und lungenfunktionell kann keine relevante bzw. höhergradige pulmonale Funktionsstörung festgestellt werden. Die eigene Lungenfunktionsmessung ergab, dass die Kriterien einer COPD nicht erreicht werden.

Unter Einsichtnahme in den lungenärztlichen Befund Dr. XXXX vom 09.01.2019 mit der Angabe einer COPD II ist festzustellen, dass diese Funktionseinschränkung keine derartig hochgradige Atemnot auslösen könnte, wie sie in der Beschwerde angeführt wird. Festzuhalten ist weiters, dass eine Messung der Atemgase in Ruhe und bei Belastung von 04.01.2018 festgestellt wurde, dass keine Indikation für eine Langzeitsauerstofftherapie vorliegt. Somit ist auf Basis dieses Befundes auch bei Belastung keine Sauerstoffzufuhr notwendig.

Die vorliegende Anämie erreicht keinen Schweregrad, welcher die Verabreichung von Bluttransfusionen notwendig machen würde. Auch diesbezüglich wird auf die normale Sauerstoffsättigung verwiesen.

(...) 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.

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

Nein.

Gutachterliche Stellungnahme: Es besteht eine koronare Herzerkrankung mit Zustand nach Stenting 2004, nach den vorliegenden Befunden, wie auch bei der hierorts durchgeführten Begutachtung in durchwegs kardiorespiratorisch kompensiertem Zustand. Ebenso besteht bei milder COPD keine höhergradige Atemnot schon bei geringen Belastungen, normale Atemgase in Körperruhe, keine Indikation zu Langzeitsauerstofftherapie. Zusätzlich besteht eine myeloproliverative Erkrankung unter Therapie stabilisiert - es besteht lediglich eine milde Thrombozytose. Eine behandlungsbedürftige Anämie besteht nicht. Darüber hinaus ist seit 2015 eine periphere arterielle Verschlusskrankheit bekannt. Eine Intervention hat nicht stattgefunden, aktuelle spezifische Untersuchungen liegen

nicht vor. Es liegen keine Funktionsbeeinträchtigungen der oberen und unteren Extremitäten und der Wirbelsäule vor, welche die Mobilität erheblich und dauerhaft einschränkten. Es sind belastungsabhängige Probleme im Bereich der Wirbelsäule im Vordergrund, welche die Steh- und Gehleistung mäßig einschränken. Die Gesamtmobilität ist jedoch ausreichend, um kurze Wegstrecken von etwa 300-400 m aus eigener Kraft und ohne fremde Hilfe ohne Unterbrechung zurücklegen zu können und um Niveauunterschiede zu überwinden, das sichere Aus- und Einsteigen ist möglich. An den oberen Extremitäten sind keine Funktionsbehinderungen fassbar, die Kraft seitengleich und gut, sodass die Benützung von Haltegriffen zumutbar und möglich ist. Klinisch präsentieren sich die unteren Extremitäten hierorts ausreichend kompensiert. Das Gangbild ist frei und unauffällig.

Daher ist zusammenfassend eine erhebliche Erschwernis beim Zurücklegen kurzer Wegstrecken oder bei der sicheren Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel nicht begründbar."

Mit verfahrensgegenständlichem Bescheid vom 28.01.2020 wies das Sozialministeriumservice die Beschwerde im Rahmen einer Beschwerdevorentscheidung ab und stellte fest, dass die Voraussetzungen für die Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" nicht vorliegen. Begründend wurde auf die Gutachten vom 13.01.2020, 21.01.2020 [richtig: 14.01.2020], 24.01.2020 [richtig: 22.01.2020] und das Gesamtgutachten vom 27.01.2020 [richtig: 26.01.2020] verwiesen.

Gegen diesen Bescheid stellte der Beschwerdeführer rechtzeitig einen Vorlageantrag und führte aus, dass die Internistin in ihrem Gutachten vom 13.01.2020 keine behandlungsbedürftige Anämie sehe, obwohl die Anämie seit Oktober 2019 mit Retacrit behandelt werde. Der Beschwerdeführer legte hierzu ein Rezept vom 11.10.2019 vor. Die Fachärztin für Orthopädie und der Facharzt für Lungenheilkunde hätten die Behandlung mit Retacrit sehr wohl in ihren Gutachten berücksichtigt. Diese Anämie beeinträchtige die körperliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers allgemein und die mangelhafte Sauerstoffversorgung seiner Beinmuskulatur besonders.

Die arterielle Verschlusskrankheit (PAW) werde von der Internistin erwähnt, aber als ausreichend kompensiert bezeichnet. Eine Einstufung der PAV gemäß Skala nach Fontaine hätte sie aber unterlassen. Diese sei relevant dafür, ob eine Einschränkung der Funktionen der unteren Extremitäten vorliege. Funktionseinschränkungen durch die Erkrankung von Gefäßen würden eine erhebliche Einschränkung der Funktionen der unteren Extremitäten darstellen. Eine Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel liege bei einer arteriellen Verschlusskrankheit ab II/B nach Fontaine und fehlender therapeutischer Option jedenfalls vor.

Die Fachärztin für Orthopädie beha

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

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