jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Bvwg Erkenntnis 2020/12/9 W265 2224807-1

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 09.12.2020

Entscheidungsdatum

09.12.2020

Norm

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

Spruch

W265 2224807-1/18E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Karin RETTENHABER-LAGLER als Vorsitzende und die Richterin Mag. Karin GASTINGER, MAS sowie die fachkundige Laienrichterin Dr. Christina MEIERSCHITZ als Beisitzerinnen über die Beschwerde von XXXX , geb. XXXX , vertreten durch den Kriegsopfer- und Behindertenverband für Wien, Niederösterreich und Burgenland, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Niederösterreich, vom 04.09.2019, 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:

Mit Schreiben vom 03.07.2018, eingelangt am 04.07.2018, stellte der Beschwerdeführer durch seine bevollmächtigte

Vertretung beim Sozialministeriumservice (in der Folge auch als belangte Behörde bezeichnet) einen Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses und auf Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung“ bzw. auf Ausstellung eines Ausweises gemäß § 29b StVO (Parkausweis). Dem Antrag legte er medizinische Befunde bei.

Mit Schreiben vom 27.07.2018, eingelangt am 30.07.2018, legte der Beschwerdeführer durch seine bevollmächtigte Vertretung einen weiteren medizinischen Befund vor.

Die belangte Behörde gab in der Folge zunächst ein Sachverständigengutachten einer Ärztin für Allgemeinmedizin unter Anwendung der Bestimmungen der Einschätzungsverordnung in Auftrag.

In dem auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 23.10.2018 basierenden allgemeinmedizinischen Gutachten vom 10.12.2018 wurde Folgendes – hier in den wesentlichen Teilen wiedergegeben – ausgeführt:

„Anamnese:
Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses bei peripher arterieller Verschlußkrankheit mit stabilem Zustand nach operativer Sanierung der rechten Leiste 12/2016 am XXXX (ohne aktuelle Gefäßbefunde).
Zustand nach Verschluß mit Venenbypass linke Leiste, 2008 Bifurkationsprothese bei Bauchaortenaneurysma, es liegen auch ein (unter Kontrolle größenstabiles) Aneurysma der Arteria iliaca communis, sowie ein komplikationsfreier Zustand nach Hüftendoprothese links (wegen Hüftkopfnekrose) 2012 vor.
Nikotinabusus, Hypertonie, Hyperlipidämie als Risikofaktoren.
Operative Sanierungen bei Bauchwandnarbenbruch 2011, 2016.

Aufgrund der Wegstreckeneinschränkung möchte der Aw "eigentlich einen Parkausweis" ausgestellt bekommen. (Antragstellung über KOBV)
Schlafapnoesyndrom, ED 2010 mit Maskenverordnung, Maskendruckanpassung 11/2013 XXXX , es wurden keine weiteren Befunde diesbezüglich vorgelegt; Keine infektiösen Exazerbationen, keine stationären Behandlungen dokumentiert,

eine lungenfachärztliche Kontrolle mit Spirometrie 07/2018 ergibt den Befund einer stabilen COPD II (FEV1 64%).,

Derzeitige Beschwerden:

Reduzierte körperliche Belastbarkeit, Aw müsse beim Gehen immer wieder Pausen einlegen, es sei kein schweres Heben möglich, alltägliche Verrichtungen erfolgen selbständig.

Aw erhält 2x jährlich Infusionsserien beim Facharzt für Neurologie (?), ein Kuraufenthalt in XXXX sei geplant.

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Thrombo Ass, Crestor, Enalapril,

Spiriva

Sozialanamnese:
verheiratet, 2 erwachsene Söhne, Pensionist

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

XXXX , 1. chirurg. Abteilung, 9.-21.12.2016: pAVK IIa beidseits, hochgradige Stenose der Arteria femoralis communis und das Profundaabganges, Narbenhernie abdominal.

Profundakunststoffinterposition, Veneninterponat femoralis superficialis rechts am 12.12.2016, Faszienverschluß mit PDS nach Herniotomie..komplikationsloser postoperativer Verlauf.. reguläre Durchblutung des Kunststoffbypasses der AFC, reguläres Flussignal der AFP.

XXXX , Radiologe 12.11.2016. ... claudicatio Symptomatik rechts mehr als links nach 300m seit >2 Jahren, über 10cm lange Verschlüsse der AFS bis in POP II reichend. Stenose in Höhe der Femoralisgabel in der MR Angiographie...Leisten TEA sinnvoll.

XXXX , 15.11.2013: CPAP Kontrollnacht zeigt leichte Störung der Schlafarchitektur mit geringem Mangel an Tiefschlaf. Schlafeffizienz 95%, verbrachte den Großteil der Nacht in Rückenlage, vereinzelte Hypopnoen unter Therapiedruck von 11cm H2o, daher geringe Drucksteigerung und gute Ergebnisse unter CPAP 12cm H20.

XXXX , 8.7.2012: Hüftkopfnekrose, Implantation eines Gelenksersatzes links. Z.n. Venenbypass linke Leiste.

XXXX , Lungenfacharzt, 6.7.2018: Spirometrie FEV1 63,75, Diagnose COPD ll

MR- Angiographie nach BIF Prothese (undatiert), proximale Anastomose regulär, 50% blendenförmige Stenose rechts distal, links keine relevante Stenosierung distal, die distale Arteria iliaca communis ist weiterhin, konstant zur Voruntersuchung aneurysmatisch dilatiert, alle drei Unterschenkelgefäße links und rechts regulär perfundiert

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand:

gut

Ernährungszustand:

übergewichtig

Größe: 172,00 cm Gewicht: 98,00 kg Blutdruck:

Klinischer Status – Fachstatus:

kommt frei gehend, unbegleitet zur Untersuchung, Rechtsdominanz, blande Narben nach

Gefäßsanierungen und op. saniertem Bauchwandbruch, sowie peripheren

Gefäßoperationen, kardiopulmonal kompensiert, Abdomen über Thoraxniveau, Wirbelsäule im Lot, keine funktionellen Beeinträchtigungen, gute Gelenksbeweglichkeit, keine Ödeme, warme Füße beidseits, periphere Pulse palpabel, kein Hinweis auf maßgebliche Beeinträchtigungen der peripheren Nervenleitung

Gesamtmobilität – Gangbild:

frei gehend, physiologisches Gangbild

Status Psychicus:

wach, allseits orientiert, freundlich-kooperativ, Stimmung euthym

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 Bifurkationsprothese bei Bauchaortenaneurysma 2008,

Operation bei Verschlußkrankheit lla beidseits (Leisten TEA mit Venenpatch links 12/2008, Sanierung bei Stenose der Arteria femoralis superficialis 12/2016), Hypertonie, Hyperlipidämie,

Nikotinabusus

Mittlerer Rahmensatz, da stabiler Zustand nach operativer Sanierung, Gehstreckeneinschränkung nachvollziehbar, aber keine trophischen Störungen. Blutdruck unter kombinierter Dauermedikation stabil.

05.03.02

30

2

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD II, ED mit

Maskentherapie 2010

Unterer Rahmensatz, da keine Komplikationen, FEV1 (bei Verlaufskontrolle 07/2018) 64%.

06.06.02

30

3

Hüftgelenksersatz links 2012

Unterer Rahmensatz, da keine Komplikationen, kein maßgebliches funktionelles Defizit postoperativ.

02.05.07

10

Gesamtgrad der Behinderung 30 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Leiden 2, 3 sind nicht maßgeblich ungünstig wechselwirksam, erhöhen daher Leiden 1 nicht.

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

-

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Begründung für die Änderung des Gesamtgrades der Behinderung:
[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 erhebliche, die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel verunmöglichende Einschränkung der Mobilität oder körperlichen Leistungsfähigkeit durch die festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen Es kann eine kurze Wegstrecke ohne fremde Hilfe zurückgelegt werden, das Ein- und Aussteigen, sowie der sichere Transport in einem öffentlichen Verkehrsmittel sind gewährleistet.

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

Nein."

Mit Schreiben vom 10.12.2018 brachte die belangte Behörde dem Beschwerdeführer das Ergebnis der Beweisaufnahme in Wahrung des Parteiengehörs gemäß § 45 AVG zur Kenntnis und räumte ihm die Möglichkeit einer Stellungnahme ein.

Mit Schreiben vom 28.12.2018 erstattete der Beschwerdeführer durch seine bevollmächtigte Vertretung eine Stellungnahme, in der im Wesentlichen ausgeführt wurde, das eingeholte Gutachten trage dem gravierenden Beschwerdebild des Beschwerdeführers nicht ausreichend Rechnung. Aufgrund der hochgradigen Verschlüsse und der COPD sei seine Gehstrecke auf rund 60 Meter eingeschränkt und könne eine Gehstrecke von mehr als 300 Metern in angemessener Zeit nicht zurückgelegt werden. Das Leiden 2 stelle eine relevante Zusatzbeeinträchtigung dar und müsste folglich den Gesamtgrad der Behinderung erhöhen. Zudem seien die Einholung eines internistischen sowie pulmologischen Fachgutachtens erforderlich. Bei richtiger Beurteilung des Gesamtbildes erscheine eine Einstufung des Behinderungsgrades mit mindestens 50 v. H. jedenfalls gerechtfertigt und sei die Erreichbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel aufgrund der eingeschränkten Wegstrecke nicht gegeben.

Mit Schreiben vom 02.01.2019, eingelangt am 03.01.2019, legte der Beschwerdeführer durch seine bevollmächtigte Vertretung weitere medizinische Befunde vor.

Die belangte Behörde gab in der Folge ein weiteres Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Innere Medizin unter Anwendung der Bestimmungen der Einschätzungsverordnung in Auftrag.

In dem auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 24.04.2019 basierenden internistischen Gutachten vom 24.06.2019 wurde Folgendes – hier in den wesentlichen Teilen wiedergegeben – ausgeführt:

„Anamnese:
Siehe VGA 2018 – GdB 30%

1. Zustand nach Bifurkationsprothese bei Bauchaortenaneurysma 2008, Operation bei Verschlußkrankheit lla beidseits (Leisten TEA mit Venenpatch links 12/2008, Sanierung bei Stenose der Arteria femoralis superficialis 12/2016), Hypertonie, Hyperlipidämie, Nikotinabusus – 30%
2. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD II, ED mit Maskentherapie 2010 - 30% 3. Hüftgelenksersatz links 2012 – 10%

relevante internistische Anamnese:

St.p. Implant. einer konv. Bif.prothese bei BAA 10/08

Leisten-TEA li. 12/08

Z.n. Herniotomie und Lap 12/2011 bei Hernia cic.

Kunststoffpatch re. Leiste und protheto-fem. VBP re. 12/16

COPD II, OSAS

AHT

03/04 2019 Kuraufenthalt XXXX (E-Brief sollte nachgereicht werden, ist bis dato nicht eingelangt)

Derzeitige Beschwerden:

„Ich habe v.a. Beschwerden im rechten Bein, ohne Stöcke kann ich ca. 60m gehen, mit Stöcken ein paar Hundert Meter, dann bekomme ich Schmerzen im re. Bein, links nicht. Die Schmerzen ziehen nach oben, da mache ich dann ca. 5min. Pause, dann kann ich weitergehen. Wenn ich langsam gehe, kann ich weiter gehen, bei schnellem Gehen wird die Gehstrecke kürzer.“

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Medikamente: Spiriva 18µg 1-0-0, ASS Hexal 100mg 1-0-0, Crestor 20mg 0-0-1, Enalapril 20mg ½-0-0

Hilfsmittel: CPAP-Maske, Walkingstöcke

Tagesablauf: lesen, Gartenarbeit, 2-3x/Woche walken

Sozialanamnese:
Verh., 2 Kinder, EH, Pens., war bei der XXXX .

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Arztbrief XXXX , Wien, 11.3.2019:

Diagnosen: PAVK IIb, Leisten-TEA li. 12/08, Kunststoffpatch re. Leiste und protheto-fem. VBP re. 12/16, St.p. Implant. einer konv. Bif.prothese bei BAA 10/08, Z.n. Herniotomie und Lap. 12/2011, Hernia cic., HLP, COPD II, Nik.abusus, AHT, Panikattacken – Empfehle den Versuch einer Rehab.

Ärztlicher Befundbericht XXXX Wien, am 04.10.2018:

Duplexsonografisch Verschluss der A. femoralis superficialis mit Reperfusion im P2 Segment der Art. poplitea - Verlaufskontrolle empfohlen.

Ärztlicher Befundbericht XXXX Wien 10.9.2018:

Bei der heutigen Erstvorstellung gibt der Pat. Schmerzen in den Beinen re>li nach einer Gehstrecke von ca. 50m an.

Doppler Index: a.d.p.re. 0.5, li.. 0.6, a.t.p. re.0.6, li. 0.65

Arterienmessung: re. höhergradig, li. mittelgradig red. peripher-art. Pulsoszillationen

Diag.: PAVK St. II re. > li.. UE, Zn. Y-Prothese 2008 und Revision rechts 2016 bei langstr. fempop-Verschluss re. u. A.pop-Verschluss li., lt- MRA 50% Rezidivstenose (Afe) re., arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Übergewicht - Fortführung der konservativen Allgemeinmaßnahmen und der Pharmakotherapie wie bisher.

MR-Tomographie der Becken- und Beinarterien, Radiologie XXXX , 10.8.2018:

-Distale Aorta-Beckengefäße:

Status post aortoiliacaler Bifurkation-Prothese. An der distalen Anastomose findet sich eine etwa 50%ige blendenförmige Stenose rechts. Die distale Arteria iliaca communis ist weiterhin aneurysmatisch dilatiert (max. 2,4cm, somit konstant zur Voruntersuchung).

-Rechte untere Extremität:

Status post Patchplastik in der rechten Leiste, regulärer Abgang der Arteria fermoralis profunda. Die AFS ist vom Abgang weg vollständig verschlossen, Rekonstruktion auf Höhe des P2-Segments über ausgedehnte Profundakollateralen. Alle drei Unterschenkelgefäße sind regulär perfundiert.

-Linke untere Extremität:

Regulärer Patchplastik der lliacalgefäße, regulärer Abgang der Femoralgefäße aus dem Patch. Geringe Kaliberunregelmäßigkeiten der proximalen AFS, bis zu hochgradige Stenosen im mittleren Drittel der AFS. Verschluß der distalen AFS sowie des P1-Segmentes mit einer Länge von 12 cm, Rekonstruktion im P2-Segment über Profundakollateralen.

Alle drei Unterschenkelgefäße sind regulär perfundiert.

Lungenfachärztlicher Befund XXXX Wien 06.07.18: COPD II

E-Brief XXXX , Wien 21.12.2016:

Femoralis communis – Profundakunstoffinterposition und Veneninterponat Protheto - femoralis superficialis rechts, Faszienverschluss mit PDS nach Herniotomie

Diagnosen bei Entlassung:

PAVK Stadium lla bds

Hochgradige Stenose der Arteria femoralis communis und des Profundaabganges

Hernia cicatricea abdominalis

Befundbericht XXXX , Wien, 2.11.2016:

Claudicatio-Symptomatik re <li nach 300m seit etwa 2 Jahren. In einer MR-Angiografie vom 10/16 über 10cm lange Verschlüsse der AFS bis in das POP II reichend. Stenose in Höhe der Femoralisgabel rechts, die auch h.o. duplexsonografisch verifiziert werden konnte. Procedere: Angesichts des klinischen Stadiums würde ich von einer Intervention (Rekanalisierung der Verschlüsse) Abstand nehmen. Sinnvoll wäre alierdings eine LeistenTEA rechts.

MR-Angiographie der Becken- und Beingefäße beidseits 21.10.2016:

11 cm lange distale AFS Verschlüsse bds. mit lokalen Kollateralen.

Befundbericht XXXX , Wien, 24.10.2016:

PAVK IIb re.>li., langstreckiger Polpiteaverschluß bds.,, Iliacaaneurysma + Stenose re., AFSStenose re. – Gefäßrekonstruktion re. indiziert.

MR-Angiographie der Becken-Bein Arterien, Radiologie XXXX , Wien, 27.08.2014:

1. Z.n. Bifurkations-Prothese mit regulär durchgängiger Beckenachse bds., nur rechts Abbildung eines 2,4cm breiten, fusiformen Aneurysmas der A. iliaca communis, offenbar an der distalen Anastomose.

2. Reguläre Femoralis-Bifurkation rechts mit relativer Abgangsstenose der A. femoralis profunda, links Z.n. Patch-Plastik und minimale Abgangsstenose der A. fem. superficialis.

3. Die distale A. femoralis superficialis bds. im Adduktorenkanal verschlossen, re. 12,2cm lang, links 12,6cm lang, mit Kollateraien und Anschluss nach distal zur A. poplitea auf Kniegelenkshöhe.

4. Links zeigt die distale Femoralis superficialis noch zusätzlich eine kurzstreckige Stenose im mittleren Drittel von knapp über 50%.

5. Nach distal zarte, jedoch reguläre Kontrastierung der drei Unterschenkelarterien bds., rechts verdämmert die A. tibialis anterior im distalen Drittel.

Schlaflaborbefund XXXX Wien, 15.11.2013:

Mittelgradiges REM-betontes therapiepflichtiges obstruktives Schlafapnoesyndrom, Restless legs, COPD

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand:

gut

Ernährungszustand:

übergewichtig

Größe: 172,00 cm Gewicht: 94,00 kg Blutdruck: 110/70 mmHg

Klinischer Status – Fachstatus:

Caput/Collum: unauffällig

Thorax: unauffällig

Cor: Herztöne rein, rhythmisch, mittellaut, normofrequent

Pulmo: normaler Klopfschall, Basen normal verschieblich, reines VA

Abdomen: Bauchdecke über Thoraxniveau, kein Druckschmerz, keine Resistenzen,
Leber am Ribo, Milz nicht tastbar, Nierenlager nicht dolent, blande Lap.narbe, Narbenbruch, blande Narben bd. Leisten

HWS: KJA: 2 cm

Rotation und Seitneigung altersentsprechend

BWS: im Lot

LWS: FBA: USCH-Mitte, Seitneigung bis OSCH-Mitte

OE: Schultergelenke: Arm über Kopf- Bewegung möglich,
Nacken-Kreuzgriff bds. altersentsprechend
Ellbogengelenke: bds. altersentsprechend
Handgelenke: bds, altersentsprechend
Hand mit Fingergelenken: bds. altersentsprechend, Faustschluß bds. durchführbar

UE: Sitzen mit 90° flektierter Hüfte und Knie möglich
Hüften: bds. endlagig eingeschränkt, blande Narbe links
Knie: bds. endlagig eingeschränkt
Sprunggelenke:altersentsprechend
Fußpulse: A.d.p. re. tb., die übrigen nicht tb.
Venen: Varikositas bds.
Ödeme: keine

Gesamtmobilität – Gangbild:

AS kommt mit 2 Walkingstöcken, Einbein-Zehen-und Fersengang möglich, An-und Auskleiden erfolgt selbständig , problemloser Transfer auf die Untersuchungsliege.

Status Psychicus:

AS in allen Ebenen orientiert, gut kontakt-und auskunftsfähig, Stimmung ausgeglichen, Gedankenductus klar, logisch, Affekt stabil

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

Periphere arterielle Verschlußkrankheit

Unterer Rahmensatz nach Implantation einer Bifurkationsprothese bei

Bauchaortenaneurysma 2008, Leistenrekonstruktion bds. (2008 und

2016) und gut kollateralisiertem Verschluß im Bereich der

Oberschenkelarterie bds., berücksichtigt die behandelte Hypertonie

05.03.03

50

2

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD II)

Unterer Rahmensatz bei stabilem Verlauf unter etablierter Therapie

06.06.02

30

3

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS)

Unterer Rahmensatz bei etablierter nächtlicher CPAP-Therapie

06.11.02

20

4

Hüftgelenksersatz links 2012

Unterer Rahmensatz, da keine Komplikationen, kein maßgebliches funktionelles Defizit postoperativ.

02.05.07

10

Gesamtgrad der Behinderung 50 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Leiden 1 wird durch die übrigen bei fehlender Leidensbeeinflussung nicht erhöht.

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

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Leiden 1 wird entsprechend der Gefäßmorphologie um 2 Stufen höher eingeschätzt, Leiden 2 bleibt unverändert, Leiden 3 (vormals im Leiden 2 inkludiert) wird gesondert eingeschätzt, Leiden 4 als vormaliges Leiden 3 wird entsprechend dem Vorgutachten ebenfalls unverändert eingeschätzt.

Begründung für die Änderung des Gesamtgrades der Behinderung:

Durch die höhere Einschätzung von Leiden 1 um 2 Stufen ändert sich der Gesamtgrad der Behinderung und beträgt nun 50% von Hundert.
[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?

Es zeigen sich keine relevanten Einschränkungen von Seiten des Stütz-und Bewegungsapparates. Von Seiten des Herz/Kreislaufsystems ist AS kompensiert. Die behandelte COPD führt zu keiner erheblichen Funktionseinschränkung, die das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke relevant beeinflussen würde. Bei bekannter PAVK besteht neben den bereits erfolgreich revaskularisierten Veränderungen jeweils ein Verschluß im Bereich der Oberschenkelarterie (diese Veränderung ist bereits in einem Befund 2014 beschrieben) und ist durch gute Kollateralbildung (Ausbildung von Umgehungskreisläufen) versorgt mit gutem Abstrom in alle 3 Unterschenkelgefäße (siehe MR-Befund 08/2018). Die subjektive Gehstrecke wird unter Verwendung von Hilfsmitteln (Walkingstöcke) mit ein paar Hundert Metern angegeben, weshalb das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke möglich und somit die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel zumutbar ist. Das Ein-und Aussteigen, sowie der sichere Transport sind aus internistischer Sicht nicht eingeschränkt.

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

Mit Schreiben vom 21.06.2019, eingelangt am 24.06.2019, urgierte der Beschwerdeführer durch seine bevollmächtigte Vertretung die Erledigung seines Antrages.

Mit Schreiben vom 26.06.2019 brachte die belangte Behörde dem Beschwerdeführer das Ergebnis der Beweisaufnahme in Wahrung des Parteiengehörs gemäß § 45 AVG zur Kenntnis und räumte ihm die Möglichkeit einer Stellungnahme ein.

Mit Schreiben vom 12.07.2019 erstattete der Beschwerdeführer durch seine bevollmächtigte Vertretung eine Stellungnahme, in der im Wesentlichen ausgeführt wurde, dass beim Beschwerdeführer, wie sich aus einem beiliegenden Befund ergebe, eine langjährig bestehende PAVK IIb mit mehreren Interventionen vorliege. Trotz dieser mehrfachen Interventionen bestehe bei ihm eine deutlich eingeschränkte Gehleistung. In einem Gehstreckentest habe eine maximale Gehstrecke von 235 Metern zurückgelegt werden können, schmerzfrei sei dies sogar nur bis 108 Meter möglich gewesen. Gemäß ständiger Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes sei die Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel dann gegeben, wenn eine kurze Wegstrecke von 300-400 Metern nicht bewältigt werden könne. Insbesondere liege die Unzumutbarkeit aber gemäß den Erläuterungen auch dann vor, wenn eine arterielle Verschlusskrankheit ab IIb bei fehlender therapeutischer Option vorliege. Da beim Beschwerdeführer sowohl eine PAVK IIb vorliege als auch die Gehstrecke auf weniger als 300 Meter eingeschränkt sei, seien die Voraussetzungen für die Vornahme der Zusatzeintragung gegeben. Mit der Stellungnahme wurde in medizinischer Befund vorgelegt.

Die befasste Fachärztin für Innere Medizin nahm in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 03.09.2019 zu den erhobenen Einwendungen Stellung und führte aus wie folgt:

„Antwort(en):

Im nachgereichten Entlassungsbrief XXXX - Aufenthalt 27.03.2019 bis 17.04.2019 - wird die max. Gehstrecke bei Entlassung mit 235 m mit einer durch konsequentes Gehtraining (das ja als Therapiemaßnahme weiterhin empfohlen wird) dokumentierten Verbesserung gegenüber der Aufnahme angegeben, wobei festzuhalten ist, dass dieser Wert mit einer 12%-igen Steigung ermittelt wurde, Werte in der Ebene sind nicht vorliegend.

Im Rahmen der Untersuchung vom 24.4.2019 gibt AS unter Verwendung von Hilfsmitteln (Walkingstöcke) eine Gehstrecke von einigen hundert Metern an, somit ist die Wegstrecke zur Erreichung eines öffentlichen Verkehrsmittels möglich.

Es ergibt sich keine Änderung."

Mit angefochtenem Bescheid vom 04.09.2019 wies die belangte Behörde den Antrag des Beschwerdeführers auf Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung auf Grund einer Behinderung" in den Behindertenpass ab. Im Ermittlungsverfahren sei ein Gutachten eingeholt worden. Nach diesem Gutachten lägen die Voraussetzungen für die Zusatzeintragung nicht vor. Die wesentlichen Ergebnisse des ärztlichen Begutachtungsverfahrens seien der Beilage, die einen Bestandteil der Begründung bilde, zu entnehmen. Dem Beschwerdeführer sei Gelegenheit gegeben worden, zum Ergebnis des Ermittlungsverfahrens Stellung zu nehmen. Dessen Ergebnisse seien als schlüssig erkannt und in freier Beweiswürdigung der Entscheidung zu Grund gelegt worden. Mit dem Bescheid wurde dem Beschwerdeführer die ergänzende Stellungnahme übermittelt.

Mit Schreiben vom 04.09.2019 teilte die belangte Behörde dem Beschwerdeführer mit, dass laut Ergebnis des medizinischen Ermittlungsverfahrens ein Grad der Behinderung von 50 % festgestellt worden sei. Die Voraussetzungen für die Zusatzeintragung „Der Inhaber/die Inhaberin des Passes ist TrägerIn einer Prothese" lägen vor. Der Behindertenpass werde ihm in den nächsten Tagen übermittelt werden und werde unbefristet ausgestellt.

Mit Schreiben vom 05.09.2019 wurde dem Beschwerdeführer der Behindertenpass übermittelt.

Mit Schreiben vom 21.10.2019 erhob der Beschwerdeführer durch seine bevollmächtigte Vertretung fristgerecht Beschwerde. Darin wurde im Wesentlichen ausgeführt, im eingeholten Sachverständigengutachten seien die Einschränkungen des Beschwerdeführers nicht dem tatsächlichen Ausmaß entsprechend beurteilt worden und die Ausführungen des Sachverständigen seien im Lichte der vorgelegten Befunde nicht nachvollziehbar. Beim Beschwerdeführer liege eine langjährig bestehende PAVK IIb mit mehreren Interventionen vor. Trotz dieser mehrfachen Interventionen bestehe bei ihm eine deutlich eingeschränkte Gehleistung und es komme nach einer Gehstrecke von 50 Metern zu Schmerzen, die ihn zu einer Pause zwängen. Die Anmarschwege zu öffentlichen Verkehrsmitteln könnten daher nicht (binnen angemessener Zeit) zurückgelegt werden. Der Beschwerdeführer sei zudem auf die Benützung von Hilfsmitteln angewiesen und es werde hierdurch die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel erschwert. Mit einer erneuten Operation sei das Risiko des Beinverlustes verbunden, weshalb derzeit keine (zumutbaren) Therapieoptionen bestünden. Nach den Erläuterungen seien daher entsprechend der Judikatur erhebliche Einschränkungen der Funktionen der unteren Extremitäten anzunehmen und die Voraussetzungen für die Vornahme der Zusatzeintragung in den Behindertenpass somit gegeben. Weiteres leide der Beschwerdeführer an Atemnot infolge seiner COPD und auch dies wirke sich erschwerend auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel aus. Zum Beweis werde die Einholung von Sachverständigengutachten aus den Bereichen Angiologie und Lungenheilkunde beantragt. Mit der Beschwerde wurde ein medizinischer Befund vorgelegt.

Mit Schreiben vom 25.10.2019 legte die belangte Behörde die Beschwerde und den Verwaltungsakt dem Bundesverwaltungsgericht vor, wo diese am selben Tag einlangten.

Mit Schreiben vom 20.12.2019, eingelangt am 23.12.2019, legte der Beschwerdeführer durch seine bevollmächtigte Vertretung einen weiteren medizinischen Befund vor.

Mit Auftragsschreiben vom 14.02.2020 ersuchte das Bundesverwaltungsgericht eine Ärztin für Allgemeinmedizin und Fachärztin für Unfallchirurgie um Erstellung eines medizinischen Sachverständigenbeweises aus dem Bereich der Allgemeinmedizin und Orthopädie, basierend auf persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers.

In dem auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 29.05.2020 basierenden Gutachten vom 20.07.2020 wurde Folgendes – hier in den wesentlichen Teilen wiedergegeben – ausgeführt (Hervorhebungen im Original):

„SACHVERHALT:

Gegen den Bescheid des Bundesamts für Soziales und Behindertenwesen vom 4. 9. 2019, mit welchem der Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel" in den Behindertenpass abgewiesen wird, wird Beschwerde vorgebracht.

Im Beschwerdevorbringen des BF vom 21.10.2019, Abl. 88-90, wird eingewendet, dass eine langjährig bestehende PAVK IIb mit Zustand nach Intervention vorliege.

Die Gehleistung sei deutlich eingeschränkt, Schmerzen nach 50m und eine Pause sei erforderlich. Er sei auf die Benützung von Hilfsmitteln angewiesen. Derzeit bestehe keine zumutbare Therapieoption.

Er leide an Atemnot infolge einer COPD.

Zwischenanamnese:

08/2019 Hernienoperation, Bauchnetzimplantation bei Narbenbruch nach Aortenoperation

Vorgeschichte:

Bifurkationsprothese bei Bauchaortenaneurysma 2008

PAVK beidseits: LeistenTEA mit Venenpatch links 2008,

201 1 Leistenoperation bei H. cicatricea

12/2016 Kunststoffpatch rechte Leiste und protheto-femoraler Venenbypass rechts, alle 3 Unterschenkelarterien regulär perfundiert.

Arterielle Hypertonie

COPD II, Obstr. Schlafapnoesyndrom, Z.n. Nikotinabusus

Varikositas, ggr. CVI

HTEP links 2012

2019 Kuraufenthalt XXXX

Im Rahmen der aktuellen Begutachtung nachgereichte Befunde: keine

Sozialanamnese: verheiratet, 2 Kinder, lebt in Einfamilienhaus

Berufsanamnese: Pensionist, XXXX

Medikamente: Arosuva Spiriva, Pradaxa, Nomexor

Allergien: 0, Nikotin: 0

Laufende Therapie bei Hausarzt XXXX , XXXX

Derzeitige Beschwerden:

„Die Gehstrecke ist eingeschränkt, mit Wanderstöcken kann ich etwa 100 m gehen, dann habe ich Schmerzen und muss eine Pause machen, kann dann langsam weitergehen. Ohne

Stöcke habe ich beim Gehen immer Schmerzen.

Habe immer wieder Krämpfe, Besserung mit Magnesium. Bin in der Gefäßambulanz XXXX und bei Facharzt für Angiologie in regelmäßiger Behandlung, eine weitere Operation wäre zu gefährlich, derzeit ist keine Operation geplant.

Habe Rhythmusstörungen, ein 24 h EKG ist derzeit in Abklärung.

Bzgl. Lungenerkrankung nehme ich täglich einen Spray, derzeit diesbezüglich keine

Beschwerden.“

STATUS:

Allgemeinzustand gut, Ernährungszustand gut.

Größe 172 cm, Gewicht 95 kg, Alter: 76a

Caput/Collum: klinisch unauffälliges Hör- und Sehvermögen

Thorax: symmetrisch, elastisch

Atemexkursion seitengleich, sonorer Klopfschall, VA, keine obstruktiven Geräusche. HAT rein, rhythmisch.

Abdomen: klinisch unauffällig, keine pathologischen Resistenzen tastbar, kein

Druckschmerz.

Integument: unauffällig

Schultergürtel und beide oberen Extremitäten:

Rechtshänder. Der Schultergürtel steht horizontal, symmetrische Muskelverhältnisse.

Die Durchblutung ist ungestört, die Sensibilität wird als ungestört angegeben.

Die Benützungszeichen sind seitengleich vorhanden.

Sämtliche Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Schultern, Ellbogengelenke, Unterarmdrehung, Handgelenke, Daumen und Langfinger seitengleich frei beweglich. Grob- und Spitzgriff sind uneingeschränkt durchführbar. Der Faustschluss ist komplett, Fingerspreizen beidseits unauffällig, die grobe Kraft in etwa seitengleich, Tonus und Trophik unauffällig.

Nacken- und Schürzengriff sind uneingeschränkt durchführbar.

Becken und beide unteren Extremitäten:

Freies Stehen 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.

Durchblutung: periphere Pulse nicht sicher tastbar, Kapillarfüllungszeit geringgradig verzögert, die Füße warm

Retikuläre Varizen, keine Ödeme.

Sensibilität wird als ungestört angegeben. Die Beschwielung ist in etwa seitengleich. Hüftgelenk links: Narbe bei Totalendoprothese, keine Schmerzen auslösbar Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Hüften S links 0/100, rechts 011 10, bds IRIAR 10/0/30, Knie,

Sprunggelenke und Zehen sind seitengleich frei beweglich

Das Abheben der gestreckten unteren Extremität ist beidseits bis 60 0 bei KG 5 möglich.

Wirbelsäule:

Schultergürtel und Becken stehen horizontal, in etwa im Lot, annähernd regelrechte

Krümmungsverhältnisse. Die Rückenmuskulatur ist symmetrisch ausgebildet, mäßig

Hartspann, kein Klopfschmerz über der Wirbelsäule. Geringgradige Asymmetrie der

Taillenfalten

Aktive Beweglichkeit:

HWS: in allen Ebenen frei beweglich

BWS/LWS: FBA: 10 cm, Rotation und Seitneigen jeweils 25°

Lasegue bds. negativ, Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft auslösbar.

Gesamtmobilität – Gangbild:

Kommt selbständig gehend mit Halbschuhen, das Gangbild hinkfrei und unauffällig.

Das Aus- und Ankleiden wird selbständig im Sitzen durchgeführt.

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

Stimmungslage ausgeglichen.

STELLUNGNAHME:

ad 1) Diagnosenliste

1) Periphere arterielle Verschlusskrankheit, Hypertonie

2) chronische obstuktive Lungenerkrankung COPD II

3) Obstruktives Schlafapnoesyndrom

4) Hüfttotalendoprothese links

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

Nein, Im Bereich der Gelenke der unteren Extremitäten liegen keine höhergradigen

Funktionseinschränkungen vor. Weder im Bereich der Hüftgelenke bei Hüfttotalendoprothese noch Kniegelenke noch Sprunggelenke und Füße konnte eine höhergradige Funktionseinschränkung festgestellt werden.

Erhebliche Komorbiditäten der oberen Extremitäten liegen nicht vor, das Erreichen von Haltegriffen, das Festhalten ist unbeschränkt möglich, da ausreichend Kraft und Beweglichkeit im Bereich der gesamten oberen Extremität beidseits vorliegt.

ad 3) Liegen erhebliche Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit vor?

Nein. Im Rahmen der klinischen Untersuchung stellten sich ein guter Allgemeinzustand und ein sehr guter Ernährungszustand dar. Eine höhergradige kardiopulmonale

Funktionseinschränkungen oder anderweitige Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit ist nicht objektivierbar.

Eine maßgebliche Lungenfunktionseinschränkung liegt bei COPD II nicht vor, siehe dokumentierten Lungenfunktionstest Abl. 25.

Leichte Belastungen, wie das Zurücklegen kurzer Wegstrecken von 300-400 m und das Benützen öffentlicher Verkehrsmittel, sind zumutbar und möglich.

In welchem Ausmaß wirken sich die festgestellten Leidenszustände in Zusammenschau mit den im Gutachten Abl. 55-62 auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel aus?

Die arterielle Verschlusskrankheit führt zu keiner erheblichen Einschränkung der Gehleistung. Nach mehrmaliger Revaskularisierung liegen nach wie vor Stenosen beidseits vor. Die Peripherie der unteren Extremitäten ist jedoch durch die ausreichende Ausbildung von Umgehungskreisläufen versorgt: siehe MRT Abl. 43-45. Der Befund steht in Einklang mit dem klinischen Status. Beide Füße sind warm und in der Peripherie gut durchblutet. Das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke von 300-400 m ist in Anbetracht der Befundlage zumutbar und möglich.

Die COPD II unter Dauertherapie führt zu keiner relevanten Funktionseinschränkungen, eine mobile Sauerstoffversorgung ist nicht erforderlich.

Das obstruktive Schlafapnoesyndrom unter nächtlicher CPAP Therapie Beeinträchtigung

Somit ist das Zurücklegen einer Gehstrecke von rund 10 min, entsprechend einer Entfernung von rund 300-400 m ist möglich.

Das Überwinden von Niveauunterschieden, wie zum Beispiel beim Ein-und Aussteigen in bzw. aus öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich.

Das sichere Bewegen und das Anhalten in öffentlichen Verkehrsmittel ist möglich, eine erhebliche Gangbildbeeinträchtigung oder Gangunsicherheit konnte nicht festgestellt werden. Das Anhalten ist nicht erheblich erschwert, erhebliche Funktionseinschränkungen beider oberer Extremitäten insbesondere der Hände konnten nicht festgestellt werden.

Art und Ausmaß allfälliger Schmerzzustände, die speziell mit der Benützung öffentlicher

Verkehrsmittel einhergehen, können nur indirekt erfasst werden.

Anhand des beobachteten Gangbilds - Gangbild hinkfrei und unauffällig des aktuellen

Untersuchungsergebnisses mit ausreichender Beweglichkeit sämtlicher Gelenke der unteren Extremitäten, und der derzeitigen Therapieerfordernis (analgetische Bedarfsmedikation) ergibt sich kein Hinweis auf höhergradige

Schmerzzustände, welche das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke, das Überwinden von Niveauunterschieden und das Benützen öffentlicher Verkehrsmittel erheblich erschweren könnten

Eine Therapierefraktion hinsichtlich der angegebenen Beschwerden ist nicht gegeben, da von einer Intensivierung multimodaler konservativer Maßnahmen, insbesondere analgetischer und physikalischer Therapie mit Gehtraining, eine Beschwerdeerleichterung zu erwarten wäre.

ad 4) Stellungnahme zu den Einwendungen des BF Abl. 88-90

Vorgebracht wird, dass eine langjährig bestehende PAVK IIb mit Zustand nach Intervention vorliege. Die Gehleistung sei deutlich eingeschränkt, Schmerzen nach 50m und eine Pause sei erforderlich. Er sei auf die Benützung von Hilfsmitteln angewiesen. Derzeit bestehe keine zumutbare Therapieoption,

Er leide an Atemnot infolge einer COPD.

Dem wird entgegengehalten, dass zwar eine periphere arterielle Verschlusskrankheit dokumentiert ist, jedoch die Gefäßveränderungen nicht in einem Ausmaß vorliegen, welches das Zurücklegen einer Wegstrecke von 300-400 m verunmöglichen würde. Eine maßgebliche Einschränkung der Gehstrecke ist mit der dokumentierten Durchblutungssituation der unteren Extremitäten mit Darstellbarkeit sämtlicher Gefäße, ausreichendem Umgehungskreislauf und warmen Füßen nicht in Einklang zu bringen.

Die subjektiven Angaben der Einschränkung der Gehstrecke fließen in die Beurteilung ein, maßgeblich sind jedoch objektive Befunde, siehe auch Abl. 94, angiologischer Befund vom

14.10.2019: Dopplerindex über 0,5 (somit keine höhergradige Stenose) und duplexsonografisch gutes Ergebnis bei Zustand nach Interventionen

Eine höhergradige Lungenfunktionseinschränkung liegt nicht vor, eine

Langzeitsauerstofftherapie ist nicht etabliert.

Stellungnahme zu den Befunden Abl. 71 bis 75, 94, 99-101:

Abl. 101 Duplexsonographie 12.12.2019 (Verschluss AFS rechts) — Befund beschreibt zwar den Verschluss, jedoch nicht die Revaskularisation nach Intervention.

Abl 94 Befund XXXX FA für Innere Medizin vorn 14. 102019 (Schmerzen nach 50m,

PAVK II rechts > links, mäßig gut kompensiert, Dopplerindex über 0,5 und duplexsonografisch gutes Ergebnis bei Zustand nach Intervention Z.n. Y-Prothese,

Hypertonie, COPD) - untermauert Richtigkeit der getroffenen Beurteilung.

Abl. 71-75 Bericht XXXX 17.4.2019 (periphere Gefäßerkrankung, Z.n. LeistenTEA links 2008, Z.n. Prothese bei BAA 2008, Kunststoffpatch rechte Leiste und protheto-fem. VBP rechts 2016, 2018: AFS bds verschlossen, alle 3 Unterschenkelgefäße jedoch bds regulär perfundiert, Hypertonie, COPD II, Varikositas, HTEP links 2012) - untermauert Richtigkeit der getroffenen Beurteilung. Die Einschränkung der Gehstrecke bei Entlassung auf 235 m mit einer 12-prozentigen Steigung, ohne Dokumentation der Gehstrecke in der Ebene bzw. beim Bergabgehen, ist als alleiniges Testergebnis nicht ausreichend aussagekräftig für beantragte Zusatzeintragung.

Abl. 66 Befund XXXX , interventionelle Radiologie 11. 3. 2019 (MR Angiografie

08/2018: zentraler Verschluss AFSS (sic), mit Restitution ab Poplitea II,

12 cm langer Verschluss der AFSS, crural ATP beidseits dominant, Gehstrecke max.50m.

Diagnose: pAVK IIb, etc

Therapie: die Okklusion der A. fernoralis superficiatis endovaskulär gut zugänglich.

Angesichts der zentralen Okklusion der AFSD würde eine erfolgreiche Behandlung kaum einen Vorteil in der Gehstrecke nach sich ziehen.

Rechts (?) käme ohnehin eine Reoperation in Betracht.

Procedere: Rehabilitation) — keine neuen Informationen

Abl. 43-45 MRT Becken-und Beinarterien vom 10. 8. 2018 (Zustand nach aortoiliakaler Bifurkations-Prothese, rechts an der distalen Anastomose 50 %ige Stenose, Aneurysma distale A.iliaca communis, 2,4 cm, konstant zur Voruntersuchung.

rechts: Zustand nach Patchplastik rechte Leiste, AFS rechts vollständig verschlossen, Rekonstruktion auf Höhe P2-Segment über ausgedehnte Profundakollateralen, alle 3

Unterschenkelgefäße sind regulär perfundiert.

links: reguläre Patchplastik der Iliacalgefäße links, geringe Kaliberunregelmäßigkeit proximale ASS, hochgradige Stenose im mittleren Drittel, Verschluss der distalen AFS und des P1 Segment in einer Länge von 12 cm, Rekonstruktion im P2 Segment über Profundakollateralen, alle 3 Unterschenkelgefäße sind regulär perfundiert.) — Befunde wird der Beurteilung zugrunde gelegt

Abl- 40-42 Befund XXXX Facharzt für Innere Medizin, Angiologie 10. 9. 2018 (Schmerzen rechts mehr als links nach 50 m, Dopplerindex jeweils über 0,5, pAVK II rechts mehr als links, konservative Therapie) — Befunde wird der Beurteilung zugrunde gelegt

Abl. 38-39 farbcodierte Duplexsonographie der Becken-und Beinarterien 4. 10. 2018

(Verschluss der A.femoralis superficialis mit Reperfusion im P2 Segment der Arteria poplitea, Zustand nach Y-Prothese) — untermauert Richtigkeit der getroffenen Beurteilung

Abl. 25 Befund XXXX Facharzt für Lungenheilkunde 6. 7. 2018 (FeV1 % FVC 64, COPD II)

- Befund wird der Beurteilung zugrunde gelegt

Abl. 22-23 Orthopädische Abteilung XXXX 14. 7. 2012 (Implantation einer Hüfttotalendoprothese links, etc) - Befund wird der Beurteilung zugrunde gelegt

Abl. 18 Befund XXXX Schlaflabor vom 15.11.2013 (mittelgradiges therapiepflichtige obstruktives Schlafapnoesyndrom: CPAP, restless legs, COPD, etc) - für beantragte Zusatzeintragung nicht relevant. Restless legs: nicht durch aktuelle Bef. belegt.

Abl. 17 MRT Angiographie der Becken-Bein-Arterien 27. 8. 2014 – Befund nicht aktuell

Abl. 16 Befund XXXX Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie 24. 10. 2016 (pAVK IIb rechts mehr als links, Popliteaverschluss beidseits AFS Stenose rechts, Gefäßrekonstruktion rechts mit PTA und Stent der A. iliaca communis rechts,

Fernoropopliteal-lll-Venenbypass rechts indiziert) – präoperativer Befund.

Abl. 15 MRT Angiographie der Becken-und Beingefäße beidseits vom 20. 10. 2016 (11 cm lange distale AFS Verschlüsse beidseits mit lokalen Kollateralen) - präoperativer Befund

Abl. 14 Befund XXXX 12. 11. 2016 (Claudicatio nach 300 m seit 2 Jahren, Verschlüsse der AFS beidseits) – präoperativer Befund.

Abl. 13 Befund 1. Chirurgie XXXX 21. 12 2016 (PAVK lla beidseits, A femoralis communis-Profundakunststoffinterposition rechts) — Befund wird der Beurteilung zugrunde gelegt.

ad 5) Stellungnahme zu allfälliger von den angefochtenen Gutachten 1. Instanz Abl. 88-90, 76 abweichenden Beurteilung?

Keine abweichende Beurteilung hinsichtlich beantragter Zusatzeintragung.

ad 6) Feststellung ob bzw. wann eine Nachuntersuchung erforderlich ist.

Eine Nachuntersuchung ist nicht erforderlich.

ad 7) Wurden im Rahmen der nunmehrigen Begutachtung Befunde vorgelegt, welche der Neuerungsbeschränkung unterliegen?

Nein.“

Mit Schreiben vom 29.07.2020 brachte das Bundesverwaltungsgericht den Verfahrensparteien das Ergebnis der Beweisaufnahme in Wahrung des Parteiengehörs gemäß § 45 AVG iVm § 17 VwGVG zur Kenntnis und räumte ihnen die Möglichkeit einer Stellungnahme ein.

Mit Schreiben vom 14.08.2020 erstattete der Beschwerdeführer durch seine bevollmächtigte Vertretung eine Stellungnahme, in der ausgeführt wurde, dass das Sachverständigengutachten dahingehend nicht nachvollziehbar sei, dass dem Beschwerdeführer eine Wegstrecke von 300 bis 400 Metern und somit die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel zumutbar und möglich wäre. Die vorgelegten fachärztlichen Befunde, welche eine PAVK IIb mit einer Gehstrecke von 50 Metern bescheinigen würden, stünden im Widerspruch zu dieser Einschätzung. Aufgrund dieser Diagnose werde die Einholung eines angiologischen Fachgutachtens beantragt. Sollte ein solches Gutachten nicht eingeholt werden, werde der Antrag auf Durchführung einer mündlichen Verhandlung zur Erörterung mit der Sachverständigen aufrechterhalten.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1. Feststellungen:

Der Beschwerdeführer ist Inhaber eines Behindertenpasses mit einem festgestellten Grad der Behinderung von 50 v. H.

Er stellte am 04.07.2018 beim Sozialministeriumservice einen Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung“ in den Behindertenpass bzw. Ausstellung eines Ausweises gemäß § 29b StVO (Parkausweis).

Beim Beschwerdeführer bestehen folgende Funktionseinschränkungen, die voraussichtlich länger als sechs Monate andauern werden:

- Periphere arterielle Verschlusskrankheit, Hypertonie
- chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD II)
- obstruktives Schlafapnoesyndrom
- Hüfttotalendoprothese links

Die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel ist dem Beschwerdeführer trotz dieser Funktionseinschränkungen möglich und zumutbar. Die Leidenszustände des Beschwerdeführers stellen zweifellos eine Beeinträchtigung seines Alltagslebens dar, schränken jedoch den Transport mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht erheblich ein.

Hinsichtlich der beim Beschwerdeführer bestehenden einzelnen Funktionseinschränkungen, deren Ausmaß, der wechselseitigen Leidensbeeinflussung und insbesondere der Auswirkungen der Funktionseinschränkungen auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel werden die diesbezüglichen Beurteilungen im oben wiedergegebenen allgemeinmedizinischen und orthopädischen Sachverständigengutachten vom 20.07.2020, die sich hinsichtlich der Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel auch mit den Einschätzungen in den bereits von der belangten Behörde eingeholten Gutachten vom 24.06.2019 und 10.12.2018 decken, zu Grunde gelegt.

2. Beweiswürdigung:

Die Feststellungen zum Behindertenpass und zur Antragsstellung ergeben sich aus dem Akteninhalt.

Die Feststellung der Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel, die zur Abweisung der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung“ führt, gründet sich auf das durch das Bundesverwaltungsgericht eingeholte Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Unfallchirurgie und Ärztin für Allgemeinmedizin vom 20.07.2020, basierend auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 29.05.2020. Dabei berücksichtigte die Sachverständige die vom Beschwerdeführer in Vorlage gebrachten medizinischen Beweismittel.

Trotz der beim Beschwerdeführer bestehenden Funktionseinschränkungen erreichen die Einschränkungen der Funktionen der unteren Extremitäten und der körperlichen Belastbarkeit kein Ausmaß, das eine Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel bedingen würde.

Die Sachverständige stellte aufgrund der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 29.05.2020 im

Wesentlichen fest, dass keine höhergradigen Funktionseinschränkungen im Bereich der Gelenke der unteren Extremitäten, auch nicht im Bereich der Hüftgelenke aufgrund der Hüfttotalendoprothese links, und keine erheblichen Komorbiditäten der oberen Extremitäten vorliegen. Auch höhergradige kardiopulmonale Funktionseinschränkungen oder anderweitige Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit sind nicht objektivierbar. Die arterielle Verschlusskrankheit führt zu keiner erheblichen Einschränkung der Gehleistung. Nach mehrmaliger Revaskularisierung liegen zwar nach wie vor Stenosen beidseits vor, die Peripherie der unteren Extremitäten ist jedoch durch ausreichende Ausbildung von Umgehungskreisläufen versorgt, beide Füße sind warm und in der Peripherie gut durchblutet. Trotz der COPD II besteht auch keine maßgebliche Lungenfunk

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

© 2025 JUSLINE

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

www.jusline.at