jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Bvwg Erkenntnis 2024/10/17 W217 2286812-1

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 17.10.2024

Entscheidungsdatum

17.10.2024

Norm

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

1. § 1 heute
2. § 1 gültig ab 22.09.2016 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 263/2016
3. § 1 gültig von 01.01.2014 bis 21.09.2016

1. BBG § 42 heute
2. BBG § 42 gültig ab 19.07.2024zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 98/2024
3. BBG § 42 gültig von 01.04.2017 bis 18.07.2024zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 120/2016
4. BBG § 42 gültig von 12.08.2014 bis 31.03.2017zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 66/2014
5. BBG § 42 gültig von 01.01.2003 bis 11.08.2014zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002
6. BBG § 42 gültig von 01.07.1994 bis 31.12.2002zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994
7. BBG § 42 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 26/1994
8. BBG § 42 gültig von 01.07.1990 bis 31.12.1993

1. BBG § 45 heute
2. BBG § 45 gültig ab 19.07.2024zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 98/2024
3. BBG § 45 gültig von 12.08.2014 bis 18.07.2024zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 66/2014
4. BBG § 45 gültig von 01.06.2014 bis 11.08.2014zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2013
5. BBG § 45 gültig von 01.01.2014 bis 31.05.2014zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 71/2013
6. BBG § 45 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2013zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 51/2012
7. BBG § 45 gültig von 01.01.2011 bis 31.12.2013zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 111/2010
8. BBG § 45 gültig von 01.01.2003 bis 31.12.2010zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002
9. BBG § 45 gültig von 01.09.1999 bis 31.12.2002zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 177/1999
10. BBG § 45 gültig von 01.07.1994 bis 31.08.1999zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994
11. BBG § 45 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 26/1994
12. BBG § 45 gültig von 01.07.1990 bis 31.12.1993

1. B-VG Art. 133 heute

2. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2019 bis 24.05.2018zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2017
3. B-VG Art. 133 gültig ab 01.01.2019zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 22/2018
4. B-VG Art. 133 gültig von 25.05.2018 bis 31.12.2018zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 22/2018
5. B-VG Art. 133 gültig von 01.08.2014 bis 24.05.2018zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 164/2013
6. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2014 bis 31.07.2014zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 51/2012
7. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2004 bis 31.12.2013zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2003
8. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.1975 bis 31.12.2003zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 444/1974
9. B-VG Art. 133 gültig von 25.12.1946 bis 31.12.1974zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 211/1946
10. B-VG Art. 133 gültig von 19.12.1945 bis 24.12.1946zuletzt geändert durch StGBl. Nr. 4/1945
11. B-VG Art. 133 gültig von 03.01.1930 bis 30.06.1934

Spruch

W217 2286812-1/15E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Julia STIEFELMEYER als Vorsitzende und die Richterin Dr. Margit MÖSLINGER-GEHMAYR sowie die fachkundige Laienrichterin Verena KNOGLER BA, MA als Beisitzerinnen über die Beschwerde von Ing. XXXX , geb. XXXX , gegen den Bescheid des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen, Landesstelle Niederösterreich, vom 07.02.2024, OB: XXXX , betreffend die Abweisung des Antrages auf Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung“ in den Behindertenpass gemäß § 42 und § 45 Bundesbehindertengesetz (BBG), zu Recht erkannt:Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Julia STIEFELMEYER als Vorsitzende und die Richterin Dr. Margit MÖSLINGER-GEHMAYR sowie die fachkundige Laienrichterin Verena KNOGLER BA, MA als Beisitzerinnen über die Beschwerde von Ing. römisch 40 , geb. römisch 40 , gegen den Bescheid des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen, Landesstelle Niederösterreich, vom 07.02.2024, OB: römisch 40 , betreffend die Abweisung des Antrages auf Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung“ in den Behindertenpass gemäß Paragraph 42 und Paragraph 45, Bundesbehindertengesetz (BBG), zu Recht erkannt:

A)

Der Beschwerde wird stattgegeben und der angefochtene Bescheid behoben.

Die Voraussetzungen für die Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung“ in den Behindertenpass liegen vor.

B)

Die Revision ist gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG nicht zulässigDie Revision ist gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG nicht zulässig.

Text

Entscheidungsgründe:

I. Verfahrensgang:römisch eins. Verfahrensgang:

1. Herr Ing. Günther SCHNEIDER (in der Folge „Beschwerdeführer“) begehrte am 10.10.2023 beim Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen (Kurzbezeichnung: Sozialministeriumservice; in der Folge belangte Behörde genannt) unter Beilage eines Konvolutes an medizinischen Befunden die Ausstellung eines Behindertenpasses sowie die

Vornahme der Eintragung des Zusatzvermerkes „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass.

2. In der Folge holte die belangte Behörde ein Sachverständigengutachten ein:

Dr.in XXXX , Ärztin für Allgemeinmedizin, führt in ihrem Gutachten vom 29.12.2023 basierend aufgrund persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers aus:Dr.in römisch 40 , Ärztin für Allgemeinmedizin, führt in ihrem Gutachten vom 29.12.2023 basierend aufgrund persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers aus:

„Anamnese:

Für den Kunden sei es kein gutes Jahr gewesen, er habe einen Herzinfarkt gehabt und einen vierfachen Bypass bekommen. Den Herzinfarkt habe er gar nicht so bemerkt, er habe beim flach liegen Atembeschwerden gehabt über mehrere Tage, sei dann zum Arzt für die OP Freigabe wegen dem Knie, der habe ein EKG gemacht und einen Ruhepuls von 200 festgestellt und ihn mit der Rettung ins Krankenhaus geschickt, dort wurde ihm gesagt, dass er einen Hinterwandinfarkt gehabt habe. Es folgte die Bypass-Operation. Früher sei er sehr sportlich gewesen und viel mit Nordic Walking unterwegs, jetzt gehe er sehr langsam und nicht mehr als 100 m, da die Herzbelastbarkeit nicht gegeben sei und die Knie schmerzen.

Derzeitige Beschwerden:

Er könne das linke Knie nicht abbiegen und es schmerze belastungsabhängig, deswegen wolle er mit der Prothese rechts noch zuwarten. Die Beine schwellen an wegen den Herzproblemen, er müsse konsequent Stützstrümpfe tragen. Vor seinem Haus sei ein Behindertenparkplatz, mit einem Parkpickerl könnte er direkt dort parken und in der Nähe von Geschäften. Er kriege oft nirgendwo einen Parkplatz.

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Keine laufenden Behandlungen. Medikamente: Gerofol, Eliquis, Ezerosu, Jardiance, Concor, Spirono, Durotiv, Furon, Entresto. 2 Unterarmstützkrücken (nicht zur Untersuchung mitgebracht). Stützstrümpfe.

Sozialanamnese:

Pensionist, sozial integriert. Kein Pflegegeldbezug.

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Entlassungsbericht Reha XXXX , 6.6.2023: Entlassungsbericht Reha römisch 40 , 6.6.2023:

Koronare Mehrgefäßerkrankung, Z.n. 4fach Bypass

Entlassungsbericht LK XXXX , 20.5.2023: Entlassungsbericht LK römisch 40 , 20.5.2023:

Zustand nach aortokoronarer Vierfach-Bypass OP mit LIMA ad LAD, Vene ad RIVP der RCA, Vene ad R.

margirjialis I der CX sowie Vene ad R. diagonalis am 22.4.2023 margirjialis römisch eins der CX sowie Vene ad R. diagonalis am 22.4.2023

postoperativer Pleuraerguss links

CMP mit mittelgradig reduzierter LVF Hypertonie

bekannter Linksschenkelblock

Vorhofflimmern

chronisch venöse Insuffizienz der US-Venen beidseits kleine

ovaläre Verdichtungsstruktur im rechten Unterlappen - z.B. lintrafissuraler Lymphknoten

OSAS anamnestisch

Refluxösophagitis

(ED: 5/2021)

Zustand nach Divertikelblutung

kleine axiale Hiatushernie

Gonarthrose rechts

Zustand nach Knie-TEP links Hypercholesterinämie

Nierenzysten beidseits

Entlassungsbericht LK XXXX , 10.3.2023: Entlassungsbericht LK römisch 40 , 10.3.2023:

Herzinsuffizienz NYHA III-IV

Radiologischer Befundbericht academic health, 24.1.2023:

Beurteilung

Normaler Befund nach Endoprothese des linken Kniegelenks mit den Zeichen eines festen Prothesensitzes.

Entlassungsbericht Reha XXXX , 1.2.2023: Entlassungsbericht Reha römisch 40 , 1.2.2023:

Gonarthrose utr. - Z.n. KTEP sin am 3.11 KTEP dext geplant 15.3.23

KTEP sin

Hyperlipidämie

Hypertonie, arteriell

Z.n.Gastroösophageale Refluxkrankheit

Chron. venöse Insuffizienz

Adipositas, nicht näher bezeichnet

Z.n. Divertikelblutung-05/21

Aorta ascendens erweitert auf 4 cm

Z.n. APE, Z.n. TE, Z.n. Ulcus ventriculi

Z.n. OP einer H. umb., Z.n. Claviciüla-Fraktur D229 multiple Naevi

KLSB - pro BNP 967

E790 Hyperurikämie

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand:

regelrecht

Ernährungszustand:

adipös

Größe: 182,00 cm Gewicht: 112,30 kg Blutdruck: 120/90mmHg

Klinischer Status – Fachstatus:

Kopf: Pupillen gleichweit, rund, prompte Reaktion auf Licht und Konvergenz.

Hirnnervenaustrittspunkte frei. Umgangssprache wird problemlos verstanden. Sprachstatus unauffällig.

Hals: Unauffälliger Tastbefund

Brustkorb: symmetrisch, blande Thorakotomienarbe

Pulmo: auskultatorisch unauffällig

Cor: arhythmisch, leise

Bauch: Bauchdecke weich, über Thoraxniveau. Blande Narbe nach Herniotomie.

Kein Druckschmerz, keine Abwehrspannung. Nierenlager beidseitig frei.

Obere Extremitäten:

Beide Schultern gleich hoch stehend, Nackengriff, Bogenschluss und Schürzengriff vollständig, Schulter- und Ellbogengelenke altersentsprechend aktiv und passiv frei beweglich.

Handgelenke: frei beweglich, Spreizen der Finger, Schlüssel- und Pinzettengriff sowie Faustschluss uneingeschränkt.

Durchblutung und Sensibilität der oberen Extremitäten uneingeschränkt.

Wirbelsäule: im Lot, Becken im Stehen gerade, kein Druck- oder Klopfschmerz

HWS: frei beweglich

BWS: frei beweglich

LWS: frei beweglich

Untere Extremitäten: Bande Narbe nach Knie TEP links, Flexion bis 90° möglich, im übrigen endlagig bewegungseingeschränkt. Rechtes Knie arthrotisch verplumpt, bandstabil, endlagig bewegungseingeschränkt.

Die übrigen Gelenke altersentsprechend aktiv und passiv frei beweglich. Kompressionsstrümpfe werden getragen, Knöchelödeme bds. Durchblutung und Sensibilität uneingeschränkt.

Lasegue bds. negativ.

Gesamtmobilität – Gangbild:

Gangbild breitbasig, etwas schwerfällig, zur Untersuchung kein Gehbehelf. Ausreichend sicher.

Status Psychicus:

Psychisch orientiert, geordnet, bewusstseinsklar. Stimmung euthym, affektiv normal schwingungsfähig, gut kontaktfähig, Gedanken in Form und Inhalt geordnet, psychomotorisch ausgeglichen. Grob keine kognitiven oder mnestischen Defizite fassbar. Keine Suizidgedanken oder — tendenzen, keine psychotischen Zeichen.

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

Koronare Herzkrankheit (KHK), Zustand nach Vierfachbypassoperation 4/2023

Unterer Rahmensatzwert, da mittelgradige Einschränkung der Linksventrikelfunktion, Bluthochdruck und Vorhofflimmern unter oraler Antikoagulation mitberücksichtigt

05.05.03

50

2

Abnützungen beider Kniegelenke, Zustand nach Prothese links

Oberer Rahmensatzwert, da Flexionsdefizit links nach Knie-TEP ohne Hinweis auf Lockerung, Gonarthrose rechts

02.05.19

30

3

Nicht insulinabhängige Zuckerkrankheit

1 Stufe über dem unteren Rahmensatzwert da gute Einstellung unter oraler Medikation

09.02.01

20

4

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS),

Unterer Rahmensatzwert, da Indikation zu nächtlicher Beatmungstherapie (non vult)

06.11.02

20

5

Unterschenkelschwellungen beidseits

1 Stufe über dem unteren Rahmensatzwert, da Kompression erforderlich, Gelenksbeweglichkeit nicht eingeschränkt, chronisch venöse Insuffizienz (DD kardial)

05.08.01

20

Gesamtgrad der Behinderung 60 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Der Gesamtgrad der Behinderung ergibt sich aus der führenden Gesundheitsstörung 1, welche durch die Gesundheitsstörung 2 aufgrund von zusätzlicher Beeinträchtigung hinsichtlich Mobilität um 1 Stufe angehoben wird. Die Gesundheitsstörungen 3-5 heben aufgrund von Geringfügigkeit bzw. fehlender negativer Beeinflussung der Gesundheitsstörung 1 nicht weiter an.

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

Z.n. Divertikelblutung-05/21

Refluxösophagitis

- keine klinische Relevanz berichtet

Nierenzysten bds.- keine funktionellen Einschränkungen evident

Darüber hinaus sind sämtliche Gesundheitsschädigungen in der Einschätzung berücksichtigt.

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

entfällt (Erstgutachten)

Änderung des Gesamtgrades der Behinderung im Vergleich zu Vorgutachten:

entfällt (Erstgutachten)

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. Es bestehen keine Einschränkungen der Mobiltät, welche das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke, das Überwinden der für öffentliche Verkehrsmittel üblichen Niveauunterschiede (somit das Ein- und Aussteigen) sowie den sicheren Transport nicht zuließen. Weiters bestehen keine kardiopulmonalen oder psychiatrischen Limitationen, die eine Kontraindikation hinsichtlich der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel darstellen. Erhebliche Einschränkungen der Funktionen der unteren Extremitäten liegen nicht vor, seitens der Wirbelsäule keine absolute Spinalkanalstenose, keine Claudicatio spinalis, keine neurologischen Ausfälle oder andere Einschränkungen, welche eine erhebliche Gangerschwernis bedingen. Die Verwendung eines Gehbehelfs ist zumutbar. Die Hantierfunktion ist ausreichend. Die

körperliche Belastbarkeit ist nicht erheblich eingeschränkt. Die psychischen und intellektuellen Fähigkeiten und Funktionen sind ausreichend. Eine schwere anhaltende Erkrankung des Immunsystems, eine hochgradige Sehbehinderung, Blindheit oder Taubblindheit liegt nicht vor. Die kardiale Belastbarkeitsbreite ist ausreichend erhalten. Seitens der Knieprothese links kein Hinweis auf Lockerung oder Malfunktion.

2. Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel - Liegt ein Immundefekt vor im Rahmen dessen trotz Therapie erhöhte Infektanfälligkeit und wiederholt außergewöhnliche Infekte wie atypische Pneumonien auftreten?
Nein

(...)"

3. Dieses Gutachten wurden dem Beschwerdeführer zur Kenntnis gebracht.

4. Mit Bescheid vom 07.02.2024 wurde der Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" abgewiesen.

Am 09.02.2024 hat der Beschwerdeführer den Behindertenpass mit einem GdB in Höhe von 60% erhalten.

5. Gegen den Bescheid vom 07.02.2024 erhob der Beschwerdeführer fristgerecht unter Vorlage weiterer Befunde Beschwerde.

6. Am 20.02.2024 langten die Beschwerde und der Verwaltungsakt beim Bundesverwaltungsgericht ein.

7. Dieses ersuchte daraufhin Frau DDr.in XXXX , Fachärztin für Unfallchirurgie und Ärztin für Allgemeinmedizin, um Erstattung eines weiteren Gutachtens basierend aufgrund persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers mit dem Ergebnis, dass nunmehr die Voraussetzungen für die beantragte Zusatzeintragung vorlägen.7. Dieses ersuchte daraufhin Frau DDr.in römisch 40 , Fachärztin für Unfallchirurgie und Ärztin für Allgemeinmedizin, um Erstattung eines weiteren Gutachtens basierend aufgrund persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers mit dem Ergebnis, dass nunmehr die Voraussetzungen für die beantragte Zusatzeintragung vorlägen.

Diese führt in ihrem Gutachten vom 23.09.2024 aus:

„(...) Im Beschwerdevorbringen des BF vom 14.02.2024 (Abl. 128) sowie in seinem weiteren Schreiben vom 16.02.2024 (Abl. 139), wird eingewendet, dass er aufgrund seiner Gehbehinderung durch eine Kniegelenksprothese am linken Bein (die nach fast zwei Jahren noch immer beim Gehen große Probleme und Schmerzen verursache) und nach einem Herzinfarkt mit nachfolgender Implantation von vier Bypässen sehr kurzatmig und auf Dauer nicht belastbar sei. Ohne Krücken könne er keine 100 m ohne Pause gehen und für Strecken ab ca. 100 m benötige er Krücken, da sein rechtes Knie ebenfalls nur mehr wenig Knorpelmasse habe. Von einer OP des rechten Knies sei ihm von den Ärzten aufgrund seiner Herzinsuffizienz dringend abgeraten worden, auch wolle er keinen zweiten Herzinfarkt provozieren. Er müsse täglich 15 Tabletten schlucken. Alleine könne er in keinen Bus einsteigen, da er sich weder bücken, noch niederknien könne, noch das Knie sonst hoch anheben, dass er die Stufen ohne Hilfe hinaufsteigen könne. Er könne sich jedoch alleine in sein Auto (mit Automatik) setzen und problemlos fahren, Gas geben und bremsen. Er könne weder die Strecke von seiner Wohnung zum Bahnhof zu Fuß bewältigen, noch dort Stiegen steigen. Er habe bereits um Pflegegeld angesucht.

Am 21. März 2024 wird vorgebracht, dass er schon nach ca. 100 m seine Krücken brauche und das Stiegensteigen falle ihm noch immer schwer, sodass ein Treppenlift eingebaut worden sei.

Vorgeschichte:

Kniegelenksprothese links 3.11.2022

Gonarthrose rechts

Arterielle Hypertonie

KHK, VHF, MCI März 2023

AC-4fach Bypass-OP 04/2023

CVI

Diabetes mellitus Typ 2

OSAS

Zwischenanamnese seit 11/2023:

Keine Operationen, kein stationärer Aufenthalt.

Befunde:

Abl. 123-125 Labor 09.02.2024 (Vitamin D (25-OH) 15. Hämoglobin A1c 6,6%)

Abl. 122 Gruppenpraxis für Innere Medizin 15.02.2024 (Diabetes mellitus Typ 2; KHK; VHF; aHT; Hyperlipidämie; OSAS chronisch venöse Insuffizienz; Nierenzysten; Jetzt manifester Diabetes mellitus Typ 2)

Abl. 105 MRT des linken Kniegelenks 22.09.2022 (Fortgeschrittene Retropatellararhtrose mit Knorpelglatzen der lateralen Patellafacette und Trochlea (Grad III-IV) und lateralisierter Patella. Chronisch degenerative Rupturen des volumsreduzierten Innenmeniscushinterhorn, begleitende Knorpelkrater in der Druckaufnahmezone des medialen Kompartments (Grad III-IV) mit Knochenmarködem an der Tibiainnenkante. Ausgeprägtes intercondylar-ossares Impingement Degeneration an der tibialen Insertion des VKB ohne Rissnachweis und Tendinopathie im Ursprung des HKB)

Abl. 103 MRT des rechten Kniegelenks 22.09.2022 (Rechts medial betonte, moderate Pangonarthrose mit moderatem Gelenkserguss

Komplexe chronische Rupturen im Innenmeniscushinterhorn und der Hinterhornwurzel mit begleitender fortgeschrittener Chondropathie, betont in der zentralen und dorsalen Druckaufnahmezone des medialen Kompartments (Grad III). Verdacht auf beginnende Einrisse an der Außenmeniscusvorder- und -hinterhornwurzel, begleitende Chondropathie im lateralen Kompartment bis Grad III, betont in der posterioren Druckaufnahmezone des lateralen Femurcondylus)Komplexe chronische Rupturen im Innenmeniscushinterhorn und der Hinterhornwurzel mit begleitender fortgeschrittener Chondropathie, betont in der zentralen und dorsalen Druckaufnahmezone des medialen Kompartments (Grad römisch III). Verdacht auf beginnende Einrisse an der Außenmeniscusvorder- und -hinterhornwurzel, begleitende Chondropathie im lateralen Kompartment bis Grad römisch III, betont in der posterioren Druckaufnahmezone des lateralen Femurcondylus)

Abl. 101 Dr. XXXX 28.10.2022 (OP FreigabeAbl. 101 Dr. römisch 40 28.10.2022 (OP Freigabe

Dg: Kniegelenksarthrose beidseits NDg: fam Hypercholesterinämie, art. Hypertonie, Adipositas Gastroskopie (5/2021). Gastritis und Pefluxgastritis mit Barrett Ösonhagus

Caloskopie (5/2021) Divertikelblutung ohne Hinweis auf Tumor

Von internistischer Seite keine Kontraindikation gegen geplante K-TEP)

AbL 98 Entlassungsbrief Landesklinikum XXXX Orthopädie November 2022 (Knie-TEP links familiäre Hypercholesterinämie. Arterielle Hypertonie Chron. venöse Insuffizienz der UE beidseits. Refluxgastritis mit Barrett-Ösophagus 05/2021 gastroskopiert Divertikelblutung ohne Hinweis auf Tumor — Coloskopie 05/2021)AbL 98 Entlassungsbrief Landesklinikum römisch 40 Orthopädie November 2022 (Knie-TEP links familiäre Hypercholesterinämie. Arterielle Hypertonie Chron. venöse Insuffizienz der UE beidseits. Refluxgastritis mit Barrett-Ösophagus 05/2021 gastroskopiert Divertikelblutung ohne Hinweis auf Tumor — Coloskopie 05/2021)

Abl. 94 RZ XXXX 01.02.2023 (Knietotalendoprothese links, rechts geplant geplant 15.3.23 Hypertonie, arteriell Z.n.Gastroösophageale Refluxkrankheit Chron. venöse Insuffizienz Divertikelblutung-05/21 Aorta ascendens erweitert auf 4 cm Z.n. APE, Z.n. TE, Z.n. Ulcus ventriculi Z.n. OP einer H umb., Z.n. Claviciula-Fraktur multiple Naevi pro BNP 967Abl. 94 RZ römisch 40 01.02.2023 (Knietotalendoprothese links, rechts geplant geplant 15.3.23 Hypertonie, arteriell Z.n.Gastroösophageale Refluxkrankheit Chron. venöse Insuffizienz Divertikelblutung-05/21 Aorta ascendens erweitert auf 4 cm Z.n. APE, Z.n. TE, Z.n. Ulcus ventriculi Z.n. OP einer H umb., Z.n. Claviciula-Fraktur multiple Naevi pro BNP 967

In Zusammenschau der erhobenen Gehstrecke von 290 Metern und der klinischen Befundung ergibt sich die Zuordnung zu Leistungskategorie 3. ICF basiert

Pat steigt alternierend auch bei höheren Stufen problemlos hinauf und hinunter ohne mit Anhalten an einem Handlauf (steht aus dem Sitzen ohne Unterstützung der Hände und ohne Abstützen steht auf Aufstehen aus einer niedrigen Sitzgelegenheit ohne Anholten ist noch nicht möglich, zumal auch das rechte Knie hier Beschwerden macht — OP für

15.3. geplant

6 Minuten Genstrecke 290m

Bewegungsapparat Knie links Z.n. Prothese, Streckung 10° Defizit, Beugung 95°, weitere Beugung schmerzhaft. Gangbild unauffällig

Ödeme im Sinne von Lymphödemen. Venen: Chron. venöse Insuffizienz, Pulse palp. Hernia umbilicalis operat. 2015, rezidiv. Ulcera ventriculi in der Vergangenheit, Z.n. AE 1955, Z.n.

TE 1954, Clavikulafraktur Candesartan 1960, diverse Fußballverletzungen im Sprunggelenksbereich, der Pat. spielte früher aktiv Fußball)

Abl. 87 Radiographie des linken Kniegelenks 24.01.2023 (Normaler Befund nach Endoprothese des linken Kniegelenks mit den Zeichen eines festen Prothesensitzes.)

Abl. 85 Landesklinikum XXXX Innere Medizin 1. März 2023 bis 10. März 2023Abl. 85 Landesklinikum römisch 40 Innere Medizin 1. März 2023 bis 10. März 2023

(Dyspnoe, tachykardes Vorhofflimmern

Tachykardes Vorhofflimmern de novo tachyk. KHK

Coronarangiographie im LK XXXX 29.03.2023 Coronarangiographie im LK römisch 40 29.03.2023

seit etwa 2 Wochen zunehmender Belastungsdyspnoe, Zuletzt auch Ruhedyspnoe ausgeprägte kardiale Dekompensation.)

Abl. 84 ECHOKARDIOGRAPHISCHER BERICHT 03/2023 (Mäßiggr. eingeschrankte LVF, Hypokinesie des basalen und mittleren Septums sowie der apikalen Anterolateralwand, der II. Vorhof deutlich vergrößert, die Ventrikel gering bis mäßig dilatiert, geringe MI, grenzwertig erhöhter Füllungsdruck, grenzwertiger bis mäßig dilatiert)Abl. 84 ECHOKARDIOGRAPHISCHER BERICHT 03/2023 (Mäßiggr. eingeschrankte LVF, Hypokinesie des basalen und mittleren Septums sowie der apikalen Anterolateralwand, der römisch eins I. Vorhof deutlich vergrößert, die Ventrikel gering bis mäßig dilatiert, geringe MI, grenzwertig erhöhter Füllungsdruck, grenzwertiger bis mäßig dilatiert)

Abl. 64 Koronarangiographie 29.03.2023 (KHK Koronare Mehrgefäßerkrankung ad elektiven Aortokoronaren Bypass KHK OSAS Vorhofflimmern Herzinsuffizienz mit NYHA Grad III-IV Hypercholesterinämie Arterielle Hypertonie chronisch venöse Insuffizienz der Unterschenkel beidseits. Refluxösophagitis mit Barrett-Ösophagus ED 05/21

Divertikelblutung 05/21 Gonarthrose rechts Varusgonarthrose links Knie-TEP links)

Abl. 56 TTE— Transthorakale Echokardiographie 03/2023 (Leichtgradig red. LVF- EF ca 50% Hypokinesie., Interior und Inferolateral basal, Septum bei Intermitt. LSB Immer wieder dyssynchron, ohne ISB ohne LSB gute Kontraktion ohne LSB gute Bringe F II mitelgradig vergr. LA, sPAP normal)Abl. 56 TTE— Transthorakale Echokardiographie 03/2023 (Leichtgradig red. LVF- EF ca 50% Hypokinesie., Interior und Inferolateral basal, Septum bei Intermitt. LSB Immer wieder dyssynchron, ohne ISB ohne LSB gute Kontraktion ohne LSB gute Bringe F römisch eins I mitelgradig vergr. LA, sPAP normal)

Abl. 50 Ärztlicher Entlassungsbrief 3. Mai 2023 (Koronare Mehroef Rerkrankung

CMP mit mittelgr. Red. LVF

Durchgeführte Maßnahmen:

Aortokoronarer vierfach Bypass mit LIMA ad LAD, Vene ad RIVP der RCA, Vene ad R. marginalis Idercy Squie ad R. diagonalis am 22.4.2023 (zum Zeitpunkt der Transferierung OP-Bericht nicht freigegeben)

Abl. 47 Bedsideechokardiographie 28.04.2023 (tachykardes VH Flimmern mit intermittierenden LSB (vorbekannt), verspürt Tachykardie nicht Pat gibt keine Beschwerden Pat gibt keine Beschwerden an deutliche perinheren Pat gibt keine Beschwerd deutliche Abdomen periphere Odeme massiv gebisht Abdomen massiv gebläht lt Pat immer sonst Aortokoronærer 4-fach Bypass mit LIMA ad LAD. Vene ad RIVP der RCA, Vene ad R.

marginalis I der CX sowie Vene ad R. diagonalis am 22.4.2023 VH dilatiert, Lumboischialgie Ventrikel normal groß mittelgradige Insuffizienzmarginalis römisch eins der CX sowie Vene ad R. diagonalis am 22.4.2023 VH dilatiert, Lumboischialgie Ventrikel normal groß mittelgradige Insuffizienz

Sonographie Befund April 2023 geplante ACBP, lt Rö Arcus aortae 4cm

UE: St.p.Varizenverödung beidseits, Graft vorhanden?

CT Thorax mit KM 21. April 2023 Die Aorta ascendens misst 3.7 cm, die Aorta deszendens misst 2,6 cm. Normkalibrige Aorta mit geringen Verkalkungen am Aortenbogen.)

Abl. 38 Landesklinikum XXXX Mai 2023 Innere Medizin Stationär vom 3. Mai 2023 bis 20. Mai 2023 (R marginalis der sowie Vene ad R. diagonalis am 22.4.2023 postoperativer Pleuraerguss links)Abl. 38 Landesklinikum römisch 40 Mai 2023 Innere Medizin Stationär vom 3. Mai 2023 bis 20. Mai 2023 (R marginalis der sowie Vene ad R. diagonalis am 22.4.2023 postoperativer Pleuraerguss links)

Abl. 17 RZ XXXX 09.072023 (Koronare Mehrgefäßerkrankung 4fach Bypass OP mit LIMA ad LAD, Vene ad RIVP der RCA, Vene ad R. marginalis Vene ad R.diagonalis am 22.4.2023 St. Pölten mittelgrad.red. LVF postop. Pleuraerguss linksAbl. 17 RZ römisch 40 09.072023 (Koronare Mehrgefäßerkrankung 4fach Bypass OP mit LIMA ad LAD, Vene ad RIVP der RCA, Vene ad R. marginalis Vene ad R.diagonalis am 22.4.2023 St. Pölten mittelgrad.red. LVF postop. Pleuraerguss links

VHFL chron. venöse Insuffizienz US-Venen beidseits.

bei Z.n. AC-4fach Bypass-OP 04/2023 zum Anschlussheilverfahren aufgenommen. Aufgrund von rezidiv. Kniegelenksbeschwerden bei Z.n. KnieTEP links 11/2022 war der Pat.

in der Beweglichkeit eingeschränkt und benötigte einen Rollator als Bewegungshilfe.

motorgeschütztes Fahrradergometertraining, Muskelaufbautraining und Gehstrecke in m: 270 -Minuten

Vorhofflimmern Knöchelödeme der UE beidseits)

Nachgereichte Befunde:

Gruppenpraxis für Innere Medizin 21.05.2024 (Prädiabetes; KHK; VHF; aHT; Hyperlipidämie; OSAS; chronisch venöse Insuffizienz; Nierenzysten; Herzfunktion stabil. Laborbefunde besser werdend. Zucker gebessert. Leber und Niere stabil. Therapie bitte weiter wie bisher.)

Labor 15.02.2024 (Vitamin D 15 Hämoglobin A1c 6.6%)

Sozialanamnese: verheiratet, 2 Söhne, lebt in RH

Berufsanamnese: Vertriebsingenieur für Medientechnik, Außendienst

Medikamente: Eliquis 5mg 1-0-1 Ezerosu 10/40mg 0-0-1 Jardiance 10mg 1-0-0 Concor 5mg

1-0-1/2 Durotiv 40mg 1-0-0 Entresto 49/51mg 1-0- Furospirobene 1-1-0

Allergien: 0

Nikotin: O

Hilfsmittel: 2 Unterarmstützkrücken

Laufende Therapie bei Hausarzt Dr. XXXX und FA für Innere Medizin Laufende Therapie bei Hausarzt Dr. römisch 40 und FA für Innere Medizin

Derzeitige Beschwerden:

‚Meine Frau hat jetzt zum 3. Mal Krebs, ich habe Mühe, sie zu mobilisieren.

Ich habe am 3.11.2022 eine Knieprothese links bekommen, bei der internistischen Freigabe für die OP des rechten Kniegelenks hat man einen Herzinfarkt festgestellt. Ich hatte Wasser in der Lunge. Das rechte Knie kann man wegen des Herzens nicht operieren. Ich habe aber auch rechts immer noch Probleme, würde mir das rechte Knie nicht mehr operieren lassen. Ich kann Auto fahren, da ich mit dem rechten Knie Pedale bedienen kann.

Die Bypässe haben keine Besserung gebracht, bin jetzt überhaupt nicht mehr belastbar, kann nur noch einkaufen. Jede Anstrengung ist mühsam, habe Atemnot beim Stiegensteigen, kann nur max. 1 Stockwerk gehen, mit Anhalten kann

ich mich hinaufhandeln.

Ich kann nicht flach liegen, habe Wasser in den Beinen.

Laut Echo vor einer Woche habe ich noch 70% Herzfunktion.

Kann nicht weit gehen wegen Atemnot, Erschöpfung und Schmerzen in den Kniegelenken.'

STATUS:

Allgemeinzustand gut, Ernährungszustand adipös.

Größe 185 cm, Gewicht 110 kg, 75 a

Caput/Collum: klinisch unauffälliges Hör- und Sehvermögen

Thorax: symmetrisch, elastisch

Atemexkursion seitengleich, sonorer Klopfschall, VA. 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 nicht durchführbar.

Der Einbeinstand ist kurz möglich.

Die Beinachse ist im Lot. Symmetrische Muskelverhältnisse.

Beinlänge ident.

Die Durchblutung ist ungestört, deutlich Schwellung und Ödeme, bläuliche Füße, Pulse nicht tastbar

Knie rechts: mäßig Umfangsvermehrung, keine Überwärmung, stabil, endlagig Krepitation Knie links: Narbe bei Knietotalendoprothese, ggr Umfangsvermehrung, keine Überwärmung, kein Erguss, Patella verbacken, in allen Ebenen stabil, endlagige Beugeschmerzen.

Senkspreizfuß bds

Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Hüften beidseits S 0/100, IRIAR 10/0/30, Knie rechts 0/5/1 10, links 0/10/100, Sprunggelenke und Zehen sind seitengleich frei beweglich.

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

Wirbelsäule:

Schultergürtel und Becken stehen horizontal, in etwa im Lot, regelrechte Krümmungsverhältnisse. Die Rückenmuskulatur ist symmetrisch ausgebildet, Hartspann, Klopfschmerz über der Wirbelsäule.

Aktive Beweglichkeit:

HWS: in allen Ebenen frei beweglich

BWS/LWS: FBA: 30 cm, F und R 200

Lasegue bds. negativ, Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft auslösbar.

Gesamtmobilität — Gangbild:

Kommt selbständig gehend mit Halbschuhen, das Gangbild breitspurig, grobschlägiges Zittern der rechten Hand. Richtungswechsel unsicher.

Das Aus- und Ankleiden wird selbständig im Sitzen durchgeführt.

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

STELLUNGNAHME:

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

Zur Zumutbarkeit eventueller therapeutischer Optionen ist ausführlich Stellung zu nehmen.

Zu prüfen ist die konkrete Fähigkeit öffentliche Verkehrsmittel zu benützen.

Zu berücksichtigen sind insbesondere zu überwindende Niveauunterschiede beim Ein- und Aussteigen, Schwierigkeiten beim Stehen, bei der Sitzplatzsuche, bei notwendig werdender Fortbewegung im Verkehrsmittel während der Fahrt.

In Zusammenschau sämtlicher Leiden ist das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke von 300 bis 400 m, Überwinden von Niveauunterschieden und der sichere Transport in einem öffentlichen Verkehrsmittel erheblich erschwert, insbesondere aufgrund Atemnot und Erschöpfung bei geringer Belastung und Schmerzen in den Kniegelenken.

Die Voraussetzungen für die beantragte Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel" liegen vor.

Eine maßgebliche Verbesserung durch zumutbare - nicht operative - Maßnahmen ist nicht anzunehmen, da bei fortgeschrittener Arthrose des rechten Kniegelenks und Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenks durch konservative Maßnahmen keine wesentliche Verbesserung erzielt werden kann. Es wurde bereits eine Bypassoperation bei Koronarer Herzkrankheit durchgeführt, eine Stabilisierung konnte zwar erzielt werden, es liegen jedoch weiterhin Erschöpfung und Dyspnoe vor, welche mit konservativen Maßnahmen nicht erheblich verbessert werden können.

ad 2) Die dauernden Gesundheitsschädigungen sind als Diagnoseliste anzuführen.

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

1 Koronare Herzkrankheit (KHK), Zustand nach Vierfachbypassoperation

2 Abnützungserscheinungen beider Kniegelenke, KTEP links

3 Diabetes mellitus II

4 Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS)

5 Unterschenkelschwellungen beidseits

In Zusammenschau sämtlicher Leiden ist das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke von 300 bis 400 m, Überwinden von Niveauunterschieden und der sichere Transport in einem öffentlichen Verkehrsmittel erheblich erschwert, insbesondere aufgrund Atemnot und Erschöpfung bei Koronarer Herzkrankheit und bei geringer Belastung und Schmerzen in den Kniegelenken.

ad 3) Liegen erhebliche Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit vor?

Ja. Die körperliche Belastbarkeit ist aufgrund kardialer Funktionseinschränkung und Abnützungserscheinungen insbesondere der Kniegelenke maßgeblich beeinträchtigt, Atemnot und erschwerte Gesamtmobilität, Gangbildbeeinträchtigung und Gangleistungsminderung liegen vor.

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

Ja. Insbesondere konnten im Bereich der Kniegelenke fortgeschrittene radiologische Veränderungen und Funktionseinschränkungen bei Knietotalendoprothese links und Kniegelenksarthrose rechts festgestellt werden.

ad 5) Liegen erhebliche Einschränkungen der Funktionen der oberen Extremitäten vor?

Nein.

ad 6) Stellungnahme zur Art und dem Ausmaß der vom BF angegebenen Beeinträchtigung sowie deren Auswirkungen auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel.

Inwieweit wird der BF dadurch an der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel insbesondere beim Gehen von rund 300 bis 400 Meter aus eigener Kraft, Stehen im öffentlichen Verkehrsmittel sowie Ein- und Aussteigen in dieses (Niveauunterschied) Zurücklegen einer Wegstrecke von 300 bis 400 m gehindert?

Das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke ist erheblich erschwert, es liegen bei Koronarer Herzkrankheit mit Zustand nach Myokardinfarkt und Vierfach-Bypass mit Hinweisen auf kardiale Dekompensation (Schwellung der Unterschenkel) erhebliche Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit vor. Die Abnützungserscheinungen im Bereich der Kniegelenke führen zu einer Einschränkung der Gehstrecke, zu Erschwernis beim Überwinden von Stufen und zu Instabilität beim Transport im öffentlichen Verkehrsmitteln.

ad 7) Ausführliche Stellungnahme zur Beschwerde (Abl. 87-88) und den vorgelegten medizinischen Beweismitteln (Abl. 6-107; 122-125) des BF zu seinen Leiden

Die Befunde dokumentieren eine fortschreitende Abnahme der Gesamtmobilität, zuletzt ist dokumentiert, dass ein Rollator in Verwendung ist. Den Befunden ist zu entnehmen, dass die kardiale Leistungsbreite eingeschränkt ist und die geplante Implantation der Knietotalendoprothese rechts wurde nicht durchgeführt. Im Verlauf konnte in den Rehabilitationsaufenthalten durch die Maßnahmen keine relevante Verbesserung erzielt werden, es liegt vielmehr im Verlauf eine Verschlimmerung vor.

ad 8) Begründung einer eventuell vom bisherigen Ergebnis abweichenden Beurteilung.

Anhand der vorgelegten Befunden der aktuellen Untersuchung konnte eine Verschlimmerung festgestellt werden, sodass hinsichtlich beantragter Zusatzeintragung eine Neubewertung durchgeführt werden muss.

ad 9) Gegebenenfalls — wird um Feststellung ersucht ob bzw. wann eine ärztliche Nachuntersuchung erforderlich ist.

Dauerzustand. Eine Nachuntersuchung ist nicht erforderlich."

8. Mit Schreiben vom 27.09.2024 verständigte das Bundesverwaltungsgericht den Beschwerdeführer sowie die belangte Behörde vom Ergebnis der Beweisaufnahme. Inhaltliche Bedenken wurden keine vorgebracht.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogenrömisch II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

Da sich der Beschwerdeführer mit der Abweisung des Antrages auf Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung" in den Behindertenpass nicht einverstanden erklärt hat, war dies zu überprüfen.

1. Feststellungen:

1.1. Der Beschwerdeführer hat seinen

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

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