

# TE Bvwg Erkenntnis 2024/6/14 W200 2291145-1

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 14.06.2024

## Entscheidungsdatum

14.06.2024

## Norm

Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen §1

BBG §42

BBG §45

BBG §47

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 01.04.2017zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 120/2016

3. BBG § 42 gültig von 12.08.2014 bis 31.03.2017zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 66/2014

4. BBG § 42 gültig von 01.01.2003 bis 11.08.2014zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002

5. BBG § 42 gültig von 01.07.1994 bis 31.12.2002zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994

6. BBG § 42 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 26/1994

7. BBG § 42 gültig von 01.07.1990 bis 31.12.1993

1. BBG § 45 heute

2. BBG § 45 gültig ab 12.08.2014zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 66/2014

3. BBG § 45 gültig von 01.06.2014 bis 11.08.2014zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2013

4. BBG § 45 gültig von 01.01.2014 bis 31.05.2014zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 71/2013

5. BBG § 45 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2013zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 51/2012

6. BBG § 45 gültig von 01.01.2011 bis 31.12.2013zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 111/2010

7. BBG § 45 gültig von 01.01.2003 bis 31.12.2010zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002

8. BBG § 45 gültig von 01.09.1999 bis 31.12.2002zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 177/1999

9. BBG § 45 gültig von 01.07.1994 bis 31.08.1999zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994

10. BBG § 45 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 26/1994

11. BBG § 45 gültig von 01.07.1990 bis 31.12.1993

1. BBG § 47 heute

2. BBG § 47 gültig ab 01.07.1990

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

## **Spruch**

W200 2291145-1/6E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Scherz als Vorsitzende und durch die Richterin Mag. Taurer sowie den fachkundigen Laienrichter Mag. Halbauer als Beisitzer über die Beschwerde von XXXX , geb. XXXX , gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien (SMS), vom 16.01.2024, OB: 13745548000077, mit welchem der Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung“ abgewiesen wurde, zu Recht erkannt: Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Scherz als Vorsitzende und durch die Richterin Mag. Taurer sowie den fachkundigen Laienrichter Mag. Halbauer als Beisitzer über die Beschwerde von römisch XXXX , geb. römisch XXXX , gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien (SMS), vom 16.01.2024, OB: 13745548000077, mit welchem der Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung“ abgewiesen wurde, zu Recht erkannt:

A)

Die Beschwerde wird gemäß §§ 42 und 47 des Bundesbehindertengesetzes (BBG) iVm § 1 der Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz über die Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen idGF als unbegründet abgewiesen. Die Beschwerde wird gemäß Paragraphen 42 und 47 des Bundesbehindertengesetzes (BBG) in Verbindung mit Paragraph eins, der Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz über die Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen idGF als unbegründet abgewiesen.

B)

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

## **Text**

Entscheidungsgründe:

I. Verfahrensgang: römisch eins. Verfahrensgang:

Unter Vorlage von medizinischen Unterlagen stellte die Beschwerdeführerin den gegenständlichen Antrag auf Ausstellung eines Ausweises gemäß § 29b StVO 1960 (Parkausweis) bzw. Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung“ in den Behindertenpass, der am 28.04.2023 beim Sozialministeriumservice (im Folgenden: SMS;

belangte Behörde) einlangte. Unter Vorlage von medizinischen Unterlagen stellte die Beschwerdeführerin den gegenständlichen Antrag auf Ausstellung eines Ausweises gemäß Paragraph 29 b, StVO 1960 (Parkausweis) bzw. Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung“ in den Behindertenpass, der am 28.04.2023 beim Sozialministeriumservice (im Folgenden: SMS; belangte Behörde) einlangte.

Das in einem Verfahren nach dem BEinstG (Neufestsetzungsantrag) vom SMS eingeholte Sachverständigen Gutachten einer Fachärztin für Unfallchirurgie/Ärztin für Allgemeinmedizin vom 15.09.2023, basierend auf einer Untersuchung am 14.06.2023, ergab auszugsweise Folgendes:

„Anamnese:

Letzte Begutachtung am 28.02.2022

1 Zustand nach Fusion im Bereich der Halswirbelsäule nach rezidivierender Spondylodiszitis 40%

2 Asthma bronchiale overlap COPD 40%

3 Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom 30%

4 Degenerative Kniegelenksveränderungen beidseits 20%

5 Hypertonie 20%

6 Diabetes mellitus 20%

7 Zustand nach Strumektomie 10%

8 Degenerative Abnutzung im rechten Hüftgelenk, beginnend links 10%

9 Mitralklappeninsuffizienz leichten Grades 10%

Gesamtgrad der Behinderung 50 v. H.

ÖVM zumutbar

Zwischenanamnese seit 2/2022:

9.5.2023 Hüfttotalendoprothese rechts

Derzeitige Beschwerden:

„Die Schmerzen sind durch die Implantation der Hüfttotalendoprothese rechts besser geworden, das Gehen ist aber immer noch ein Problem, ich stolpere. Ich darf das rechte Bein voll belasten, bin aber unsicher, kann ein paar Schritte gehen, Stiegensteigen ist aber nicht möglich. Die Lungenfunktion ist schlechter geworden. Hergekommen bin ich mit dem Auto, wurde von der Tochter gebracht.“

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Medikamente: Metformin, Thyrex, Exforge, Iterium, Ulcusan, Oleovit, Foster, Fentanyl Pflaster, Novalgin

Allergie: Pantoprazol

Nikotin: 0

Hilfsmittel: Rollator

Sozialanamnese:

Verwitwet, 3 Kinder, lebt in Wohnung im 2. Stockwerk mit Lift plus Halbstock.

Berufsanamnese: Verwaltungsangestellte Sankt Josef Krankenhaus, Krankenstand seit 8. Mai 2023, 25 Wochenstunden

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Befund Neurologie 2023-03-10 (Z.n. Spondylodiszitis TH2/TH3 10/2010 Z.n. PLIF HWK 7 - B

WK 1 bekannte Coxarthrose rechts > links)

Befundbericht Echokardiographie 03.03.2023 (Es findet sich ein normal großer linker Ventrikel mit leichter LV Hypertrophie und normaler systolischer Linksventrikelfunktion - EF nach Simpson 61%, kein sicherer Hinweis auf regionale Wandbewegungsstörungen.)

Befundbericht 03.03.2023 (KO bei metabolischem Syndrom, und rez. Dyspnoe im Rahmen einer diaphragmalen Dysfunktion bei St.p. Spondylodiszitis mit PLIF C7-BWK 5 mit präösophagealem Abszess 2010/11 und Spondylodiszitis 2014 diesbezüglich nach wie vor rez. Schmerzsymptomatik.

St.p. Covid 19 Infektion 02/22 - auch bek. vertebrogene Schmerz- bzw. bewegungsabhängige rez. Dyspnoesymptomatik; keine typische AP-Symptomatik, grundsätzlich bestehen immer wieder thorakale Schmerzen im Bereich der WS mit Besserung auf Lyrica, nicht streng belastungsabhängig; es besteht jedoch zunehmende Belastungsdyspnoe

KO bei Lungenfachärztin 01/23: Befundverschlechterung, mittelgradige obstruktive Ventilationsstörung mit Teilreversibilität auf Betasympathomimetika

bek. art. Hypertonie;

FA für Neurologie: CTS bds. NLG im Bereich der Beine eher gebessert; V.a. radikuläre Symptomatik LWS - MRT Befund, Spondylarthrosen, sonst weitgehend unauffällig, FA für Neurologie: CTS bds. NLG im Bereich der Beine eher gebessert; römisch fünf.a. radikuläre Symptomatik LWS - MRT Befund, Spondylarthrosen, sonst weitgehend unauffällig,

Kontrolle beim FA für Neurologie noch ausständig Bek. Coxarthrose bds., OP rechts anstehend Patientin war von 11/21-01/22 in der Coping School des BHS: wenig Erfolg, Gewicht derzeit 112 kg Labor von 20.2.23: BB, Gerinnung, LFP, TSH NFP im Normbereich;

CRP: 7,5 bei Grenzwert 5, LDL: 140 mg/dl gebessert im Vergleich zum Vorbefund von 2022 (davor 180 mg/dl) NBZ 117mg/dl, Hbalc 6,0 - idem zum Vorbefund bek. gestörte Glucosetoleranz (NBZ: 117, Hbalc: 6,0) bei St.p. Gestationsdiabetes; Adipositas; Ergometrie 10/18: etwas eingeschränkte Leistungsfähigkeit durch Bewegungsapparat; sonst unauffällig St.p. Strumektomie am 10/2017 (gutartiger Befund) Carotisduplexsonographie Frühling

2018 unauffällig, letztes Jahr laut Patientin ebenso unauffällig, Befund wird nachgereicht

St.p. PLIF C7-BWK5 wg. Spondylodiszitis 2010; präösophagealer Abszess mit konservativer Behandlung 2014; nach wie vor rez. Schmerzsymptomatik; in regelmäßiger KO im SMZ Ost; MRT 02/18: Tangierung des Myelons C4/5/6, keine kompressive Myelopathie

Vegetativum: Schlaf: schmerzbedingt hin und wieder gestört,

Harn: bisweilen leichte Dranginkontinenz, Stuhl, unauffällig,

Gewicht: 115 kg, derzeit bereits rückläufig, Größe: 170cm, Partus: 3

Diagnose(n): art. Hypertonie, metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus Typ 2, St.p. totaler Thyreoidektomie, St. p. rez. Spondylodiszitis, St.p. PLIF, St.p. paraösophagealem Abszess, Asthma bronchiale, LV Hypertrophie, OSAS)

KONSILIARBEFUND NEUROLOGIE 2023-02-10 (Klinische Hinweise auf eine Radikulopathie L5 rechts Bekannte Coxarthrose rechts > links Z.n. Spondylodiszitis Th2/Th3 10/2010 Z.n. PLIF HWK 7-BWK 1

Neurostatus: Schmerzhemmung am rechten Bein, bei kurzer maximaler Willkürinnervation jedoch allseits KG 5. Tonus unauffällig. Lasegue rechts positiv mit Angabe in die laterale UE bis zum Fußrücken ausstrahlender Schmerzen. Im Seitenvergleich Angabe einer Hypästhesie in diesem Bereich. Zehen- und Fersenstand intakt. Gangbild mit teils beeinträchtigter Standbeinphase rechts.

Aktuell bestehen ein sensibles Defizit und ein Nervendehnungsschmerz L5 rechts. Ich empfehle daher eine MRT-Kontrolle der LWS, bei entsprechendem Korrelat wäre eine periradikuläre Infiltration oder eine neurochirurgische/wirbelsäulenorthopädische Vorstellung zu erwägen. Hinsichtlich der zuletzt wieder häufigeren Schmerzattacken thorakal empfehle ich derzeit Fentanyl-Pflaster 12pg/h beizubehalten, ebenso Novalgin bei Bedarf. Zusätzlich (wie zuletzt im Herz Jesu KH begonnen) Pregabalin 25mg 1-0-1, bis zum Ansprechen bzw. je nach Verträglichkeit täglich um 2 x 25mg auf vorerst bis zu 150mg 1-0-1 steigern.)

NLG 4. Februar 2023 (CTS bds. mit geringgradiger Befundprogression ggü. der VZU 03/2022. Ansonsten unauffälliger neurographischer Befund ohne Hinweis auf eine PNP.)

XXXX Facharzt für Lungenkrankheiten 16.01.2023 (Asthma bronchiale, OSAS- CPAP- Therapie, St.p. COVID 19 2/22.)  
römisch XXXX Facharzt für Lungenkrankheiten 16.01.2023 (Asthma bronchiale, OSAS- CPAP- Therapie, St.p. COVID 19 2/22.)

Herz-Jesu Krankenhaus Wien Abteilung für Innere Medizin 2022-11-13 (Schlafapnoe Zervikobrachialsyndrom rechts Spinalstenose C4-C6 Neuroforamenstenose C3/4 li, C4/5 bds, C5/6 re - Z.n. PLIF C7/ Th1, dorsale Fusion bis Th5 2010 (bei rezidiv. Spondylodiszitiden Th2/3 - Z.n. p.op. Parese bei Spondylodiszitis Th2/3 mit RM-Kompression,

Querschnittsymptomatik u. Dyspnoe 2010 Arterielle Hypertonie 110 Diabetes mellitus Typ 2 unter OAD (HbA1c 5.8% 11/2022) Koxarthrose, rechts St.p. Spondylodiscitis (2010, 2011, 2014) St.p. Discusprolaps HWS st.p. Thyreoidektomie (2017) Asthma bronchiale)

Orthopädisches Spital Speising 2022-08-25 (Bildwandlergezielte transforaminale epidurale Infiltration C5/C6 rechts, durchgeführt am 22.08.2022. Bildwandlergezielte Hüftgelenksinfiltration rechts, durchgeführt am 24.08.2022.)

Röntgen LWS, Becken 2022-06-09 (Diskrete linkskonvexe Achsenabweichung der LWS. Die Wirbelkörper im Wesentlichen von normaler Höhe. Im Vergleich zu 2013 geringe Zunahme der Osteochondrosen L4-S1. Geringgradige Intervertebralgelenksarthrosen im unteren LWS-Abschnitt Kein Hinweis auf eine zwischenzeitlich aufgetretene Wirbelkörperkompression. Becken a.p. im Stehen sowie rechte Hüfte axial: Allenfalls diskreter Beckenschiefstand mit minimalem Höherstand der linken Beckenschaufel um etwa 0,2 cm. Deutliche Coxarthrosezeichen rechts mit deutlicher Gelenkspaltverschmälerung sowie vermehrter subchondraler Sklerosierung und Zuspitzung des Pfannendächerkers. Geringe Coxarthrosezeichen auch links SIG-Arthrose beidseits, links mehr als rechts. Kein Hinweis auf eine rezente Fraktur)

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: gut, 59a; Ernährungszustand: adipös; Größe: 170,00 cm Gewicht: 117 kg

Klinischer Status – Fachstatus:

Caput/Collum: klinisch unauffälliges Hör- und Sehvermögen, sichtbare Schleimhautpartien unauffällig, Pupillen rund, isocor. Halsvenen nicht gestaut.

Thorax: symmetrisch.

Atemexkursion seitengleich, VA. HAT rein, rhythmisch. Keine Dyspnoe, keine Zyanose. Abdomen: klinisch unauffällig, keine pathologischen Resistenzen tastbar.

Integument: unauffällig

Schultergürtel und beide oberen Extremitäten:

Rechtshänder. Der Schultergürtel steht horizontal, seitengleich mittelkräftig entwickelte Muskelverhältnisse. Die Durchblutung ist ungestört, die Sensibilität wird als ungestört angegeben.

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. Kraft, Tonus und Trophik unauffällig.

Nacken- und Schürzengriff sind uneingeschränkt durchführbar.

Becken und beide unteren Extremitäten:

Freies Stehen sicher möglich, Zehenballen-, Fersen- und Einbeinstand möglich.

Hocken ist möglich.

Die Beinachse ist im Lot. Seitengleich mittelkräftig entwickelte Muskelverhältnisse.

Beinlänge ident.

Die Durchblutung ist ungestört, keine Ödeme, keine trophischen Störungen, die Sensibilität wird als ungestört angegeben.

Hüftgelenk rechts: Narbe bei Hüfttotalendoprothese, aktiv eingeschränkte Beweglichkeit und endlagig Bewegungsschmerzen

Kniegelenk beidseits: geringgradige Umfangsvermehrung, keine Überwärmung, kein Erguss, stabil

Narbe linker Unterschenkel lateral distal Narbe obere BWS medialen bei Zustand nach Liste 7 bis Th5

Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Hüften rechts aktiv S 0/85, R postoperativ nicht geprüft, links S 0/0/130, IR/AR 10/0/35, Knie, Sprunggelenke und Zehen sind seitengleich frei beweglich.

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

Wirbelsäule:

Schultergürtel und Becken stehen horizontal, in etwa im Lot, regelrechte Krümmungsverhältnisse.

Massiv Hartspann. Klopfschmerz über der unteren HWS und oberen BWS.

Aktive Beweglichkeit:

HWS: in allen Ebenen geringgradig eingeschränkt

BWS/LWS: FBA: Untersuchung im Sitzen, Füße werden nicht erreicht

Lasegue bds. negativ.

Gesamtmobilität – Gangbild:

Kommt selbständig gehend mit Halbschuhen mit Rollator, das Gangbild ist ohne Rollator geringgradig rechts hinkend, insgesamt raumgewinnend.

Bewegungsabläufe verlangsamt. 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:

Begründung der Positionsnummer und des Rahmensatzes:

Pos.Nr.

GdB %

1

Zustand nach Fusion im Bereich der Halswirbelsäule nach rezidivierender Spondylodiszitis

Oberer Rahmensatz, da Bewegungseinschränkung am cervicothorakalen Übergang, unter Berücksichtigung der chronischen Beschwerdesymptomatik und ohne sensomotorisches Defizit.

02.01.02

40

2

Asthma bronchiale overlap COPD

Oberer Rahmensatz, da obstruktive Kompromittierung, klinisch weitgehend stabilisiert.

06.05.02

40

3

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

Mittlerer Rahmensatz, da Indikation zur nächtlichen Maskenbeatmung.

06.11.02

30

4

Degenerative Kniegelenksveränderungen beidseits

Unterer Rahmensatz, da aktive Beweglichkeit beidseits 0-0-110°.

02.05.19

20

5

Mäßige Hypertonie

05.01.02

20

6

Diabetes mellitus

Mittlerer Rahmensatz, da unter oraler Dauermedikation ohne Hinweis auf instabilen Verlauf.

09.02.01

20

7

Zustand nach Strumektomie

Unterer Rahmensatz, da substituiert.

09.01.01

10

8

Hüfttotalendoprothese rechts, beginnende Hüftgelenksarthrose links gz

Unterer Rahmensatz, da rechts komplikationsloser postoperativer Verlauf, links keine relevante Funktionseinschränkung.

02.05.07

10

9

Mitralklappeninsuffizienz leichten Grades

Unterer Rahmensatz, da Pumpfunktion normal, kardial kompensiert

05.07.05

10

Gesamtgrad der Behinderung 50 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Das führende Leiden 1 wird durch 2,3 wegen ungünstigem Zusammenwirken insgesamt um 1 Stufe erhöht. Leiden 4-6 erhöhen mangels relevanter ungünstiger Leidensbeeinflussung nicht weiter.

Leiden 7-9 erhöhen nicht weiter, da von zu geringer funktioneller Relevanz.

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

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

Leiden 8 des Vorgutachtens wird nach erfolgter Operation neu bezeichnet, sonst keine Änderung

Änderung des Gesamtgrades der Behinderung im Vergleich zu Vorgutachten:

keine Änderung

[...] Dauerzustand [...]

Aufgrund der vorliegenden funktionellen Einschränkungen liegen die medizinischen Voraussetzungen für die Vornahme nachstehender Zusatzeintragungen vor:

[...] Die / Der Untersuchte

[...] ist Trägerin oder Träger von Osteosynthesematerial [...]

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 das Zurücklegen kurzer Wegstrecken, das Einsteigen und Aussteigen sowie den sicheren Transport in öffentlichen Verkehrsmitteln erheblich und dauerhaft einschränken. Ausreichende Gangsicherheit ohne Verwendung einer Gehhilfe konnte festgestellt werden. Die belastungsabhängigen Beschwerden im Bereich des rechten Hüftgelenks und der Wirbelsäule führen zwar zu einer Einschränkung der Gehstrecke, das objektivierbare Ausmaß des Defizits kann jedoch eine maßgebliche Erschwernis der Erreichbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel nicht ausreichend begründen. Kurze Wegstrecken von etwa 300-400m können alleine zurückgelegt werden. Ein Rollator wird anlässlich der h.o. Begutachtung benützt, wobei jedoch die vorhandenen Funktionsdefizite die behinderungsbedingte dauerhafte Notwendigkeit der Verwendung eines Rollators nicht begründen können. Niveauunterschiede können überwunden werden, da die Beugefunktion im Bereich der Hüft-, Knie- und Sprunggelenke ausreichend ist und das sichere Ein- und Aussteigen möglich ist. Die Gesamtmobilität ist nicht wesentlich eingeschränkt, Kraft und Koordination sind ausreichend. Im Bereich der oberen Extremitäten liegen keine höhergradigen Funktionseinschränkungen vor, das Erreichen von Haltegriffen und das Festhalten ist nicht erheblich eingeschränkt. Es liegen keine Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit und psychischer, neurologischer oder intellektueller Fähigkeiten vor. Insgesamt ist daher, unter Berücksichtigung der objektivierbaren Funktionsdefizite, eine erhebliche Erschwernis der Verwendung öffentlicher Verkehrsmittel nicht begründbar.

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

Folgende Gesundheitsschädigungen im Sinne von Mehraufwendungen wegen Krankendiätverpflegung liegen vor, wegen:

[...]

Tuberkulose, Zuckerkrankheit, Zöliakie, Aids, Phenylketonurie oder eine vergleichbare schwere Stoffwechselerkrankung nach Pos. 09.03.

GdB: 20 v.H.

[...]



Erkrankungen des Verdauungssystems, Hypertonie (Pos.05.01) und Herzerkrankungen nach Pos. 05.02. sowie 05.05. bis 05.07.

GdB: 20 v.H.

Begründung:

HWS-Fusion“

In einer „Beschwerde gegen das Ergebnis der Beweisaufnahme des Bundessozialamtes vom 19.09.2023“ vom 30.09.2023 brachte die Beschwerdeführerin betreffend einen „Bescheid vom 19.09.2023“ im Wesentlichen vor, seit der letzten Untersuchung seien die neurologischen Beschwerden stärker geworden – einen Befund des Neurologen lege sie bei. Außerdem habe sich die Coxarthrose der linken Hüfte verschlimmert, diese solle im Frühjahr operiert werden. Den Röntgenbefund lege sie auch bei; ebenso den letzten Laborbefund. Die Hausärztin der Beschwerdeführerin meine, dass sowohl Zucker als auch Blutfettwerte schlechter geworden seien, und die Beschwerdeführerin vermutlich zusätzliche Medikamente benötige. Sie beantrage eine neuerliche Begutachtung, allenfalls eine Begutachtung durch einen Facharzt der Neurologie.

Dieses Vorbringen wurde auch im gegenständlichen Verfahren betreffend die beantragte Zusatzeintragung berücksichtigt.

Die vom SMS im gegenständlichen Verfahren nach dem BBG – betreffend die Vornahme der beantragten Zusatzeintragung – eingeholte Stellungnahme der Sachverständigen, die bereits das oben zitierte Gutachten erstellt hatte, vom 05.10.2023, ergab Folgendes:

„Antwort(en):

AW erklärt sich mit dem Ergebnis der Begutachtung nicht einverstanden. Die neurologischen Beschwerden seien stärker geworden - ein Befund des Neurologen liege bei. Zucker und Blutfettwerte seien schlechter geworden.

Vorgelegte Befunde:

Beckenübersicht 27.06.2023 (Reguläre postoperative Verhältnisse nach Hüft-TEP rechts Deutliche Dysplasiekoxarthrose links. Beckenschiefstand zugunsten rechts)

Labor 04.09.2023 (HbA1c 6,4%, Hsr und CRP ggr erhöht)

KONSILIARBEFUND NEUROLOGIE 2023-09-26 (Radikulopathie C8 links de novo Z.n. Spondylodiszitis Th2/Th3 10/2010 Z.n. PLIF HWK7/BWK1 Thorakale Myelopathie und Paraspastik Coxarthrose links Z.n. Hüft-TEP rechts Coxarthrose links Z.n. Hüft-TEP rechts)

OE: Ellbogenextension und Fingerflexion KG4 TSR links im Seitenvergleich etwas abgeschwächt, PSR und RPR mittellebhaft auslösbar. Sonst manifesten Paresen. Tonus beidseits unauffällig. Knips beidseits positiv. UE Bei Kraftprüfung keine manifesten Paresen. PSR und ASR bds. mittellebhaft auslösbar. Geringe spastische Tonuserhöhung beidseits, Babinski bds. negativ. Stand- und Gang mit ungerichteter Fallneigung

Aufgrund der de novo aufgetretenen radikulären Defizite C8 links empfehle MRT-Kontrolle der HWS und des cervicothorakalen Übergangs. Medikamentös derzeit Pregabalin 2x 75mg weiter, bei Schmerzen Novalgin 500mg gegebenenfalls Tramadol), zusätzlich Sirdalud 2mg Nacht für maximal 2 Wochen.

Die Gangstörung in Folge der Paraspastik hat sich zuletzt wieder verschlechtert derzeit ohne Hilfsmittel nicht sicher mobil. Weiterhin regelmäßige Physiotherapie empfohlen)

Stellungnahme:

Maßgeblich für die Einstufung behinderungsrelevanter Leiden sind objektivierbare Funktionseinschränkungen unter Beachtung sämtlicher vorgelegter Befunde.

Im Rahmen der Untersuchung wurden sämtliche objektivierbaren Funktionseinschränkungen nach den Kriterien der EVO eingestuft.

Die vorgebrachten Argumente und nachgereichten Befunde beinhalten keine neuen Erkenntnisse, welche das vorhandene Begutachtungsergebnis entkräften könnten bzw. eine Erweiterung der Beurteilung erforderlich wäre, sodass das Ergebnis aufrecht gehalten wird. Insbesondere konnte keine maßgebliche neurologische Verschlimmerung

dokumentiert werden. Keine Änderung der Einschätzung durch das vorgelegte Labor gerechtfertigt.“

Im Rahmen des gewährten Parteienghört (betreffend die beantragte Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel“) gab die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme ab. Soweit für das gegenständliche Verfahren relevant – brachte sie im Wesentlichen vor, ihr Zustand habe sich sukzessive verschlimmert, vermutlich sehe sie nicht nur einer Hüft-OP, sondern auch einer OP der HWS entgegen. Den Einwendungen beigelegt waren weitere Befunde.

Daraufhin holte das SMS ein Aktengutachten (nach dem BBG im Verfahren betreffend die beantragte Zusatzeintragung) der mit dem Verfahren befassten Fachärztin für Unfallchirurgie/Ärztin für Allgemeinmedizin vom 12.01.2024 ein. Dieses ergab (auszugsweise) Folgendes:

„Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Letzte Begutachtung am 14.06.2023

1 Zustand nach Fusion im Bereich der Halswirbelsäule nach rezidivierender Spondylodiszitis 40% [...]

2 Asthma bronchiale overlap COPD 40%

3 Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom 30

4 Degenerative Kniegelenksveränderungen beidseits 20%

5 Mäßige Hypertonie 20%

6 Diabetes mellitus 20%

7 Zustand nach Strumektomie 10%

8 Hüfttotalendoprothese rechts, beginnende Hüftgelenksarthrose links 10%

9 Mitralklappeninsuffizienz leichten Grades 10%

Gesamtgrad der Behinderung 50 v. H.

ÖVM zumutbar

Gutachterliche Stellungnahme vom 05.10.2023

Zwischenanamnese seit 05.10.2023:

keine Operation, kein stationärer Aufenthalt dokumentiert.

Es wird Beschwerde gegen das Ergebnis der Begutachtung erhoben: Der Zustand habe sich verschlimmert, und es sei eine Hüft-OP und eine OP der HWS vorgesehen.

Vorgelegte Befunde:

Klinik Donaustadt Neurochir. Ambulanz 03.11.2023 (Parästhesien der Hände nachts und tagsüber, ziehende Schmerzen in beide Arme dorsal. Subjektiv Kraftverlust in beiden Händen, unkoordiniertes Gehen und Stolpern, derzeit mit einer Krücke mobil. Aggravierung der Symptomatik in letzten 3 Monaten.

MRT-Bildern vom 10.10.23: Enge des Spinalkanals auf Höhe C4/C5 mit beginnendem Myelopathie-Areal.

Klinische Untersuchung: KG Hand links 4-, rechts 4/5 Babinski rechts fraglich positiv, keine Hyperreflexie, Lhermitte-Zeichen positiv, Lasegue links positiv Blindgang deutlich unsicher

NLG im Februar 2023: Hinweis auf leichtes CTS.

Derzeit keine OP-Indikation. Aufgrund der klinischen Untersuchung mit deutlichen Hinweisen auf Myelopathie wird eine OP im Sinne einer dorsalen Laminektomie empfohlen.)

KONSILIARBEFUND NEUROLOGIE 2023-10-24 (Spastische Gangstörung Absolute Vertebrostenose HWK 4/5 Cervicobrachialgie und sensibles Defizit C8 rechts Z.n. Spondylodiszitis Th2/Th3 10/2010 Z.n. dorsaler Stabilisierung HWK 7 bis BWK 5 Coxarthrose links Z.n. Hüft-TEP rechts)

MRT der HWS und BWS 10.10.2023 (Cervicobrachialgie. Radikulopathie C8 links neu. Spondylodiscits. Verschlechterung der Paraspastik.

Ventrolisthese von HWK 2 gegenüber HWK 3 Grad I nach Meyeraing. Osteochondrose Typ II nach Modic in Höhe HWK 3/4. Breitbasige Bandscheibenprotrusion in Höhe HWK 4/5. Aoslute Spinalkanalstenose in diesem Bereich. Bedrängung der Nervenwurzel C5 bds. Uncovertebralartriosen mit Einengung der Foramina intervertebralia in Höhe HWK 5/6 bds. Kein Hinweis auf eine Myelopathie, soweit durch die postoperativen Veränderungen beurteilbar. Ventrolisthese von HWK 2 gegenüber HWK 3 Grad römisch eins nach Meyeraing. Osteochondrose Typ römisch II nach Modic in Höhe HWK 3/4. Breitbasige Bandscheibenprotrusion in Höhe HWK 4/5. Aoslute Spinalkanalstenose in diesem Bereich. Bedrängung der Nervenwurzel C5 bds. Uncovertebralartriosen mit Einengung der Foramina intervertebralia in Höhe HWK 5/6 bds. Kein Hinweis auf eine Myelopathie, soweit durch die postoperativen Veränderungen beurteilbar.

Osteochondrose Typ II nach Modic in Höhe HWK 3/4. Multiseg. Uncovertebralarthrosen. Vertebrostenose in Höhe HWK 4/5, bei breitbasiger Bandscheibenprotrusion und Uncovertebralarthrosenbildung, mit Bedrängung der Nervenwurzel C5 bds. Vertebrostenose auch in Höhe HWK 5/6, mit Bedrängung der Nervenwurzel C6 bds. in diesem Bereich. Osteochondrose Typ römisch II nach Modic in Höhe HWK 3/4. Multiseg. Uncovertebralarthrosen. Vertebrostenose in Höhe HWK 4/5, bei breitbasiger Bandscheibenprotrusion und Uncovertebralarthrosenbildung, mit Bedrängung der Nervenwurzel C5 bds. Vertebrostenose auch in Höhe HWK 5/6, mit Bedrängung der Nervenwurzel C6 bds. in diesem Bereich.

BWS: Pedikelschrauben in BWK 1, sowie auch in Höhe BWK 4 und 5. Ankylose von BWK 2 und 3. Paradoxe Hyperkyphose in diesem Bereich. Regelmäßige Signalgebung des Myelons.

Z.n. Ankylose von BWK 2 und 3 mit paradoxer Hyperkyphose in diesem Bereich.

Die nervalen Strukturen sind insgesamt frei.)

XXXX FACHÄRZTIN FÜR LUNGENKRANKHEITEN 30.10.2023 römisch XXXX FACHÄRZTIN FÜR LUNGENKRANKHEITEN 30.10.2023

(Asthma bronchiale, OSAS mit CPAP-Therapie, spast. Gangstörung bei Pyramidenbahnläsion)

Behandlung/en / Medikamente / Hilfsmittel:

Medikamente Metformin, Thyrex, Exforge, Iterium, Ulcusan, Oleovit, Foster, Fentanyl Pflaster, Novalgin Hilfsmittel: Rollator

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

Lfd.

Nr.

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

1

Zustand nach Fusion im Bereich der Halswirbelsäule nach rezidivierender Spondylodiszitis

2

Asthma bronchiale overlap COPD

3

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

4

Degenerative Kniegelenksveränderungen beidseits

5

Mäßige Hypertonie

6

Diabetes mellitus

7

Zustand nach Strumektomie

8

Hüfttotalendoprothese rechts, beginnende Hüftgelenksarthrose links

9

Mitralklappeninsuffizienz leichten Grades

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

keine Änderung

Dokumentiert ist, dass derzeit keine OP Indikation vorliegt (Klinik Donaustadt Neurochir. Ambulanz 03.11.2023)

Ein maßgebliches neurologisches Defizit und eine erhebliche Gangbildbeeinträchtigung sind nicht objektivierbar.

[...] 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 das Zurücklegen kurzer Wegstrecken, das Einsteigen und Aussteigen sowie den sicheren Transport in öffentlichen Verkehrsmitteln erheblich und dauerhaft einschränken. Ausreichende Gangsicherheit ohne Verwendung einer Gehhilfe konnte festgestellt werden. Die belastungsabhängigen Beschwerden im Bereich des rechten Hüftgelenks und der Wirbelsäule führen zwar zu einer Einschränkung der Gehstrecke, das objektivierbare Ausmaß des Defizits kann jedoch eine maßgebliche Erschwernis der Erreichbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel nicht ausreichend begründen. Kurze Wegstrecken von etwa 300-400m [...] können alleine zurückgelegt werden. Ein Rollator wird anlässlich der h.o. Begutachtung benützt, wobei jedoch die vorhandenen Funktionsdefizite die behinderungsbedingte dauerhafte Notwendigkeit der Verwendung eines Rollators nicht begründen können. Niveauunterschiede können überwunden werden, da die Beugefunktion im Bereich der Hüft-, Knie- und Sprunggelenke ausreichend ist und das sichere Ein- und Aussteigen möglich ist. Die Gesamtmobilität ist nicht wesentlich eingeschränkt, Kraft und Koordination sind ausreichend. Im Bereich der oberen Extremitäten liegen keine höhergradigen Funktionseinschränkungen vor, das Erreichen von Haltegriffen und das Festhalten ist nicht erheblich eingeschränkt. Es liegen keine Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit und psychischer, neurologischer oder intellektueller Fähigkeiten vor. Insgesamt ist daher, unter Berücksichtigung der objektivierbaren Funktionsdefizite, eine erhebliche Erschwernis der Verwendung öffentlicher Verkehrsmittel nicht begründbar.

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

Gutachterliche Stellungnahme: siehe oben“

Mit gegenständlichem Bescheid des SMS vom 16.01.2024 wurde der Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung“ in den Behindertenpass abgewiesen. Begründend wurde auf die eingeholten Gutachten samt Stellungnahme der Sachverständigen verwiesen.

Im Rahmen der fristgerecht dagegen erhobenen Beschwerde monierte die Beschwerdeführerin – soweit gegenständlich relevant – im Wesentlichen, die Sachverständige habe sie im Juni 2023 persönlich untersucht, zu diesem Zeitpunkt sei sie noch halbwegs mobil gewesen. Sie habe nach der Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Herbst 2023 weitere Befunde nachgereicht und um eine neue Untersuchung gebeten. Dies sei abgelehnt worden, die nachgereichten Befunde seien offensichtlich nicht gewürdigt worden. In den neurologischen Befunden würden die Verschlechterung des Gangbildes und vermehrtes Stolpern immer wieder angeführt werden, auch Parästhesien der Hände und Kraftminderungen würden angegeben werden. Im Befund der Lungenfachärztin werde unter anderem auch Belastungsdyspnoe angegeben, ein weiterer Grund, warum die Beschwerdeführerin nur

sehr kurze Strecken zurücklegen könne. Im neurochirurgischen Befund vom 03.11.2023 stehe deutlich, dass eine OP des CTS (Carpaltunnelsyndrom) derzeit nicht notwendig, eine OP der Halswirbelsäule (Laminektomie) aber dringend empfohlen sei. Bei weiteren Kontrollen sei diese OP keineswegs abgesagt worden. Aufgrund der ursprünglichen Versteifung der Wirbelsäule sei dieser Eingriff aber sehr gefährlich und kompliziert, dieser erfordere genaue Planung und längere Vorbereitungszeit. Die Befunde des aktuellen MRT und Röntgen der HWS lege sie bei. Auch den Befund der Reha vom 22.01.2024 lege sie bei. In diesem werde eine Verbesserung der Gehstrecke angeführt, allerdings noch immer weit unter normaler Beweglichkeit, und mit Pausen wegen der Atemlosigkeit. Sie werde an der linken Hüfte operiert, sie erhalte einen Gelenkersatz, um die Beschwerden der Coxarthrose zu beenden. Die neurologischen Einschränkungen (Gangataxien) beim Gehen seien nicht behebbar. Sie würden von der ursprünglichen Wirbelsäulenverletzung herrühren, seien immer vorhanden gewesen und hätten sich jetzt nur verstärkt. Der Beschwerde beigelegt waren mehrere Befunde.

Aufgrund der Beschwerde holte die belangte Behörde ein Sachverständigengutachten eines bisher nicht mit dem Verfahren befassten Facharztes für Orthopädie vom 26.04.2024, basierend auf einer Untersuchung der Beschwerdeführerin am 05.04.2024, ein. Dieses ergab (auszugsweise) Folgendes:

„Anamnese:

Vorgutachten:

09/2023:

(...)

Gesamtgrad der Be

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

© 2025 JUSLINE

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

[www.jusline.at](http://www.jusline.at)