

TE Bvwg Erkenntnis 2020/7/21 W207 2220226-1

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 21.07.2020

Entscheidungsdatum

21.07.2020

Norm

BBG §40 Abs1

BBG §41 Abs1

BBG §45 Abs1

BBG §45 Abs2

B-VG Art133 Abs4

1. BBG § 40 heute
 2. BBG § 40 gültig ab 01.01.2003 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002
 3. BBG § 40 gültig von 01.07.1994 bis 31.12.2002 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994
 4. BBG § 40 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 26/1994
 5. BBG § 40 gültig von 01.07.1990 bis 31.12.1993
-
1. BBG § 41 heute
 2. BBG § 41 gültig ab 01.09.2026 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 45/2026
 3. BBG § 41 gültig von 12.08.2014 bis 31.08.2026 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 66/2014
 4. BBG § 41 gültig von 01.09.2010 bis 11.08.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 81/2010
 5. BBG § 41 gültig von 01.01.2005 bis 31.08.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 136/2004
 6. BBG § 41 gültig von 01.01.2003 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002
 7. BBG § 41 gültig von 01.07.1994 bis 31.12.2002 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994
 8. BBG § 41 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 26/1994
 9. BBG § 41 gültig von 01.07.1990 bis 31.12.1993
-
1. BBG § 45 heute
 2. BBG § 45 gültig ab 19.07.2024 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 98/2024
 3. BBG § 45 gültig von 12.08.2014 bis 18.07.2024 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 66/2014
 4. BBG § 45 gültig von 01.06.2014 bis 11.08.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2013
 5. BBG § 45 gültig von 01.01.2014 bis 31.05.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 71/2013
 6. BBG § 45 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 51/2012
 7. BBG § 45 gültig von 01.01.2011 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 111/2010
 8. BBG § 45 gültig von 01.01.2003 bis 31.12.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002
 9. BBG § 45 gültig von 01.09.1999 bis 31.12.2002 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 177/1999

10. BBG § 45 gültig von 01.07.1994 bis 31.08.1999 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994
11. BBG § 45 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 26/1994
12. BBG § 45 gültig von 01.07.1990 bis 31.12.1993

1. BBG § 45 heute
2. BBG § 45 gültig ab 19.07.2024 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 98/2024
3. BBG § 45 gültig von 12.08.2014 bis 18.07.2024 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 66/2014
4. BBG § 45 gültig von 01.06.2014 bis 11.08.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2013
5. BBG § 45 gültig von 01.01.2014 bis 31.05.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 71/2013
6. BBG § 45 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 51/2012
7. BBG § 45 gültig von 01.01.2011 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 111/2010
8. BBG § 45 gültig von 01.01.2003 bis 31.12.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002
9. BBG § 45 gültig von 01.09.1999 bis 31.12.2002 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 177/1999
10. BBG § 45 gültig von 01.07.1994 bis 31.08.1999 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994
11. BBG § 45 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994 zuletzt 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 24.05.2018 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

W207 2220226-1/8E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch den Richter Mag. Michael SCHWARZGRUBER als Vorsitzender und die Richterin Mag. Natascha GRUBER sowie den fachkundigen Laienrichter Prof. Dr. Gerd GRUBER als Beisitzer über die Beschwerde von XXXX , geb. XXXX , gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 24.04.2019, OB: XXXX , betreffend Abweisung des Antrages auf Ausstellung eines Behindertenpasses, zu Recht erkannt: Das Bundesverwaltungsgericht hat durch den Richter Mag. Michael SCHWARZGRUBER als Vorsitzender und die Richterin Mag. Natascha GRUBER sowie den fachkundigen Laienrichter Prof. Dr. Gerd GRUBER als Beisitzer über die Beschwerde von römisch 40 , geb. römisch 40 , gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 24.04.2019, OB: römisch 40 , betreffend Abweisung des Antrages auf Ausstellung eines Behindertenpasses, zu Recht erkannt:

A)

Die Beschwerde wird gemäß § 40 Abs. 1, § 41 Abs. 1 und § 45 Abs. 1 und 2 Bundesbehindertengesetz (BBG) als unbegründet abgewiesen. Die Beschwerde wird gemäß Paragraph 40, Absatz eins,, Paragraph 41, Absatz eins und Paragraph 45, Absatz eins und 2 Bundesbehindertengesetz (BBG) 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:, ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

I. Verfahrensgangrömisches eins. Verfahrensgang

Die Beschwerdeführerin stellte am 15.02.2019 beim Sozialministeriumservice (im Folgenden auch als belangte Behörde bezeichnet) den verfahrensgegenständlichen Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses, wobei sie unter einem auch die Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung“ in diesen Behindertenpass beehrte. Diesem Antrag wurden ein umfangreiches Konvolut an medizinischen Unterlagen und ein Bescheid der PVA vom 20.11.2018 betreffend den Anspruch auf Invaliditätspension ab 01.01.2019 beigelegt.

Die belangte Behörde holte in der Folge ein Sachverständigengutachten eines Arztes für Allgemeinmedizin auf Grundlage der Bestimmungen der Anlage der Einschätzungsverordnung vom 27.03.2019, basierend auf einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin am 21.03.2019, ein. In diesem medizinischen Sachverständigengutachten wurde – hier in den wesentlichen Teilen und in anonymisierter Form wiedergegeben – Folgendes ausgeführt:

„...“

Anamnese:

Degenerative Abnützungen, Prolaps Th11/12, Morbus Crohn seit ca. 2007 mit Gelenksbeteiligung, Restless legs Syndrom, HLA B27 pos. Rückenschmerz mit Sacroilitis, Polyneuropathie, Hypothyreose, Fersensporn bds., Gebärmutterentfernung 2017 und Tubektomie, Osteotomie Metatarsalknochen III 2016. Degenerative Abnützungen, Prolaps Th11/12, Morbus Crohn seit ca. 2007 mit Gelenksbeteiligung, Restless legs Syndrom, HLA B27 pos. Rückenschmerz mit Sacroilitis, Polyneuropathie, Hypothyreose, Fersensporn bds., Gebärmutterentfernung 2017 und Tubektomie, Osteotomie Metatarsalknochen römisch drei 2016.

Derzeitige Beschwerden:

Angegeben wird abendliches Brennen in den Fußsohlen, Zittern, Polyarthralgien, Krämpfe im Bereich des linken Oberschenkels.

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Euthyrox, Nexium, Citalopram, Tramal, Naprobene, Buscopan bei Bedarf, Aprednislon, Salazopyrin, Gabapentin, Sifrol, Sirdalud, Humira, Oleovit, CalDVita.

Euthyrox, Nexium, Citalopram, Tramal, Naprobene, Buscopan bei Bedarf, Aprednislon, Salazopyrin, Gabapentin, Sifrol, Sirdalud, Humira, Oleovit, CalDVita.,

Sozialanamnese:

Invalidenpension. Sozialanamnese; Invalidenpension.

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

25.1.2019 KH XXX: M. Crohn mit Gelenksbeteiligung, M. Bechterew. Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe); 25.1.2019 KH XXX: M. Crohn mit Gelenksbeteiligung, M. Bechterew.

5.11.2018 KH XXX: M. Crohn, HLA B27 pos. Rückenschmerz mit Sacroilitis, PNP, restless legs Syndrom.

3.9.2018 KH XXX: M. Crohn, Lactose-Intoleranz, M. Raynaud, Z.n. H. Zoster, CVS, Osteoporose, Depressio, periphere PNP, Hashimoto- Thyreoiditis.

10.08.2018 Dr. F.-B.: sens. Neuropathiesyndrom der UE.

24.05.2017 XXX: HE, Tubektomie.

20.02.2018 Dr. K.: deg. WS-Veränderungen. Prolaps Th11/12. 3.9.2018 KH XXX: M. Crohn, Lactose-Intoleranz, M. Raynaud, Z.n. H. Zoster, CVS, Osteoporose, Depressio, periphere PNP, Hashimoto- Thyreoiditis., 10.08.2018 Dr. F.-B.: sens. Neuropathiesyndrom der UE., 24.05.2017 XXX: HE, Tubektomie., 20.02.2018 Dr. K.: deg. WS-Veränderungen. Prolaps Th11/12.

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand:

Normal. Allgemeinzustand:, Normal.

Ernährungszustand:

Normal.

Ernährungszustand:, Normal. ,

Größe: 163,00 cm Gewicht: 75,00 kg Blutdruck: 120/70

Klinischer Status - Fachstatus:

KOPF, HALS:

Keine Stauungszeichen, keine Atemnot, keine Lippenyanose, Pupillen isocor und seitengleich, prompte Lichtreaktion, Lidschluß komplett, kein Nystagmus. Sprache normal, gut verständlich.

THORAX / LUNGE / HERZ:

Sonorer Klopfeschall, Vesiculäratmen, normale Atemfrequenz. Reine, rhythmische Herztöne, keine pathologischen Geräusche.

ABDOMEN:

Weich, kein Druckschmerz, Peristaltik auskultierbar.

WIRBELSÄULE:

Endlagige-mäßige Funktionseinschränkung im Bereich der Lendenwirbelsäule, Betonung lumbosacraler Übergang. Erreicht im Sitzen mit beiden Händen die Fußknöchel, FBA im Stehen 20 cm. Endlagige Einschränkung bei Drehbewegungen cervical und lumbal, mäßig beim Vornüberbeugen. Paravertebrale Muskelverspannungen.

EXTREMITÄTEN:

Kreuz / Nacken / Pinzetten / Spitzgriff beidseits regelrecht und vollständig durchführbar, vollständiger Faustschluß beidseits, keine Muskelatrophien. Ein Ausweis kann zielgerichtet vorgelegt und wieder sicher verstaut werden. Geringe Einschränkung bei speichenseitiger Abduktion im rechten Handgelenk, ansonsten keine funktionellen Einschränkungen. Hüftgelenke links über rechts etwas bei Rotation schmerzhaft eingeschränkt, Kniegelenke frei beweglich, Sprunggelenke frei beweglich, Vorfüsse werden beidseits gut angehoben. Stehen und Gehen im Untersuchungszimmer ohne Hilfsmittel möglich. Zehen / Fersengang beidseits nicht durchgeführt. Keine Ödeme, Fußpulse tastbar.

GROB NEUROLOGISCH:

Keine relevanten motorischen Defizite, Sensibilitätsstörungen im Bereich beider Füße angegeben, grobe Kraft seitengleich, kein Rigor, kein Tremor, Feinmotorik regelrecht.

Gesamtmobilität - Gangbild:

Leicht hinkend, jedoch sicher, keine Hilfsmittel. Setzen und Erheben ohne Fremdhilfe möglich.

Status Psychicus:

In allen Qualitäten orientiert, Ductus durchgehend kohärent, unauffällig.

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 %

Morbus Crohn

Unterer Rahmensatz, da bei chronischem Verlauf und

Gelenksbeteiligung mittels spezifischer Therapie weitgehend stabilisierbar.

07.04.05

30

2

Degenerative Wirbelsäulenveränderungen, Prolaps Th 11/12

Unterer Rahmensatz, da endlagig-mäßige funktionelle Einschränkung, sowie ohne relevantes motorisches Defizit.

02.01.02

30

3

Polyneuropathie

1 Stufe über unterem Rahmensatz, da beidseitige Sensibilitätsstörung in den unteren Extremitäten ohne relevantes motorisches Defizit.

04.06.01

20

4

Morbus Bechterew

Oberer Rahmensatz, da endlagige Funktionseinschränkung bei ossärem Reizzustand vor allem der Becken/Hüftregion.

02.02.01

20

5

Degenerative Abnützungen im Bereich der Gelenke der unteren Extremitäten

Oberer Rahmensatz, da Zustand nach operativer Intervention sowie moderater Belastungseinschränkung.

02.02.01

20

6

Reaktive Depression

1 Stufe über unterem Rahmensatz, da spezifische Dauermedikation erforderlich, soziale Integration gegeben.

03.06.01

20

7

Entfernung der Gebärmutter

08.03.02

10

8

Morbus Raynaud

05.03.01

10

9

Hashimoto Thyreoiditis

Unterer Rahmensatz, da substituiert.

09.01.01

10

10

Funktionseinschränkung im rechten Handgelenk

02.06.20

10

11

Restless legs- Syndrom

Wahl dieser (g.Z)Position mit unterem Rahmensatz, da ohne relevantes funktionelles Defizit.

03.05.01

10

Gesamtgrad der Behinderung 30 v. H. , Gesamtgrad der Behinderung 30 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

Das führende Leiden 1 wird durch 2-11 mangels relevanter ungünstiger Leidensbeeinflussung nicht weiter erhöht.

[X] Dauerzustand

Frau P. kann trotz ihrer Funktionsbeeinträchtigung mit Wahrscheinlichkeit auf einem geschützten Arbeitsplatz oder in einem Integrativen Betrieb (allenfalls unter Zuhilfenahme von Unterstützungsstrukturen) einer Erwerbstätigkeit nachgehen:

[X] JA

1. Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel - Welche der festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen lassen das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke, das Ein- und Aussteigen sowie den sicheren Transport in einem öffentlichen Verkehrsmittel nicht zu und warum?

Keine.

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

Nein.

..."

Mit Schreiben der belangten Behörde vom 27.03.2019 wurde die Beschwerdeführerin über das Ergebnis der Beweisaufnahme in Kenntnis gesetzt und ihr das eingeholte medizinische Sachverständigengutachten übermittelt. Der Beschwerdeführerin wurde in Wahrung des Parteiengleichs die Gelegenheit eingeräumt, binnen zwei Wochen ab Zustellung des Schreibens eine Stellungnahme abzugeben.

Die Beschwerdeführerin brachte innerhalb der ihr dafür eingeräumten Frist keine Stellungnahme ein.

Mit Bescheid vom 24.04.2019 wies die belangte Behörde den Antrag der Beschwerdeführerin auf Ausstellung eines Behindertenpasses vom 15.02.2019 ab und führte begründend aus, dass das medizinische Beweisverfahren einen Grad der Behinderung von 30 v.H. ergeben habe und somit die Voraussetzungen zur Ausstellung eines Behindertenpasses nicht gegeben seien. Die wesentlichen Ergebnisse des ärztlichen Begutachtungsverfahrens seien dem eingeholten ärztlichen Sachverständigengutachten vom 27.03.2019, welches einen Bestandteil der Begründung bilde, zu entnehmen.

Die Beschwerdeführerin brachte am 13.06.2019 ohne Vorlage neuer Beweismittel fristgerecht eine Beschwerde folgenden Inhalts – hier in den wesentlichen Teilen und in anonymisierter Form wiedergegeben - gegen den Bescheid vom 24.04.2019 ein:

„....

Ich möchte ergänzend noch anmerken, dass ich keine Beschwerde innerhalb der zweiwöchigen Frist gegen die Beweisaufnahme an das Sozialministeriumservice richten konnte, da mir der ablehnende Bescheid bereits 10 Tage nach Erhalt der Beweisaufnahme zugestellt wurde.

Begründung:

Zuerst möchte ich die, meiner Ansicht nach, Rechtswidrigkeit des Bescheides bezüglich "Ausstellung eines Behindertenpasses" begründen.

Im Anschluss möchte ich meine Einwände hinsichtlich des medizinischen Sachverständigengutachtens sowie der Einschätzung des GdB von 30 % Vorbringen, da die Beweisaufnahme sowie die Statuserhebung in erheblichem Ausmaß lückenhaft bzw. mangelhaft waren.

Punkt 1:

Wie aus meinen Unterlagen zu entnehmen ist, wurde mir per 1.1.2019 die unbefristete Invaliditätspension von der PVA XXX gewährt. Wie aus meinen Unterlagen zu entnehmen ist, wurde mir per 1.1.2019 die unbefristete Invaliditätspension von der PVA römisch 30 gewährt.

Insgesamt bin ich seit nunmehr 17 Jahren arbeitsunfähig, d.h. erst erfolgten auf Antrag Maßnahmen zur beruflichen Reha, welche krankheitsbedingt abgebrochen werden mussten, anschließend wurde mir mehrmals die befristete Invaliditätspension gewährt und seit 2014 bekam ich über die XXX Rehabilitationsgeld. Insgesamt bin ich seit nunmehr 17 Jahren arbeitsunfähig, d.h. erst erfolgten auf Antrag Maßnahmen zur beruflichen Reha, welche krankheitsbedingt abgebrochen werden mussten, anschließend wurde mir mehrmals die befristete Invaliditätspension gewährt und seit 2014 bekam ich über die römisch 30 Rehabilitationsgeld.?

Da ich sowohl in gelernten, angelernten und ungelernten Berufen tätig war, verfüge ich über keinen Berufsschutz und keinen Anspruch auf Mindestqualifikation hinsichtlich Verweisbarkeit, d.h. die Arbeitsunfähigkeit bezieht sich auf den gesamten Arbeitsmarkt. Die Einschätzung meiner Erwerbsminderung erfolgte also ausschließlich nach medizinischen Kriterien und nicht, wie seitens des BASB oft behauptet, nach arbeitsmarktpolitischen.

Aus der Begründung meines beigefügten Pensionsbescheides geht dies eindeutig hervor:

Begründung

Die Wiederbegutachtung hat ergeben, dass Ihre Arbeitsfähigkeit soweit herabgesunken ist, dass die Ausübung einer am allgemeinen Arbeitsmarkt noch bewerteten Tätigkeit voraussichtlich dauerhaft nicht mehr möglich ist.

Die Voraussetzungen für die Invaliditätspension lauten:

§ 255 ASVG Begriff der Invalidität Paragraph 255, ASVG Begriff der Invalidität

ASVG - Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 29.04.2019

(1) War der Versicherte überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen tätig, gilt er als invalid, wenn seine Arbeitsfähigkeit infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten in jedem dieser Berufe herabgesunken ist.

(3) War der Versicherte nicht überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen im Sinne der Abs. 1 und 2 tätig, gilt er als invalid, wenn er infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die auf dem Arbeitsmarkt noch bewertet wird und die ihm unter billiger Berücksichtigung der von ihm ausgeübten Tätigkeiten zugemutet werden kann, wenigstens die Hälfte des Entgeltes zu erwerben, das ein körperlich und geistig gesunder Versicherter regelmäßig durch eine solche Tätigkeit zu erzielen pflegt. (3) War der Versicherte nicht überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen im Sinne der Absatz eins und 2 tätig, gilt er als invalid, wenn er infolge

seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die auf dem Arbeitsmarkt noch bewertet wird und die ihm unter billiger Berücksichtigung der von ihm ausgeübten Tätigkeiten zugemutet werden kann, wenigstens die Hälfte des Entgeltes zu erwerben, das ein körperlich und geistig gesunder Versicherten regelmäßig durch eine solche Tätigkeit zu erzielen pflegt.

Die Voraussetzungen zur Ausstellung eines Behindertenpasses nach geltendem BBG lauten:

ABSCHNITT VIABSCHNITT römisch sechs

BEHINDERTENPASS

„§ 40. (1) Behinderten Menschen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland und einem Grad der Behinderung oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50% ist auf Antrag vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen (§ 45) ein Behindertenpass auszustellen, wenn„§ 40. (1) Behinderten Menschen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland und einem Grad der Behinderung oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50% ist auf Antrag vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen (Paragraph 45,) ein Behindertenpass auszustellen, wenn

1. ihr Grad der Behinderung (ihre Minderung der Erwerbsfähigkeit) nach bundesgesetzlichen Vorschriften durch Bescheid oder Urteil festgestellt ist oder
2. sie nach bundesgesetzlichen Vorschriften wegen Invalidität, Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder dauernder Erwerbsunfähigkeit Geldleistungen beziehen oder
3. sie nach bundesgesetzlichen Vorschriften ein Pflegegeld, eine Pflegezulage, eine Blindenzulage oder eine gleichartige Leistung erhalten oder
4. für sie erhöhte Familienbeihilfe bezogen wird oder sie selbst erhöhte Familienbeihilfe beziehen oder
5. sie dem Personenkreis der begünstigten Behinderten im Sinne des Behinderteneinstellungsgesetzes, BGBl. Nr. 22/1970, angehören.5. sie dem Personenkreis der begünstigten Behinderten im Sinne des Behinderteneinstellungsgesetzes, Bundesgesetzblatt Nr. 22 aus 1970,, angehören.

(2) Behinderten Menschen, die nicht dem im Abs. 1 angeführten Personenkreis angehören, ist ein Behindertenpaß auszustellen, wenn und insoweit das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen auf Grund von Vereinbarungen des Bundes mit dem jeweiligen Land oder auf Grund anderer Rechtsvorschriften hiezu ermächtigt ist.(2) Behinderten Menschen, die nicht dem im Absatz eins, angeführten Personenkreis angehören, ist ein Behindertenpaß auszustellen, wenn und insoweit das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen auf Grund von Vereinbarungen des Bundes mit dem jeweiligen Land oder auf Grund anderer Rechtsvorschriften hiezu ermächtigt ist.

Zu § 40, Abs. 1, wird näher erläutert:Zu Paragraph 40,, Absatz eins,, wird näher erläutert:

§ 41. (1) Als Nachweis für das Vorliegen der im § 40 genannten Voraussetzungen gilt der letzte rechtskräftige Bescheid eines Rehabilitationsträgers (§ 3) oder ein rechtskräftiges Urteil eines Gerichtes nach dem Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz, BGBl. Nr. 104/1985, ein rechtskräftiges Erkenntnis des Bundesverwaltungsgerichtes oder die Mitteilung über die Gewährung der erhöhten Familienbeihilfe gemäß § 8 Abs. 5 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376. Das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen hat den Grad der Behinderung nach der Einschätzungsverordnung (BGBl. II Nr. 261/2010) unter Mitwirkung von ärztlichen Sachverständigen einzuschätzen, wennParagraph 41, (1) Als Nachweis für das Vorliegen der im Paragraph 40, genannten Voraussetzungen gilt der letzte rechtskräftige Bescheid eines Rehabilitationsträgers (Paragraph 3,) oder ein rechtskräftiges Urteil eines Gerichtes nach dem Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz, Bundesgesetzblatt Nr. 104 aus 1985,, ein rechtskräftiges Erkenntnis des Bundesverwaltungsgerichtes oder die Mitteilung über die Gewährung der erhöhten Familienbeihilfe gemäß Paragraph 8, Absatz 5, des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376. Das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen hat den Grad der Behinderung nach der Einschätzungsverordnung Bundesgesetzblatt Teil 2, Nr. 261 aus 2010,) unter Mitwirkung von ärztlichen Sachverständigen einzuschätzen, wenn

1. nach bundesgesetzlichen Vorschriften Leistungen wegen einer Behinderung erbracht werden und die hiefür maßgebenden Vorschriften keine Einschätzung vorsehen oder
2. zwei oder mehr Einschätzungen nach bundesgesetzlichen Vorschriften vorliegen und keine Gesamteinschätzung vorgenommen wurde oder

3. ein Fall des § 40 Abs. 2 vorliegt3. ein Fall des Paragraph 40, Absatz 2, vorliegt.

Rehabilitationsträger lt. § 3 sind:Rehabilitationsträger lt. Paragraph 3, sind:

Geltungsbereich

§ 3. (1) Rehabilitationsträger im Sinne des § 2 sind jene Körperschaften, Anstalten und Behörden, die gesetzlich berufen sind. Leistungen der Rehabilitation m folgenden Bereichen zu erbringen:Paragraph 3, (1) Rehabilitationsträger im Sinne des Paragraph 2, sind jene Körperschaften, Anstalten und Behörden, die gesetzlich berufen sind. Leistungen der Rehabilitation m folgenden Bereichen zu erbringen:

- 1 gesetzliche Unfallversicherung.
- 2 gesetzliche Pensionsversicherung.
- 3 gesetzliche Krankenversicherung.
- 4 Arbeitsmarktförderung.
- 5 Kriegsopferversorgung.
- 6 Heeresversorgung.
- 7 Entschädigung von Verbrechenopfern.
- 8 Opferfürsorge.
- 9 Behinderteneinstellung.
- 10 Unterstützungsfonds für Menschen nur Behinderung.
- 11 Entschädigung von Impfschäden.
- 12 Tuberkulosehilfe.

(2) Zweck der Leistungen und Maßnahmen zur Rehabilitation sowie die zu fördernden Personenkreise sind durch jene Bundesgesetze bestimmt, die für die genannten Bereiche gelten.

Nach Zusammenschau aller dieser Auszüge aus dem BBG, ist meiner Ansicht eine Ablehnung eines Behindertenpasses rechtswidrig.

Die Voraussetzung für die Invaliditätspension ist eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von zumindest der Hälfte eines gesunden Menschen (im Gegensatz zu Pensionen mit Berufschutz bezogen auf den gesamten Arbeitsmarkt).

Diese wurde, nach nunmehr über 17 Jahren Arbeitsunfähigkeit, nach bundesgesetzlichen Vorschriften - ASVG § 255 -, von fachärztlichen Gutachtern festgestellt.Diese wurde, nach nunmehr über 17 Jahren Arbeitsunfähigkeit, nach bundesgesetzlichen Vorschriften - ASVG Paragraph 255, -, von fachärztlichen Gutachtern festgestellt.

Die Voraussetzungen zur Ausstellung eines Behindertenpasses it. BBG § 40, Abs. 1, sind gleichlautend: Eine Minderung der Erwerbs fähigkeit von mindestens 50 %, oder nach bundesgesetzlichen Vorschriften Geldleistungen wegen Invalidität.Die Voraussetzungen zur Ausstellung eines Behindertenpasses it. BBG Paragraph 40,, Absatz eins,, sind gleichlautend: Eine Minderung der Erwerbs fähigkeit von mindestens 50 %, oder nach bundesgesetzlichen Vorschriften Geldleistungen wegen Invalidität.

Mindestens die Hälfte entspricht wohl mindestens 50 %. Und Erwerbsminderung lt. PVA kann keine andere sein als Erwerbsminderung lt. BBG. Wir haben nur einen Arbeitsmarkt und Krankheiten bzw. Diagnosen (mit den implizierten Beschwerden und Einschränkungen) sind nach ICD-Kriterien allgemeingültig, und müssen auch vom BASB als solche anerkannt werden.Mindestens die Hälfte entspricht wohl mindestens 50 %. Und Erwerbsminderung römisch eins t. PVA kann keine andere sein als Erwerbsminderung römisch eins t. BBG. Wir haben nur einen Arbeitsmarkt und Krankheiten bzw. Diagnosen (mit den implizierten Beschwerden und Einschränkungen) sind nach ICD-Kriterien allgemeingültig, und müssen auch vom BASB als solche anerkannt werden.

Auszug BASB: "Die Einschätzung wird nach der Richtsatzverordnung vorgenommen. Der GdB wird dabei nach medizinischen Gesichtspunkten, bezogen auf das allgemeine Erwerbsleben, also unabhängig von den konkreten Beschäftigungsverhältnissen, eingeschätzt

vgl. OGH 12.02.1991, 10ObS42/91; vergleiche OGH 12.02.1991, 10ObS42/91:

Dabei ist auch anzumerken, dass die Feststellung der verwertbaren Mindestleistungsfähigkeit nicht mit der Einschätzung des Grades der Behinderung verwechselt werden darf. Während diese der Feststellung dient, ob ein Behinderter nach der Schwere seiner Behinderung zum Personenkreis der begünstigten Behinderten zählt, wobei der Grad der Behinderung nach medizinischen Gesichtspunkten, bezogen auf das allgemeine Erwerbsleben, also unabhängig von den konkreten Beschäftigungsverhältnissen, eingeschätzt wird, richtet sich die Mindestleistungsfähigkeit nach der Produktivität der Arbeitsleistung des Behinderten an seinem Arbeitsplatz.

Da im "Kompetenzzentrum Begutachtung der PVA" die Struktur der Gutachten verbindlich und umfangreich vorgegeben ist und diese ausschließlich von Fachärzten erstellt werden, ist es unumstritten, dass die Begutachtungen wesentlich aussagekräftiger als die des BASB sind.

Seitens der PVA erfolgt die Feststellung der Erwerbsunfähigkeit nach medizinischen Kriterien entsprechend der ICD-Klassifikation. Die Beurteilung muss neben einer Querschnittsbeurteilung (aktueller Gesundheitszustand), auch eine Längsschnittbeurteilung (Krankheitsverlauf) und eine Prognose enthalten. Dass ein Allgemeinmediziner nach einer 6minütigen Begutachtung das Gutachten der PVA nach Augenschein widerlegen kann, finde ich grotesk und auch inhaltlich geradezu anmaßend.

Wäre ich berufstätig, hätte ich sicher die Voraussetzungen um dem Personenkreis "Begünstigt Behinderter" anzugehören mit Anspruch auf Ausstellung eines Behindertenpasses. Da ich gesundheitlich nun nicht mehr in der Lage bin einer Beschäftigung nachzugehen, habe ich keinen Anspruch?

Auch die im Behinderteneinstellungsgesetz unter § 14, Abs. 1 u.a. folgende, rechtlich relevante, Formulierung muss doch auch für mich gelten: Auch die im Behinderteneinstellungsgesetz unter Paragraph 14., Absatz eins, u.a. folgende, rechtlich relevante, Formulierung muss doch auch für mich gelten:

Die Feststellung des Grades der Minderung der Erwerbsfähigkeit im Nachweis gilt zugleich als Feststellung des Grades der Behinderung. Die Zugehörigkeit zum Personenkreis der begünstigten

Es ist also eindeutig in sämtlichen Rechtsvorschriften des BBG und BEG der Begriff Erwerbsminderung und Behinderung gleichgestellt.

Eine Andersauslegung der Begrifflichkeiten erscheint daher willkürlich und nicht nachvollziehbar.

Fragwürdig erscheint auch die Praxis, dass zur Beurteilung der "originären Erwerbsunfähigkeit" Betroffene vom BASB oftmals an das "Kompetenzzentrum Begutachtung der PVA" verwiesen werden und seitens SMS dann die Einschätzung übernommen wird und auch umgekehrt, (siehe "Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 10718/J; GZ:BMASK-10001/0747-I/A/4/2016)

Bezüglich Behindertenpass kann man das PVA-Gutachten aber nicht heranziehen? Wieviele Maßstäbe werden denn nun herangezogen?

Gleichsam sehe ich den ablehnenden Bescheid meines Antrages weder den Kriterien der Behindertengleichstellung noch des Diskriminierungsverbotes entsprochen. Denn Invalide einem Behinderten nicht gleichzustellen bzw. anders zu bewerten widerspricht zumindest einem der beiden gesetzlichen Vorschriften.

Punkt 2.

Im Folgenden möchte ich meine Einwände gegen das medizinische Sachverständigengutachten verfasst am 21.3.2019 von Dr. S., die Einschätzung des GdB von 30 %, sowie die Ablehnung der Zusatzeintragung "Zumutbarkeit der öffentlichen Verkehrsmittel wegen Behinderung" näher ausführen:

Zuerst möchte ich anmerken, dass die Untersuchung inkl. kurzer Befundzusammenfassung insgesamt genau 6 Minuten gedauert hat und nicht, wie angegeben, 20 Minuten. Über die Kürze der Untersuchung hatten sich sogar andere wartende Antragsteller verwundert gezeigt.

Gleich zu Beginn stellte mir Dr. S. die Frage, ob dies mein erster Antrag sei. Ich kann mich des Eindrucks nicht verwehren, dass ich zu diesem Zeitpunkt wahrscheinlich gleich wieder hätte gehen können, denn die Tatsache, dass es sich um einen Erstantrag handelt, war wohl das Hauptkriterium für den ablehnenden Bescheid.

Zu SV-Gutachten s. 1 unter dem Punkt "Derzeitige Beschwerden":

Es ist nur ein Bruchteil dessen angeführt, was ich angegeben habe und wie ich anschließend noch näher beschreiben möchte.

Meine Beschwerden, die ich auch als solche dem begutachtenden Arzt geschildert habe, sind wie folgt:

Füße:

Neuropathische Schmerzen, Parästhesien und Missempfindungen an beiden Füßen bis zum Knöchel;

Einschränkung der Belastbarkeit an beiden Vorfüßen (beginnend schon seit den 3 Operationen wegen M. Neurom seit 1998; das war schon damals der Grund, dass ich meinen Beruf als Kellnerin aufgeben musste), wegen Schmerzen und fallweisen Gefühlsstörungen rechts mehr als links. Durch die Osteotomie (Verschraubung) wurde zwar die Fehlstellung korrigiert, doch die Belastungsfähigkeit kann dadurch nicht wiederhergestellt werden.

Bei der diagn. Plantarfasciitis handelt es sich um einen chronischen Zustand, natürlich ebenso wie beim Fersensporn. Diese bringen z.T. erhebliche schmerzbedingte Einschränkungen mit sich. Wie aus vorliegenden Befunden ersichtlich erfolgten mehrere chirurgische Interventionen, sowie Therapieversuche mit geringem Erfolg mittels Stoßwelle im OSS.

siehe Befunde:

18.7.2018 Dr. S., FA Neurologie; 10.8.2018 NLG: sensibles Polyneuropathiesyndrom der UE;

12.8.2016 MR Dr. B., Fuss re.; 13.3.2018 MR Dr. B., Vorfuß li.; 5.4.2018 Med22 Rö bd. Füße: degenerative Veränderungen; Narbenwucherungen; Weichteil- und Knochenmarködem;

27.9.2017 und 17.10.2017 OSS wegen ESWT bd. Füße: Plantarfasciitis, Fersensporn

5.11.2018 und 25.1.2019 KH XXX Rheumatologie: u.a. synovitische Schwellungen Spann und Rist bds., Enthesitis re. Sprunggelenk; 5.11.2018 und 25.1.2019 KH römisch 30 Rheumatologie: u.a. synovitische Schwellungen Spann und Rist bds., Enthesitis re. Sprunggelenk;

20.12.2016 OSS: st.p. Osteotomie re., st.p. 3x M.Neurom bds.;

Beine:

Parästhesien und neuropathische Schmerzen, schmerzhafte Krämpfe Oberschenkel links, sowie neuropathische Schmerzen, anfallsweises Schwächegefühl Oberschenkel bis in das Hüftgelenk, links mehr als rechts, mit Zittern (It. Neurologe Barmherzige Brüder ist das ein häufiges Phänomen bei Polyneuropathie; siehe Befund.); Parästhesien und neuropathische Schmerzen, schmerzhafte Krämpfe Oberschenkel links, sowie neuropathische Schmerzen, anfallsweises Schwächegefühl Oberschenkel bis in das Hüftgelenk, links mehr als rechts, mit Zittern (römisch eins t. Neurologe Barmherzige Brüder ist das ein häufiges Phänomen bei Polyneuropathie; siehe Befund.);

Besonders massiv treten die Beschwerden nach sitzender Position auf (dauert durchschnittlich eine halbe Stunde). Nach dem Aufstehen muss ich mich minutenlang mit beiden Händen wo anhalten oder anlehnen, dann dauert es noch eine Weile bis ich nur unsicheren Schrittes gehen kann.

Abgesehen von der Polyneuropathie und M. Bechterew/Sacroiliitis, ist der Grund hierfür eine chron. Bursitis des Trochanter major bds.. Naturgemäß gehen diese Erkrankungen mit Schmerzen einher und haben nicht unerheblichen Einfluss auf die Standfestigkeit und Gehfähigkeit.

siehe Befunde:

18.7.2018 und 18.10.2018 Dr. S. FA Neurologie, NLG: periphere Polyneuropathie

18.6.2018 MRT Becken, DZ XXX: Entzündung Trochanter major im Anschluss der einstrahlenden Sehnen der Glutealmuskulatur

28.8.2018 OSS wg. ESWT: Bursitis trochanterica bds.

Medikation: Tramal 50mg 3x2 tgl.; tageweise Naprobene 2x tgl. (NSAR sind wegen M. Crohn nur eingeschränkt möglich); Gabapentin 300mg 3x2 tgl.; Sifrol 0,7 mg 1 xtgl.; Sirdalud 4mg 1x

Becken, ISG, LWS:

Massive Schmerzen und Bewegungseinschränkung Becken/Hüfte und ISG bis LWS (s.o. bis zu den Oberschenkeln); sowohl in Ruhe wie auch belastungsabhängig, bedingt durch diverse Ursachen/Diagnosen.

In der Einschätzungsaufstellung des GdB auf s.4 des GA wurde Bechterew und die Beschwerden Becken/Hüfte zusammengefasst. Tatsächlich handelt sich um unterschiedliche Erkrankungen. Beim M.Bechterew handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung, bei den Beschwerdeursachen bezüglich Becken/Hüfte handelt es um degenerative Veränderungen. Da diese Erkrankungen unterschiedlich Beschwerden verursachen, nämlich hinsichtlich Lokalisation, Art, Schwere, Zeitpunkt und Dauer, und diese unterschiedlich zu therapieren sind, halte ich diese Tatsache ebenfalls für relevant.

Befunde:

s.o. Trochanter major; Befunde wg. Behandlungen vorliegend

20.2.2018 MRT LWS (+BWS), Dr. K.: IV-Arthrosen LIII bis LV, geringe Spinalkanaleinengung

30.8.2018 Rö Becken, Med22: Beckenschiefstand, Coxarthrose, SIG-Arthrose, subchondrale Sklerosierung

5.11.2018, 15.11.2018, 22.1.2019 KH XXX Rheumatologie: synovitische Schwellungen Bereich ISG und Becken li.; Sacroiliitis bds., Rückenschmerz, Enthesitis-M.Bechterew; HLA B27 pos. 5.11.2018, 15.11.2018, 22.1.2019 KH römisch 30 Rheumatologie: synovitische Schwellungen Bereich ISG und Becken li.; Sacroiliitis bds., Rückenschmerz, Enthesitis-M.Bechterew; HLA B27 pos.

12.11.2018 MR ISG, Dr. B.: KMÖ Os ilium, ausgeprägte Erosionen Os sacrum u. Os ilium, Weichteilödem lumbosacral, Weichteilödem im Anschluss an Trochanter major bds., KMÖ Massa lateralis d. Os sacrum; floride linksbetonte Sakroilitis

Therapie: Humira 40mg sc Intervallverkürzung von 14d (M.Crohn) auf wöchentlich; Zusatztherapie Aprednislon lt. Therapieschema bei Schub (Mindestdosis: 1 Wo 50mg; 1 Wo. 25 mg;...wöchentliche Dosishalbwirkung); Therapie: Humira 40mg sc Intervallverkürzung von 14d (M.Crohn) auf wöchentlich; Zusatztherapie Aprednislon römisch eins t. Therapieschema bei Schub (Mindestdosis: 1 Wo 50mg; 1 Wo. 25 mg;...wöchentliche Dosishalbwirkung);

Analgetika: Tramal 50mg 3x2 tgl., Naprobene 500mg 2xtgl.; (Aufgrund der gastrointestinalen Erkrankungen sind NSAR nur in äußerst geringem Ausmaß möglich) Unverträglichkeit auf Salazopyrin und MTX

Zusätzliche Therapiewiederholungen: Stoßwelle Füße und Hüfte; Röntgenschwachbestrahlung; Infiltrationen

BWS+HWS:

Schmerzhafte Bewegungseinschränkung von Brust- bis Halswirbelsäule; besonders bei Seitwärts- bzw. Drehbewegung des Oberkörpers und Kopfes; Oberkörperbeugung sehr eingeschränkt durch Schmerzen und "Steifigkeit"

Befunde:

20.2.2018 MRT BWS (und LWS), Dr. K.: Spondylosis deformans, IV-Arthrosen; multisegmentale Osteochondrosen; aktivierte Osteochondrose Th3 - Th5; Prolaps Th11-Th12 mit Spinalkanaleinengung; Hämangiome in allen Segmenten

18.6.2018 MRT HWS, DZ XXX: deutliche Fehllage mit ausgeprägter Kyphosierung C4/C5 mit Verschmälerung des Liquorsaums; Protrusion C6/C7 mit Neuroforamenstenose und leichter Spinalkanalstenose; multisegmentale Osteochondrose HWS Analgetika und Therapien w.o.

Morbus Crohn mit Gelenkbeteiligung

M. Crohn seit 2007, Gelenkbeteiligung betrifft v.a. Schmerzen und Schwellungen an Händen und Fingern, Rippen, und obere HWS (diesbezüglich bin ich wiederholt in konservativer Therapie, wie physikalische Behandlungen und Infiltrationen)

Hände:

Schmerzen, Schwellungen und Bewegungseinschränkung schubweise, rechts mehr als links. Beschwerden unterschiedlicher Intensität durchschnittlich 20 Wochen pro Jahr. Bei entzündlichen Phasen ist beinahe keine Funktionsfähigkeit und Belastbarkeit mehr gegeben. Ruhigstellung mit therapeutischem Schienen-Handschuh inkl. Daumeneinschluss; Infiltrationen; Analgetika Befunde:

30.5.2018 MR HG re., Dr. B.: ausgeprägte Tendinopathie und Peritendinitis der EPB- und APL-Sehne; Erguss im DSG; Partialruptur der FCR-Sehne; Radiocarpalgelenksarthrose

5.11.2018 KH XXX Rheumatologie: synovitische Schwellungen am Daumengrundgelenk re
5.11.2018 KH römisch 30
Rheumatologie: synovitische Schwellungen am Daumengrundgelenk re.

Die oben angeführten Befunde wurden selbstverständlich allesamt dem Antrag beigelegt.

Meines Erachtens sind diese zur Gutachtenserstellung und schlussendlicher Einschätzung des GdB medizinisch relevant und lassen die geschilderten Beschwerden auch nachvollziehbar erscheinen. Leider sind diese nur bruchteilhaft ins Gutachten eingeflossen. Aus einigen wurde nur auszugsweise die Anamnese bzw. Diagnosen zitiert, andere wurden gar nicht berücksichtigt.

Im Gutachten bzw. der Einschätzung wurde gänzlich der bekannte Krankheitsverlaufs von Autoimmunerkrankungen ignoriert. Naturgemäß verläuft die Krankheitsaktivität von Morbus Crohn sowie Morbus Bechterew/Sacroiliitis schubweise. Insbesondere ist die Beschwerdeintensität, wie bei nahezu allen Betroffenen, vom Wetter abhängig. Schmerzen und Bewegungseinschränkungen sind bei feuchtem und/oder kaltem Wetter besonders intensiv.

Bei ungünstigen Wetterbedingungen schmerzt jede Bewegung, jeder Schritt. Hinzu kommt, dass jeder Schub, egal ob Bechterew oder Crohn, jeweils den anderen auslöst.

Im Gegensatz dazu verläuft die Bursitis. Diese entzündlichen Phasen sind wetterunabhängig und somit über das ganze Jahr regelmäßig aktiv.

Im Sommer, genauer gesagt wenn es um die 30°C erreicht, bekomme ich immer wieder Beschwerden hinsichtlich Morbus Crohn. Dies bedeutet Durchfälle bis zu 30mal täglich, dadurch natürlich Kreislaufprobleme und Schwäche, und bald darauf beginnen dann auch die Beschwerden mit dem Bewegungsapparat.

Bei jedem Schub muss ich mit Cortison ergänzend therapieren. Dies impliziert wiederum permanente Infektionen. Mittlerweile leide ich schon chronisch unter Bronchitis und Entzündungen im HNO-Bereich. Jede Menschenansammlung zieht garantiert eine Infektion mit sich. Ich hatte deshalb u.a. eine Keuchhusteninfektion, Herpes Zoster und nach längerem grippalen Infekt eine Herzmuskelentzündung.

Generell verlasse ich seit numehr schon über 3 Jahren die Wohnung zu 95 % nur zu Arztbesuchen. Die restlichen 5 % sind für Besorgungen des täglichen Lebens nötig. Es ist für mich mittlerweile schon eine Anstrengung an "guten Tagen" meinen Verpflichtungen bzw. Terminen nachzukommen, denn beschwerdefrei bin ich nie. Es gibt keinen schmerzfreien Tag in meinem Leben.

Oftmals ist es mir tagelang überhaupt nicht möglich das Haus zu verlassen. Ich muss wiederholt Arzttermine verschieben, weil ich von der Körperhygiene beginnend, bis zur Fortbewegung massivste Probleme habe. Seit mehreren Jahren ist es mir nicht mehr möglich den Haushalt zu führen. Da auch mein Gatte unter erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen leidet, benötigen wir hierfür dauerhaft Hilfe. Lebensmitteleinkäufe erledigen größtenteils andere, Artikel anderweitiger Art lasse ich mir soweit als möglich zuschicken.

Der bekanntermaßen schubweise Krankheitsverlauf darf in der medizinischen, gutachterlichen Einschätzung auch nicht unberücksichtigt bleiben, denn es muss der durchschnittliche Gesundheitszustand als Dauerzustand beurteilt werden. Trotz dokumentierter Beschwerden ist daher die Einschätzung, ausschließlich nach (flüchtigem) Augenschein, ohne hinreichende Beweiswürdigung relevanter Befunde, nicht den rechtlichen Vorgaben entsprechend.

Nachstehend möchte ich näher erläutern, inwieweit Befunde gänzlich oder teilweise außer Acht gelassen wurden. In Stichworten habe ich auch den medizinisch relevanten Inhalt dieser Befunde angeführt, die zu meinen geschilderten subjektiven Beschwerden eine gewisse objektive Nachvollziehbarkeit mit sich bringen sollen..

siehe S2. des SV-Gutachtens "Zusammenfassung relevanter Befunde":

25.1.2019 KH XXX: M. Crohn mit Gelenkbeteiligung, M. Bechterew

ausgelassen wurde: Synovitis und DS Sprunggelenk innen re.

5.11.2018 KH XXX: M. Crohn, HLA B27 pos.; Rückenschmerz mit Sacroiliitis; PNP; RLS

ausgelassen wurde: synovitische Schwellungen am Daumengrundgelenk re., Spann und Rist bds., ISG sowie Becken li.;

3.9.2018 KH XXX: M. Crohn, Lactose-Intoleranz, M. Raynaud; Z.n. H.Zoster, CVS, Osteoporose; Depressio, periphere PNP; Hashimoto-Thyreoiditis

ausgelassen wurde: M.Crohn, ilealer und Duodenal-/Magen-Befall; leukozytoklastische Vaskulitis; wiederholte Infusion wegen Eisenmangel

10.8.2018 Dr. F.-B.: sens. Neuropathiesyndrom

24.5.2017 XXX: HE, Tubektomie

ausgelassen wurde: TVT-0 wegen Stressinkontinenz (leider ohne Erfolg)

20.2.2018 Dr. K.: deg. WS-Veränderungen, Prolaps Th11/12

Befund im Detail: IV-Arthrosen L1 bis V; multisegmentale Osteochondrosen BWS + LWS, aktivierte Osteochondrose TH3 bis TH5; Prolaps mit Spinalkanaleinengung
Befund im Detail: IV-Arthrosen L1 bis L5; multisegmentale Osteochondrosen BWS + LWS, aktivierte Osteochondrose TH3 bis TH5; Prolaps mit Spinalkanaleinengung

2016- 12-20 OSS: OP Osteotomie MT I
2016- 12-20 OSS: OP Osteotomie MT L5

=> dadurch nurmehr eingeschränkte Belastbarkeit des Vorfußes

Aus diesem Befund wurde die Osteotomie in der Anamnese angeführt, der Befund aber nicht unter dem Punkt "Relevante Befunde" gelistet.

Im Gutachten nicht angeführte Befunde (obwohl Auszüge aber in der Anamnese angeführt wurden):

2016-08-12 MR Vorfuß re: u.a. Narbenwucherung nach M. Neurom (Dauerzustand)

2017-09-27 OSS wg. ESWT; Diagnose: Plantarfasziitis bds.

2017-10-10 Schilddrüsenzentrum XXX: Struma nodosa Grad I mit sonographischer Befunddynamik; chronische Immunthyreoiditis vom Typ Hashimoto; typische Beschwerden und Hypothyreose Stoffwechsellaage trotz Substitution; Therapieanpassung
2017-10-10 Schilddrüsenzentrum XXX: Struma nodosa Grad L5 mit sonographischer Befunddynamik; chronische Immunthyreoiditis vom Typ Hashimoto; typische Beschwerden und Hypothyreose Stoffwechsellaage trotz Substitution; Therapieanpassung

2017-10-17 OSS wg. ESWT; Diagnose: Fersensporn

2018-03-13 MR Dr. B., Vorfuß li.: Osteophytäre Appositionen an mehreren Grundphalangen; progrediente Arthrose Sesambeine Dig.I; aktivierte Arthrose Metatarsophalangealgelenks I; Synovitis; Narbengewebe MT III/IV; KMÖ MT I
2018-03-13 MR Dr. B., Vorfuß li.: Osteophytäre Appositionen an mehreren Grundphalangen; progrediente Arthrose Sesambeine Dig.I; aktivierte Arthrose Metatarsophalangealgelenks L5; Synovitis; Narbengewebe MT III/IV; KMÖ MT L5

2018-04-05 Rö XXX Arthrose Großzehengrundgelenk; ausgeprägte Arthrose Sesambeine Dig. I und Dig. II: Fersensporn bds.
2018-04-05 Rö L5 30 Arthrose Großzehengrundgelenk; ausgeprägte Arthrose Sesambeine Dig. L5 eins und Dig. II: Fersensporn bds.

2018-05-30 MR Dr. B. HG re.: ausgeprägte Tendinopathie und Peritendinitis EPB- und APL-Sehne; Erguss DSG; Partialruptur FCR-Sehne; Radiocarpalgelenksarthrose

2018-06-18 MRT XXX, HWS: deutliche Fehlhaltung mit ausgeprägter Kyphosierung C4/5 mit Verschmälerung des Liquorsaums; C6/7 Protrusion mit Neuroforamenstenose bds. und leichter Spinalkanalstenose; multisegmentale Osteochondrose HWS
2018-06-18 MRT L5 30 , HWS: deutliche Fehlhaltung mit ausgeprägter Kyphosierung C4/5 mit Verschmälerung des Liquorsaums; C6/7 Protrusion mit Neuroforamenstenose bds. und leichter Spinalkanalstenose; multisegmentale Osteochondrose HWS

2018-06-18 MRT XXX, Beckenkamm: KMÖ im Verlauf des ISG; Entzündung Trochanter major, re. mehr als li.
2018-06-18 MRT L5 30 , Beckenkamm: KMÖ im Verlauf des ISG; Entzündung Trochanter major, re. mehr als li.

2018-07 Röntgenschwachbestrahlung Becken

2018-08-28 OSS wg. ESWT; Diagnose: Bursitis trochanterica bds.

2018-08-30 Rö XXX, Becken: Beckenschiefstand; Coxarthrose sowie SIG-Arthrosezeichen mit ausgeprägter Verschmälerung des Gelenkspaltes und subchondraler Sklerosierung
2018-08-30 Rö L5 30 , Becken: Beckenschiefstand; Coxarthrose sowie SIG-Arthrosezeichen mit ausgeprägter Verschmälerung des Gelenkspaltes und

subchondraler Sklerosierung

2018-11-12 MRT Dr. B., ISG: derzeit floride linksbetonte Sakroiliitis; Entzündung Trochanter major bds.

2018-11-15 KH XXX, Rheumatologie: Aufnahme Tagesklinik wg. Schmerzen 2018-11-15 KH römisch 30, Rheumatologie: Aufnahme Tagesklinik wg. Schmerzen

Durch die mangelhafte Beweisaufnahme und Untersuchung steht das Sachverständigengutachten eindeutig mit den Erfahrungen des Lebens, der ärztlichen Wissenschaft und den Denkgesetzen in Widerspruch.

Eine solche Schlussfolgerung lässt die Rechtssprechung auch nicht zu:

Die Beweiswürdigung im ärztlichen Begutachtungsverfahren ist zwar frei, darf jedoch weder willkürlich oder unschlüssig sein, noch unrichtige Angaben enthalten. Es darf kein Schluss gezogen werden, der unter Einbeziehung aller Beweise, ein anderer gewesen wäre.

Befremdlich scheint auch die Tatsache, dass der begutachtende Arzt sich weder den Antrag noch einen Befund vorweg angesehen hatte. Er fragte nach meinen Erkrankungen und erkundigte sich zeitgleich, ob es dazu Befunde gibt. Diese wollte er sich "nachher anschauen".

Hr. Dr. S. führte die Untersuchung in der Ordination von Fr. Dr. S., FA für Kardiologie, durch. Das Untersuchungszimmer ist meiner Ansicht auch nicht dazu geeignet, da es scheinbar ausschließlich für Belastungs-EKG vorgesehen ist. Es verfügt über keine Untersuchungsliege oder Umkleemöglichkeit, lediglich einen Schreibtisch und ein Ergometer.

Daher wurde auch die "Untersuchung" in vollbekleidetem Zustand durchgeführt:

Ich trug eine Jeanshose, Bluse, Blazer, Tuch, darunter eine blickdichte Stützstrumpfhose und, wie immer, orthopädische Schuhe.

Zu Gutachten s.2, Punkt: "Klinischer Status":

Sitzend wurde lediglich andeutungsweise die Kraft und Beweglichkeit der Hände und der Arme überprüft.

Weiters, ebenfalls sitzend, musste ich die Beine und Füße anheben.

Stehend musste ich, wobei ich mich am Ergometer anhalten konnte, die Beine schwingen und abschließend mit dem Oberkörper nach vorne gebeugt soweit wie möglich die Arme zu den Füßen bewegen.

Somit kann ich den im Gutachten angeführten "Fachstatus" keinesfalls gelten lassen.

Hinsichtlich Wirbelsäule und Extremitäten sind mit diesen "Untersuchungsmethoden", genauer gesagt mit einer Bewegungsrichtung pro Extremität und noch dazu in vollbekleideten Zustand, Aussagen hinsichtlich Bewegungseinschränkung nur schätzungsweise möglich.

"Stehen und Gehen im Untersuchungszimmer": Stehen musste ich bei den drei "Bewegungsüberprüfungen": nämlich abwechselnd das gestreckte Bein schwingen, den Oberkörper seitwärts drehen (hierbei konnte ich mich am Ergometer anhalten, weil ich ansonsten nicht das Gleichgewicht halten kann) und die Arme mit gebeugtem Oberkörper Richtung Füße bewegen.

"Gehen" konnte in dem Raum mit ca. 10m² Größe gar nicht überprüft werden.

"Gesamtmobilität-Gangbild" GA s.2 unten ff: "leicht hinkend, jedoch sicher, keine Hilfsmittel, Setzen und Erheben ohne Fremdhilfe"

Dies ist ein Widerspruch in sich. Man kann sich hinkend nicht wirklich sicher fortbewegen. Besonders unglaublich erscheint dies in Anbetracht erheblicher dokumentierter Gelenksveränderungen der UE bds.

Die Hüftgelenke wurden überhaupt nicht untersucht. Etablierte diesbezügliche Untersuchungsmethoden sind ohne Liege auch nicht möglich.

Die Kniegelenke wurden, wie gesagt, im Sitzen überprüft, indem ich das Bein abgewinkelt und gestreckt heben musste.

Die gutachterlichen Angaben bezüglich Einschränkungen der Füße nehmen mangels Richtigkeit und Nachvollziehbarkeit beinahe unseriösen Charakter an:

Die Sprunggelenke, genauer gesagt die äußeren Knöchel, wurden nur nach Schwellungen begutachtet: indem ich die Jeanshose ein Stück raufschob, durch die blickdichte Strumpfhose.

Die Vorfüsse musste ich zwar anheben, sind jedoch in derben orthopädischen Schuhen gar nicht beurteilbar.

"Zehen- und Ferstenstand nicht durchgeführt": Indem ich mich am Schreibtisch abstützen konnte, sollte ich den Zehen- und Ferstenstand durchführen. Wie vorweg näher erläutert und durch Befunde ausreichend dokumentiert, kann ich auf den Zehen schmerzbedingt schon lange nicht mehr stehen. Der Ferstenstand ist nur kurz möglich. Erstens verursacht mir diese Bewegung leichte Schmerzen und zweitens kann ich das Gleichgewicht nicht halten.

Alle Angaben bezüglich Funktionseinschränkungen entsprechen auch nicht den medizinisch standardisierten Vorgaben. Denn "mäßig" oder "etwas" entspricht wohl nicht den Parametern, die zu diesem Zwecke normalerweise herangezogen werden. Üblich sind Bewegungseinschränkungen nach etablierten Untersuchungsverfahren und nach allen Körpersegmenten und Richtungen aufgeschlüsselt, in Grad anzugeben.

"Grob Neurologisch": diese Untersuchungen sind bekanntermaßen bekleidet gar nicht möglich und wurden auch nicht durchgeführt.

Dass die Begutachtung und Einschätzung keinesfalls den relevanten Fragestellungen hinsichtlich Behindertenausweis und Parkausweis entspricht, unterstützt auch die Angabe im Untersuchungsbefund: "Ein Ausweis kann zielgerichtet vorgelegt und wieder verstaут werden." (siehe GA s.2, Punkt Fachstatus/Extremitäten)

Da das Gutachten auf dieser geschilderten Untersuchung basiert, die keinesfalls den allgemeingültigen medizinischen Standards entspricht, kann auch die getroffene Einschätzung keinesfalls als schlüssig und nachvollziehbar angesehen werden.

Aus Erfahrung traue ich mich zu behaupten, dass diese Gangart System hat, denn so gut wie alle Anträge, die ein Gutachter der Allgemeinmedizin beurteilt, werden abgelehnt. Die nötige Sorgfalt bei der Beweisaufnahme kann man leider nur bei Fachärzten beobachten.

Das eingeholte allgemeinmedizinische Gutachten ist keinesfalls geeignet zur Beurteilung der Funktionseinschränkungen, insbesondere da auf zahlreiche Angaben und von mir vorgelegten Befunde völlig unzureichend eingegangen worden ist.

Auch hier ist die geltende Rechtssprechung anzuwenden:

Laut ständiger Rechtsprechung stellt ein Gutachten bzw. eine Stellungnahme, welche Ausführungen darüber vermissen lässt, aus welchen Gründen der ärztliche Sachverständige zu seiner Beurteilung gelangt ist, keine taugliche Grundlage für die von der belangten Behörde zu treffende Entscheidung dar.

Ebenso völlig unverständlich ist auf s.5 des GA folgender Punkt:

Frau P. kann trotz ihrer Funktionsbeeinträchtigung mit Wahrscheinlichkeit auf einem geschützten Arbeitsplatz oder in einem Integrativen Betrieb (allenfalls unter Zuhilfenahme von Unterstützungsstrukturen) einer Erwerbstätigkeit nachgehen:

[X] JA

Wie eingangs ausführlich erläutert wurde meine Erwerbsunfähigkeit im Rahmen der Invaliditätspension eingehend und umfangreich überprüft und fachärztlich festgestellt. Natürlich habe ich auch keinen Antrag auf "Feststellung der Zugehörigkeit zum Personenkreis der begünstigt Behinderten" gestellt.

Auch ist die Auflistung der möglichen Zusatzeintragungen auf s.6 des GA nicht korrekt:

(Es wird die Tabelle auf Seite 6 oben im Gutachten vom 27.03.2019 wiedergegeben.)

Der vorliegende, allerdings im Gutachten nicht aufgelistete Befund vom 20.12.2016, OSS- Operation BRT-Osteotomie MT III wird mittels fixen Titan-Verschraubungen an den betroffenen Gelenken durchgeführt. Daher bin ich "Trägerin von Ostesynthesematerial". Der vorliegende, allerdings im Gutachten nicht aufgelistete Befund vom 20.12.2016, OSS- Operation BRT-Osteotomie MT römisch drei wird mittels fixen Titan-Verschraubungen an den betroffenen Gelenken durchgeführt. Daher bin ich "Trägerin von Ostesynthesematerial".

Zum Ergebnis der durchgeführten Untersuchung, s.4 des GA:

(Es wird die Tabelle auf Seite 4 im Gutachten vom 27.03.2019 wiedergegeben.)

Der getroffenen Einschätzung lt. EVO kann ich zum Teil nicht beipflichten.

Zu Punkt 1, Morbus Crohn, GdB 30%:

Da ich mehrere Monate pro Jahr unter erheblichen Einschränkungen im Zuge eines aktiven Crohn-Schubes leide, insbesondere auch durchschnittlich an mittelschwerem Allgemeinzustand, wäre meiner Ansicht nach die Einschätzung nach dem oberen Rahmensatz mit 40 % zu bewerten.

Aus den Befunden ist zu entnehmen (mit detailreich ausgeführten Ergebnissen der endoskopischen Untersuchungen), dass der Crohn vom terminalem Ileum bis hinauf zum Magen über mehrere großflächige Abschnitte reicht. Relevant sind ebenso Engstellen in unterschiedlichen Segmenten bis zu 10cm Durchmesser. Auch die entzündliche Magenschleimhaut mit Bedarf an Dauertherapie von Nexium 40mg 2xtgl. sollte in diese Einschätzung einfließen.

Der Allgemeinzustand ist auch aufgrund des chronischen Eisenmangels herabgesetzt. Diesbezüglich bekomme ich mehrmals jährlich Eiseninfusionen verabreicht.

Dass der Ernährungszustand nach objektiven Kriterien nicht mangelhaft erscheint, ist in erster Linie den häufigen hochdosierten Cortisongaben geschuldet, weiters der euthyreoten Schilddrüsenfunktion, wie auch der eingeschränkten Bewegungsmöglichkeit aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Zu Punkt 4, Morbus Bechterew, GdB 20%:

Die Einschätzung entspricht weder den tatsächlichen Einschränkungen noch dem medizinischen Sachverhalt.

Meine geschilderten Beschwerden hinsichtlich Schmerzen und auch Funktionseinschränkung sind mehrfach dokumentiert und entsprechen keinesfalls einem "geringen Ausmaß".

Es besteht Dauertherapiebedarf, medikamentös eher hochdosiert, mit häufig nötigen Zusatztherapien.

Die Angabe in der Begründung "bei ossärem Reizzustand der Beckenregion" ist, wie zuvor schon geschildert, ein anderes Krankheitsbild. Der Reizzustand des Trochanter major mit den angrenzenden Sehnen der Glutealmuskulatur sind degenerativ bedingt und ebenfalls chronisch. Die Beschwerden treten seitens ISG/LWS treten mit den Hüftbeschwerden sowohl gemeinsam wie auch isoliert auf.

Die degenerativ, entzündliche Erkrankung ist auch nicht mit einer Autoimmun-Therapie, nämlich Biologika, beeinflussbar. Hierfür sind klassische Analgetika indiziert, die ich aufgrund der gastrointestinalen Beschwerden nicht in ausreichendem Maße nehmen kann. Tramal sind hierfür nur eine dürftige Alternative, allerdings die einzige.

Es bleibt sonst nur die Möglichkeit von zeitweiligen Infiltrationen. Kontinuierlich dürfen diese nicht verabreicht werden. (Erschwerend kommt hinzu, dass ich bezüglich der Handbeschwerden rechts, das gleiche Problem bezüglich Therapiemöglichkeiten habe. NSAR wären indiziert aber nicht möglich, also bekomme ich auch hierfür Injektionen gleichen Wirkstoffes verabreicht.)

Ich bräuchte oft eine konzentriertere Analgetikatherapie, als ich vertrage.

Desweiteren führen beide Erkrankungsgeschehen zu erheblichen Beschwerden zu den Oberschenkel bis knapp über das Kniegelenk bds., links mehr als rechts. Dies ist besonders eine schmerzbedingte Belastungseinschränkung aber auch eine Art Schwäche bzw. Unsicherheit im Hüftbereich, die wahrscheinlich von den Reizzuständen an der Muskulatur und der Polyneuropathie herrühren.

Also wenn die beiden Krankheitsbilder zusammengefasst werden, dann ist jedenfalls eine höhere Einschätzung vorzunehmen.

Prinzipiell entspricht das Beschwerdebild M. Bechterew dem Punkt 02.02.02; die Hüftbeschwerden wären eigentlich adäquat dem Punkt 02.05.09 zuzuordnen.

Zusammengefasst mit den Becken/Hüftbeschwerden ist jedenfalls der oberen Rahmensatz von 40 % anzuwenden.

Desweiteren ist Morbus Bechterew als ungünstige Leidensbeeinflussung zum Morbus Crohn zu werten. Denn wie zuvor schon näher angeführt, führt ein Schub aus einem der Bereiche nach kurzer Zeit zu einem Schub aus der Erkrankung des anderen Bereichs.

Die Symptomatik ist natürlich bei Morbus Crohn völlig anders als bei M. Bechterew gelagert.

Da ich mit der Hashimoto-Thyreoiditis bereits an drei Erkrankungen des autoimmunen Formenkreises leide, sind auch die Beschwerden, wie bei allen Mehrfachbetroffenen, erheblich ausgeprägter, als bei einer Ersterkrankung.

Diese Tatsache alleine würde schon eine Erhöhung des GdB um zumindest eine Stufe rechtfertigen.

Zu Punkt 3., Polyneuropathie GdB 20%, sowie Punkt 5., deg. Abnützung UE:

Diese Punkte wären anhand der gemischten bzw. vermischten Beschwerdesymptomatik zusammenzufassen und daher auch anders zu bewerten. Die Schmerzen sind vorwiegend neuropathisch, zusätzlich mit Parästhesien. Die Funktionseinschränkungen sind degenerativ bzw. postoperativ (durch Narbewucherungen) bedingt, doch zum Teil auch von diesen Beschwerden beeinflusst.

Die Einschätzung bezüglich der UE unter Punkt 5., ist als zu gering anzusehen, da die Belastung durch die Beschwerdesymptomatik erheblich eingeschränkt wird und nicht als "moderat" bezeichnet werden kann.

Desweiteren bestehen die Beschwerden an beiden Füßen, auch chirurgische Interventionen erfolgten an beiden Füßen. (2xOP wegen Morton Neurom li. von MT II bis MT IV, 1xOP Morton Neurom MT II/MT III und BRT-Osteotomie re.) Diese brachten leider massive Nerven/Narbenwucherungen zwischen den Zehengelenken mit sich, z.T. bis ins Zehengrundgelenk einwachsend. Chirurgisch wird dagegen nichts unternommen, da es wieder zu Narbenreaktionen kommen würde. Desweiteren bestehen die Beschwerden an beiden Füßen, auch chirurgische Interventionen erfolgten an beiden Füßen. (2xOP wegen Morton Neurom li. von MT römisch zwei bis MT römisch vier, 1xOP Morton Neurom MT II/MT römisch drei und BRT-Osteotomie re.) Diese brachten leider massive Nerven/Narbenwucherungen zwischen den Zehengelenken mit sich, z.T. bis ins Zehengrundgelenk einwachsend. Chirurgisch wird dagegen nichts unternommen, da es wieder zu Narbenreaktionen kommen würde.

Zu Punkt 9., Hashimoto Thyreoidits, mit GdB 10%:

Wie aus beigelegtem Befund vom XXX hervorgeht, leide ich trotz Substitution unter störenden Beschwerden. Dies sind vor allem depressive Verstimmungen verbunden mit Antriebslosigkeit, massive Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen, Hautdefekte unterschiedlicher Lokalisation und massive Gewichtszunahme. Diese sind trotz Therapieanpassung und -ergänzung nicht beherrschbar. Daher ist auch diese Einschätzung zu gering, da mein Alltagsleben und die Freizeitgestaltung in erheblichen Ausmaß eingeschränkt sind. Wie aus beigelegtem Befund vom römisch 30 hervorgeht, leide ich trotz Substitution unter störenden Beschwerden. Dies sind vor allem depressive Verstimmungen verbunden mit Antriebslosigkeit, massive Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen, Hautdefekte unterschiedlicher Lokalisation und massive Gewichtszunahme. Diese sind trotz Therapieanpassung und -ergänzung nicht beherrschbar. Daher ist auch diese Einschätzung zu gering, da mein Alltagsleben und die Freizeitgestaltung in erheblichen Ausmaß eingeschränkt sind.

Zu Punkt 10., Funktionseinschränkung HG re, GdB 10%:

Es handelt sich unter Berücksichtigung der therapiebedürftigen chronischen Schmerzsymptomatik und Funktionseinschränkung über mehrere Monate pro Jahr jedenfalls um eine Einschränkung mittleren Grades, also 20%.

Zu Punkt 11., Restless legs-Syndrom, GdB 10%:

Das funktionelle Defizit sollte unter den Punkten 3. und 5. Berücksichtigung finden. Jedoch besteht eine erhebliche Leidenspotentierung der Restless legs in Zusammenhang mit der Polyneuropathie. Bekannterweise erreichen neuropathische Beschwerden nachts ihren Höhepunkt. Dies führt dazu, dass die Restless legs sich nicht nur durch "unruhige Beine" bemerkbar machen, sondern erhebliche Schmerzen verursachen. Von den Fußsohlen, über die Füße bis zur Kniekehle leide ich unter neuropathischen Schmerzen wie Nadelstiche oder gar Messerstiche, Brennen und Krämpfen. Dies führt zu einem massiv eingeschränkten Nachtschlaf. Die derzeitige Medikation ist die höchste, die ich gastroenterologisch noch vertrage. Damit schlafe ich durchschnittlich 3-4 Stunden. Häufig auch gar nicht. Mittlerweile kann ich aufgrund der Beschwerden auch tagsüber nicht mehr schlafen. Somit leide ich auch deswegen unter permanenter Tagesmüdigkeit. Dieser Schlafmangel hat natürlich negative Auswirkungen auf die Psyche. Die Psyche wiederum auf die Autoimmunerkrankungen. Und so kann man das Rad endlos weiter drehen.

Ich wage zu behaupten, dass eine fachlich adäquate Begutachtung und Einschätzung auch nur von einem Facharzt vorgenommen werden kann. Immerhin handelt es sich um Erkrankungen, die sogar im jeweiligen Fachgebiet eine Spezialisierung erfordern.

Denn ein gastroenterologischer Internist wird nicht bezüglich Morbus Bechterew behandeln. Obwohl auch aus dem Internen Fachgebiet, aber eben Rheumatologie.

Und der Rheumatologe verweist hinsichtlich orthopädischer oder neurologischer Beschwerden auch wieder an das jeweilige Fachgebiet.

Daher ist es auch eine grobe Fehleinschätzung anzunehmen, dass ein Allgemeinmediziner alle diese Gebiete fachlich abdecken kann.

Der Hauptkritikpunkt bezieht sich allerdings auf die Gesamteinschätzung des GdB, sowie der Missachtung bekannter und bewiesener Korrelationen und Komorbiditäten.

Denn selbst wenn man die getroffene Einschätzung als medizinisch richtig begründet ansehen würde, ist die Schlussfolgerung, also der Gesamt GdB keinesfalls nachvollziehbar.

Wenn ich jetzt nach Auflistung aller Funktionsbeeinträchtigungen die Gesamteinschätzung von GdB 30% heranziehe, dann würde es auch bedeuten, dass ich unter Funktionseinschränkungen gleichen Ausmaßes leide, wie jemand der nur Morbus Crohn hat.

Anhand der Gesamteinschätzung haben also meine Schmerzen, Bewegungseinschränkungen oder sonstige Beschwerden aller anderen diagnostizierten Erkrankungen keinen zusätzlichen Einfluss auf mein Leben. Denn mein Leiden lt. Gesamteinschätzung entspricht nur dem Ausmaß vom Morbus Crohn. Anhand der Gesamteinschätzung haben also meine Schmerzen, Bewegungseinschränkungen oder sonstige Beschwerden aller anderen diagnostizierten Erkrankungen keinen zusätzlichen Einfluss auf mein Leben. Denn mein Leiden römisch eins t. Gesamteinschätzung entspricht nur dem Ausmaß vom Morbus Crohn.

Das erscheint wohl auch jedem medizinischen Laien unschlüssig und keinesfalls nachvollziehbar.?

Auch dieses Vorgehen entspricht nicht der gültigen Judikatur:

Auszug aus der gültigen Einschätzungsverordnung:

261. Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz betreffend nähere Bestimmungen über die Feststellung des Grades der Behinderung (Einschätzungsverordnung)

Gemäß § 14 Abs. 5 des Behinderteneinstellungsgesetzes, BGBl Nr. 22/1970, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl I Nr. 81/2010, wird verordnet: Gemäß Paragraph 14, Absatz 5, des Behinderteneinstellungsgesetzes, Bundesgesetzblatt Nr. 22 aus 1970,, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 81 aus 2010,, wird verordnet:

Gesamtgrad der Behinderung

§ 3. (1) Eine Einschätzung des Gesamtgrades der Behinderung ist dann vorzunehmen, wenn mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen. Bei der Ermittlung des Gesamtgrades der Behinderung sind die einzelnen Werte der Funktionsbeeinträchtigungen nicht zu addieren. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander. Paragraph 3, (1) Eine Einschätzung des Gesamtgrades der Behinderung ist dann vorzunehmen, wenn mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen. Bei der Ermittlung des Gesamtgrades der Behinderung sind die einzelnen Werte der Funktionsbeeinträchtigungen nicht zu addieren. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

(2) Bei der Ermittlung des Gesamtgrades der Behinderung ist zunächst von jener Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, für die der höchste Wert festgestellt wurde. In der Folge ist zu prüfen, ob und inwieweit dieser durch die weiteren Funktionsbeeinträchtigungen erhöht wird. Gesundheitsschädigungen mit einem Ausmaß von weniger als 20 vH sind außer Betracht zu lassen, sofern eine solche Gesundheitsschädigung im Zusammenwirken mit einer anderen Gesundheitsschädigung keine wesentliche Funktionsbeeinträchtigung verursacht.

Bei Überschneidungen von Funktionsbeeinträchtigungen ist grundsätzlich vom höheren Grad der Behinderung auszugehen.

(3) Eine wechselseitige Beeinflussung der Funktionsbeeinträchtigungen, die geeignet ist, eine Erhöhung des Grades der Behinderung zu bewirken, liegt vor, wenn

- sich eine Funktionsbeeinträchtigung auf eine andere besonders nachteilig auswirkt,
- zwei oder mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, die gemeinsam zu einer wesentlichen Funktionsbeeinträchtigung führen.

(4) Eine wesentliche Funktionsbeeinträchtigung ist dann gegeben, wenn das Gesamtbild der Behinderung eine andere Beurteilung gerechtfertigt erscheinen lässt, als die einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen alleine.

Anhand der Einschätzung des GdB lt. s.4 des GA, lässt sich zweifelsfrei erkennen, dass sowohl § 3, Absatz 3, wie auch Absatz 4 auf mich anzuwenden gewesen wäre. Anhand der Einschätzung des GdB römisch eins t. s.4 des GA, lässt sich zweifelsfrei erkennen, dass sowohl Paragraph 3,, Absatz 3, wie auch Absatz 4 auf mich anzuwenden gewesen wäre.

Ich habe zuvor schon einige Beispiele genannt, die einer ungünstigen gegenseitigen Leidensbeeinflussung entsprechen. Diese sind übrigens nach allgemeinem medizinischen Kenntnisstand und nicht eine kühne Behauptung von mir.

Zweifelsohne bestehen aber auch mehrere Funktionsbeeinträchtigungen, die gemeinsam zu einer wesentlichen Funktionsbeeinträchtigung führen.

Die degenerativ bedingten Einschränkungen des Bewegungsapparates wirken sich nicht auf einen Morbus Crohn aus. Nichtsdestotrotz leide ich an beiden und es schränkt auch beides meinen Alltag erheblich ein. Mehr als es nur bei einer Erkrankung der Fall wäre.

Und eine korrekte Gesamtschau aller Funktionsbeeinträchtigungen kann ohnehin nur eine höhere Gesamteinschätzung zur Folge haben.?

Zu s.6 des GA, "Zumutbarkeit Benützung öffentlicher Verkehrsmittel":

Es wurde kein einziges Argument hinsichtlich der Verneinung angeführt. Vermutlich da es bei einer Gesamteinschätzung des GdB von 30% entbehrlich ist.

Da jedoch sowohl die Beweisaufnahme, wie auch die Untersuchung sehr mangelbehaftet war, ist natürlich auch diese Angabe nicht folgerichtig.

Wie unter dem Punkt "Beschwerden" schon geschildert, habe ich erhebliche Funktionsdefizite, v.a. an den UE.

Die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel ist auch dann nicht zumutbar, wenn sich die dauernde Gesundheitsschädigung auf die Möglichkeit des Ein- und Aussteigens und die sichere Beförderung in einem öffentlichen Verkehrsmittel unter Berücksichtigung der beim üblichen Betrieb dieser Verkehrsmittel gegebenen Bedingungen auswirkt. Zu prüfen ist die konkrete Fähigkeit öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Zu berücksichtigen sind insbesondere zu überwindende Niveauunterschiede beim Aus- und Einsteigen, Schwierigkeiten beim Stehen, bei der Sitzplatzsuche, bei notwendig werdender Fortbewegung im Verkehrsmittel während der Fahrt. (VwGH 22.10.2002, ZI. 2001/11/0242; 14.05.2009, 2007/11/0080)

Speziell die Beförderung im sich bewegenden Verkehrsmittel ist mir bspw. stehend nicht mehr möglich. Ich kann mit den Beinen nicht die nötige Balance bzw. Kraft aufbringen, um z.B. mich beim Bremsen oder Kurvenfahren sicher aufrecht zu halten.

Wenn ich sitzen kann, dann habe ich das schon geschilderte Problem, dass mich die Beine in der Höhe des Hüftgelenks nach dem Aufstehen nicht sicher halten können. Ich muss in dieser Stellung einige Minuten verharren bevor ich mich wieder, anfangs noch unsicher, weiterbewegen kann. So ist es natürlich nicht möglich öffentliche Verkehrsmittel sicher zu benutzen, meines Erachtens auch nicht zumutbar.

Während einer entzündlichen Phase der Hüfte, des ISG oder der LWS kann ich unmöglich ein Verkehrsmittel benutzen, dass einige Stufen zu überwinden hat, wie bspw. Busse oder Straßenbahnen älteren Typs.

Im Falle eines defekten Aufzuges im Stationsbereich, speziell der der Wiener U-Bahn (was häufig genug vorkommt,

dass man es berücksichtigen muss), ist es mir völlig unmöglich diese enormen Niveauunterschiede über die Treppen auch nur annähernd zumutbar zu überwinden. Dies ist nur mit mehreren Pausen unter erhebliche Anstrengung und mit Schmerzen verbunden, mit einem gänzlich überzogenem Zeitaufwand und mit Hilfe anderer zu bewältigen.

Besonders gravierend ist im Speziellen die Tatsache, dass ein Erreichen meiner behandelnden Ärzte im KH XXX (Abteilung Gastroenterologie und Rheumatologie) ohne Auto völlig ausgeschlossen ist. Besonders gravierend ist im Speziellen die Tatsache, dass ein Erreichen meiner behandelnden Ärzte im KH römisch 30 (Abteilung Gastroenterologie und Rheumatologie) ohne Auto völlig ausgeschlossen ist.?

Dies würde mit öffentlichen Verkehrsmittel eine geschätzte Fahrzeit von über einer Stunde, mit mehreren Umstiegen, bedeuten. Das alleine ist für mich nicht mehr bewältigbar. Doch absolut unüberwindbar ist der Weg von der Haltestelle in die betreffenden Abteilungen des Krankenhauses. Dies umfasst eine Wegstrecke von ungefähr 400 m, und beinhaltet Steigungen von ca. 20% über 2/3 der Strecke.

Da ich natürlich meine behandelnden Ärzte erreichen muss, und diese sich im öffentlichen KAV befinden, muss die Behörde diese Umstände auch berücksichtigen.

Ich hoffe, dass ich meine Einwände hinsichtlich Ablehnung des Antrages bezüglich "Ausstellung eines Behindertenausweises" und des Sachverständigengutachtens glaubhaft und nachvollziehbar Vorbringen konnte und bitte daher um Überprüfung der vorgebrachten Beschwerde.

Da meines Erachtens erhebliche Mängel in der Beweisaufnahme vorliegen, nehme ich an, dass es nötig ist, ein fachärztliches Sachverständigengutachten einzuholen.

Ich bin der Meinung, dass ein FA für Orthopädie den größten Bereich abdecken würde, ein FA für Rheumatologie allerdings den gewichtigsten. Daher bitte ich in dieser Sache selbst zu entscheiden.

Mit bestem Dank

Name + Adresse der Beschwerdeführerin“

Die belangte Behörde legte am 18.06.2019 dem Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde und den Bezug habenden Verwaltungsakt zur Entscheidung vor. Das Verfahren wurde der hg. Gerichtsabteilung W264 zugewiesen.

Aufgrund des Inhaltes der eingebrachten Beschwerde holte das Bundesverwaltungsgericht ein medizinisches Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin vom 15.04.2020 auf Grundlage der Bestimmungen der Anlage der Einschätzungsverordnung ein. Nach persönlicher Untersuchung der Beschwerdeführerin am 20.02.2020 wurde – hier in den wesentlichen Teilen und in anonymisierter Form wiedergegeben - Folgendes ausgeführt:

„...“

SACHVERHALT:

Gegen den Bescheid des Bundesamts für Soziales und Behindertenwesen vom 24. 4. 2019, mit welchem der Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses abgewiesen wird, wird Beschwerde vorgebracht.

Im Beschwerdevorbringen der BF vom 9. 6. 2019, Abl. 7-27, werden auf 21 Seiten zahlreiche Einwendungen vorgebracht. Insbesondere wird auf Schmerzen, Schwellungen und Bewegungseinschränkungen, die schubweise auftreten, hingewiesen.

Vorgeschichte:

Morbus Crohn, ED ca. 2005-2007, Befall Ileum und Duodenum, Magen, mit

Gelenkbeteiligung, Rückenschmerzen, Humira seit 2012

degenerative Veränderungen der Wirbelsäule

Hypothyreose, substituiert

Z.n. Bursitis trochanterica bds, ESWT

Laktoseintoleranz?

M. Raynaud, Polyneuropathie, Restless Legs Syndrom, Plantarfasziitis beidseits, Depressio seit 2003, Fatiguesyndrom

OP: Sacraldermoid, Katarakt bds, TE, AE, HE, Tubektomie, Osteotomie MT III, Operation wegen Mortonneurom 2007
OP: Sacraldermoid, Katarakt bds, TE, AE, HE, Tubektomie, Osteotomie MT römisch drei, Operation wegen Mortonneurom 2007

Zwischenanamnese seit 3/2019:

Keine Operation, kein stationärer Aufenthalt.

Befunde:

Abl. 47 MRT rechter Vorfuß 12. 8. 2016 (Zustand nach Operation wegen Mortonneurom vor 9 Jahren, 6 mm Alteration MTP II und III plantar, Verdacht auf Narbe)
Abl. 47 MRT rechter Vorfuß 12. 8. 2016 (Zustand nach Operation wegen Mortonneurom vor 9 Jahren, 6 mm Alteration MTP römisch zwei und römisch drei plantar, Verdacht auf Narbe)

Abl. 49 Befund KH XXX 20.12. 2016 (chronische Metatarsalgie III rechter Fuß, Osteotomie MT III)
Abl. 49 Befund KH römisch 30 20.12. 2016 (chronische Metatarsalgie römisch drei rechter Fuß, Osteotomie MT römisch drei)

Abl. 51 Gynäkologie XXX 24. 5. 2017 (HE, Tubektomie beidseits)
Abl. 51 Gynäkologie römisch 30 24. 5. 2017 (HE, Tubektomie beidseits)

Abl. 53 Befund Krankenhaus XXX Wirbelsäulenzentrum 27. 9. 2017 (Stoßwellenbehandlung bei Plantarfasziitis beidseits, Laktoseintoleranz, Morbus Crohn)
Abl. 53 Befund Krankenhaus römisch 30 Wirbelsäulenzentrum 27. 9. 2017 (Stoßwellenbehandlung bei Plantarfasziitis beidseits, Laktoseintoleranz, Morbus Crohn)

Abl. 55 Befund Krankenhaus XXX 17. 10. 2017 (Fersensporn links, Stoßwellentherapie)
Abl. 55 Befund Krankenhaus römisch 30 17. 10. 2017 (Fersensporn links, Stoßwellentherapie)

Abl. 57 MRT der BWS und LWS 20. 2. 2018 (Spondylosis deformans, multisegmentale Osteochondrose, Prolaps Th 11/TH 12 mit Einengung des Spinalkanals)

Abl. 59 MRT-linker Vorfuß 13. 3. 2018 (Hallux valgus, mäßig Spreizfuß, progrediente Arthrosen)

Abl. 61 Röntgen Calcaneus 5. 4. 2018 (Abflachung des Längsgewölbes, dorsaler Fersensporn 5 mm rechts, plantarer Fersensporn 7 mm links)

Abl. 63 MRT Handgelenk rechts 30. 5. 2018 (Tendinopathie und Peritendinitis Extensor pollicis brevis und Abductor pollicis longus mit Erguss)

Abl. 65 MRT der HWS 18. 6. 2018 (Kyphose C4/C5, Protrusion C6/C7)

Abl. 67 MRT knöchernes Becken 18. 6. 2018 (Knochenmarksödem ISG beidseits ohne Erosionen, Reizzustand Trochanter major rechts)

Abl. 69 Befund Dr. S. Facharzt für Neurologie 18. 7. 2018 (Morbus Crohn seit 2005, Restless legs Syndrom seit 2007, Thyreoiditis Hashimoto seit 2012, CS, HE und Tubektomie 2017, Postzosterneuralgie, Depressio seit 2003, Fatiguesyndrom, ausgeprägtes Raynaud- Phänomen seit 2003, Mortonneurom beidseits, Osteotomie rechts 2017, Stoßwellentherapie Plantarfasziitis beidseits. Schmerzen Fußsohlen und Füße. Therapie: Gabapentin, laufende Therapie weiter)

Abl. 71 Befund Krankenhaus XXX 28. 8. 2018 (Stoßwellentherapie bei Bursitis trochanterica beidseits)
Abl. 71 Befund Krankenhaus römisch 30 28. 8. 2018 (Stoßwellentherapie bei Bursitis trochanterica beidseits)

Abl. 73 Befund NLG 10. 8. 2018 (sensibles Neuropathiesyndrom an der unteren Extremität)

Abl. 75 Röntgen Beckenübersicht 30. 8. 2018 (Coxarthrose und SIG-Arthrose beidseits mit ausgeprägter Verschmälerung des Gelenkspalts, Sklerosierung)

Abl. 77 Befund Krankenhaus XXX 3. 9. 2018 (Morbus Crohn, Befall Ileum und Duodenum, Magen, Erstdiagnose 2005 mit Gelenksbeteiligung. Laktoseintoleranz, Morbus Raynaud, Zustand nach Herpes zoster, Zustand nach Vasculitis, Cervicalsyndrom, Osteoporose, Depressio, periphere Polyneuropathie, Hashimoto-Thyreoiditis, Zustand nach Katarakt-Operation beidseits, Zustand nach Morton Neurom links III-IV, II-III, rechts III-IV, Zustand nach Osteotomie rechter Vorfuß)
Abl. 77 Befund Krankenhaus römisch 30 3. 9. 2018 (Morbus Crohn, Befall Ileum und Duodenum, Magen, Erstdiagnose 2005 mit Gelenksbeteiligung. Laktoseintoleranz, Morbus Raynaud, Zustand nach Herpes zoster,

Zustand nach Vasculitis, Cervicalsyndrom, Osteoporose, Depressio, periphere Polyneuropathie, Hashimoto-Thyreoiditis, Zustand nach Katarakt-Operation beidseits, Zustand nach Morton Neurom links III-IV, II-III, rechts III-IV, Zustand nach Osteotomie rechter Vorfuß)

Abl. 81, 83, 84, ambulante Patientenbriefe 2. med. Abteilung Krankenhaus XXX 11/2018 und 25. 1. 2019 (Synovitis, Enthesiopathien, Krampfartige Wadenschmerzen. Morbus Crohn mit Gelenksbeteiligung, Rückenschmerz mit Sakroileitis) Abl. 81, 83, 84, ambulante Patientenbriefe 2. med. Abteilung Krankenhaus römisch 30 11 aus 2018, und 25. 1. 2019 (Synovitis, Enthesiopathien, Krampfartige Wadenschmerzen. Morbus Crohn mit Gelenksbeteiligung, Rückenschmerz mit Sakroileitis)

Abl. 85 MRT Sakroiliakalgelenk 12. 11. 2018 (vereinbar mit floriden linksbetonten Sakroileitis)

Abl. 87 Befund 2. medizinische Abteilung Krankenhaus XXX 25. 1. 2019 (Morbus Crohn mit Gelenksbeteiligung, Rückenschmerz mit Sakroileitis, Enthesitis, Morbus Bechterew. Synovitis, Druckschmerz rechtes Sprunggelenk innen. Anhaltende Enthesiopathien. Neurologische Abklärung bzgl. Polyneuropathie, Vertebrostenose empfohlen.) Abl. 87 Befund 2. medizinische Abteilung Krankenhaus römisch 30 25. 1. 2019 (Morbus Crohn mit Gelenksbeteiligung, Rückenschmerz mit Sakroileitis, Enthesitis, Morbus Bechterew. Synovitis, Druckschmerz rechtes Sprunggelenk innen. Anhaltende Enthesiopathien. Neurologische Abklärung bzgl. Polyneuropathie, Vertebrostenose empfohlen.)

Abl. 89 Bestrahlungsprotokoll 07/2018

Im Rahmen der aktuellen Begutachtung nachgereichte Befunde:

keine

Sozialanamnese: verheiratet, keine Kinder, lebt in Wohnung am 2. Stockwerk ohne Lift. Berufsanamnese: Gastgewerbe, Pensionistin, BUP seit 18 Jahren

Medikamente: Euthyrox, Nexium, Citalopram, Tramal 50 mg 3 * 2, Naprobene, maximal einmal pro Woche, Buscopan bei Bedarf, Aprednisolon 50 mg derzeit täglich, Gabapentin 300 mg zweimal 2, Sifrol, Sirdalud 4 mg, Humira einmal pro Woche, Oleovit D3, Cal-D-Vita Allergien: Penicillin

Nikotin: 10

Laufende Therapie bei Hausarzt Dr. H.

Derzeitige Beschwerden:

„Schubweise habe ich Beschwerden von Seiten des Morbus Crohn, vor allem im Sommer. Letzte Gastroskopie war 08/2019 im Krankenhaus XXX, einmal im Jahr Kontrolle, einen Befund habe ich nicht. Von Seiten der Gelenke habe ich schubweise Beschwerden, etwas mehr im Winter. Seit einer Woche habe ich einen Schub mit Schmerzen in der Lendenwirbelsäule ausstrahlend in den linken Oberschenkel rückseitig bis zum Kniegelenk. Habe Abnützungserscheinungen im Bereich der Füße und Nervenschmerzen. Schmerzen im Bereich des Nackens, bin im Bereich des Hinterhaupts taub. Habe eine Restless legs Syndrom. Bisher hatte ich weder eine ambulante noch eine stationäre Rehabilitation, war dreimal in der Tagesklinik in XXX. Salazopyrin und Remicade und Methotrexat habe ich nicht vertragen, anfangs Humira, seit 2 Wochen wieder Humira.“ „Schubweise habe ich Beschwerden von Seiten des Morbus Crohn, vor allem im Sommer. Letzte Gastroskopie war 08 aus 2019, im Krankenhaus römisch 30, einmal im Jahr Kontrolle, einen Befund habe ich nicht. Von Seiten der Gelenke habe ich schubweise Beschwerden, etwas mehr im Winter. Seit einer Woche habe ich einen Schub mit Schmerzen in der Lendenwirbelsäule ausstrahlend in den linken Oberschenkel rückseitig bis zum Kniegelenk. Habe Abnützungserscheinungen im Bereich der Füße und Nervenschmerzen. Schmerzen im Bereich des Nackens, bin im Bereich des Hinterhaupts taub. Habe eine Restless legs Syndrom. Bisher hatte ich weder eine ambulante noch eine stationäre Rehabilitation, war dreimal in der Tagesklinik in römisch 30. Salazopyrin und Remicade und Methotrexat habe ich nicht vertragen, anfangs Humira, seit 2 Wochen wieder Humira.“

STATUS:

Allgemeinzustand gut, Ernährungszustand gut.

Größe 164 cm, Gewicht 70 kg, Alter: 47 Jahre

Caput/Collum: klinisch unauffälliges Hör- und Sehvermögen

Thorax: symmetrisch, elastisch

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

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

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.

Gaenslen beidseits negativ, Fingergelenke und Handgelenke beidseits unauffällig Sämtliche weiteren 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 zu 2/3 möglich.

Die Beinachse ist im Lot. Symmetrische Muskelverhältnisse.

Beinlänge ident.

Die Durchblutung ist ungestört, keine Ödeme, keine Varizen, die Sensibilität wird im Bereich der Füße als gestört angegeben. Die Beschwiellung ist in etwa seitengleich.

Gänslen rechts schwach positiv, links unauffällig.

Fußgelenke äußerlich unauffällig, Fußform unauffällig.

Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Hüften, 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. Die Rückenmuskulatur ist symmetrisch ausgebildet, mäßig Hartspann, kein Klopfeschmerz über der Wirbelsäule. Druckschmerz im Bereich des ISG und im Bereich der unteren LWS

Aktive Beweglichkeit:

HWS: in allen Ebenen frei beweglich

BWS/LWS: FBA: 30 cm, Rotation und Seitneigen jeweils 20°

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 a) Die Befunde Abl. 47-89 und das aktuelle Untersuchungsergebnis bedingen unter Zugrundelegung der EVO keine abweichende Beurteilung der bisherigen Einschätzung der Funktionseinschränkungen.

Morbus Crohn, bekannt seit etwa 2005, mit Gelenksbeteiligung, führt unter regelmäßiger fachärztlicher Kontrolle und medikamentöser Behandlung zu keinen höhergradigen funktionellen Einschränkungen. Es konnte sowohl hinsichtlich Ernährungszustand als auch Gelenksfunktionen eine Stabilisierung erzielt werden. Es treten zwar immer wieder Schübe auf, jedoch nicht gehäuft, und führen zu keiner anhaltenden, relevanten funktionellen Einschränkung, siehe Status mit unauffälligem abdominellem Befund und weitgehend unauffälligem Gelenksstatus.

Es konnten im Bereich der Wirbelsäule zum Teil fortgeschrittene radiologische Veränderungen mit Diskusprolaps TH 11/12 und Protrusion C5/C6 sowie Spondylosis deformans der unteren LWS festgestellt werden, ein objektivierbares radikuläres Defizit liegt jedoch nicht vor, auch kein Hinweis auf Wurzelkompression. Die Beweglichkeit ist mäßig bis mittelgradig eingeschränkt und Gangbildung und Gesamtmobilität sind hinkfrei und unauffällig, sodass, auch unter Beachtung der rezidivierenden Schmerzen, eine höhere Einstufung nicht gerechtfertigt ist.

Die Sensibilitätsstörungen im Bereich der Füße bei Polyneuropathie wurde in korrekter Höhe eingestuft, ein motorisches Defizit ist nicht objektivierbar, siehe unauffälliges Gangbild.

Morbus Bechterew wird in korrekter Höhe eingestuft. Zwar wird bei der Einstufung von Morbus Crohn in Leiden 1 die Gelenksbeteiligung berücksichtigt, eine gesonderte Einstufung ist zusätzlich vertretbar, da ein Reizzustand im Bereich der Iliosakralgelenke dokumentiert ist. Diese führt jedoch nicht zu einer dauerhaften objektivierbaren Funktionseinschränkung, siehe Status und unauffällige Gesamtmobilität. Schubweise auftretende Beschwerden sind in der Einstufung erfasst.

Die Einstufung der Abnützungserscheinungen im Bereich der Gelenke der unteren Extremitäten wurde in korrekter Höhe vorgenommen, bei Zustand nach (Korrektur-) Operationen im Bereich des Vorfußes ist kein maßgebliches Funktionsdefizit feststellbar, siehe Status und Gangbild.

Unter medikamentöser Dauertherapie mit Antidepressiva ist eine reaktive Depressio gut stabilisierbar, daher korrekte Einstufung.

Entfernung der Gebärmutter ist dokumentiert und korrekt eingestuft.

Morbus Raynaud führt zu rezidivierenden Beschwerden, jedoch zu keiner anhaltenden Durchblutungsstörung, wurde daher korrekt eingestuft.

Hashimoto-Thyreoiditis ist medikamentös substituiert und wurde korrekt eingestuft.

Beschwerden im Bereich des rechten Handgelenks können keiner höheren Einstufung unterzogen werden, da kein relevantes Defizit objektivierbar ist.

Restless-Legs Syndrom führt zu keinem funktionellen Defizit und wurde korrekt eingestuft.

Die Ermittlung des Gesamtgrades der Behinderung wurde korrekt durchgeführt, da teilweise Leidensüberschneidung (Leiden 1 mit Leiden 2, 4, 5) vorliegt bzw. kein maßgebliches ungünstiges Zusammenwirken vorliegt.

ad b) Die Beiziehung weiterer Sachverständiger wird nicht für erforderlich erachtet, eine Beurteilung sämtlicher objektivierbare Leiden ist, unter Zugrundelegung der EVO, aus allgemeinmedizinischer Sicht möglich.

ad c) Die Beiziehung eines Sachverständigen aus dem Fachgebiet der Rheumatologie wird nicht für erforderlich erachtet. Es liegt kein komplizierter Verlauf vor, eine Stabilisierung kann im Verlauf der Jahre beobachtet werden, sodass aus allgemeinmedizinischer Sicht eine Einstufung, die sich an funktionellen Defiziten orientiert, durchführbar ist.“

Mit Verfügung des Geschäftsverteilungsausschusses des Bundesverwaltungsgerichtes vom 15.04.2020 wurde das gegenständliche Beschwerdeverfahren mit Wirksamkeit vom 21.04.2020 der Gerichtsabteilung W264 (wegen einer beruflichen Veränderung) abgenommen und der Gerichtsabteilung W207 neu zugewiesen.

Mit Schreiben des Bundesverwaltungsgerichtes vom 12.05.2020, der Beschwerdeführerin zugestellt am 15.05.2020, wurden die Parteien des Verfahrens über das Ergebnis der Beweisaufnahme in Kenntnis gesetzt. Den Parteien wurde in Wahrung des Parteigehörs die Gelegenheit eingeräumt, binnen zwei Wochen ab Zustellung des Schreibens eine Stellungnahme beim Bundesverwaltungsgericht abzugeben.

Die belangte Behörde erstattete innerhalb der ihr dafür eingeräumten Frist keine Stellungnahme.

Die Beschwerdeführerin brachte am 02.06.2020 eine Stellungnahme zum Parteiengehör folgenden Inhalts – hier in den wesentlichen Teilen und in anonymisierter Form wiedergegeben – ein:

„...“

Mit diesem Schreiben wage ich einen letzten Versuch, um das zu bekommen, was ich mir von einem unabhängigen Gericht erhofft hatte, nämlich Gerechtigkeit.

Mir ist bewusst, dass wahrscheinlich so ziemlich in jeder Beschwerde behauptet wird, dass das erstellte Gutachten falsch sei. Dabei die Spreu vom Weizen zu trennen, nur anhand der Aktenlage, ist natürlich auch eine schwere Aufgabe.

Wenn dem aber nun wirklich so ist, entsteht aber für einen Antragsteller eine gefühlte Machtlosigkeit und Hilflosigkeit, diese Tatsache glaubwürdig zu belegen.

Die Möglichkeit eines „Gegengutachtens“ ist für mich leider defacto keine, denn ein Privatgutachten, dass aufgrund des Umfangs meiner Krankheiten/Diagnosen über € 1000.- kosten würde, kann ich bei einer monatlichen Pension von unter € 950.- nicht leisten. Desweiteren ist es für eine Privatperson gänzlich ausgeschlossen binnen der zwei Wochen Frist ein dementsprechendes Gutachten überhaupt zu bekommen.

Wie kann ich nun beweisen, dass das erstellte Gutachten sowohl in der Befundung als auch im Ergebnis nicht den Fakten entspricht.

Die Begutachtung verlief äußerst angespannt und geradezu feindselig. Einleitend wurde mir vorgehalten: „Sie haben da aber einen elend langen Wutbrief verfasst.“ (Dieser Brief war wohl mein größter Fehler.)

Daher war mir leider ab diesem ersten Satz klar, wie das Gutachten ausfallen wird. Unangenehmerweise hatte ich gerade an diesem Tag, beginnend am Vorabend, einen kontinuierlich zunehmenden rheumatischen Schub. Da mich die diversen Untersuchungsmethoden schmerzbedingt zeitweilig überforderten, musste ich natürlich meinen beginnenden Schub bekanntgeben, gleichwohl mir bewusst war, dass dies vielleicht als „Schauspiel“ gewertet werden könnte. Da es aber tatsächlich so war, blieb mir nichts anderes übrig.

Ich möchte im Folgenden nur einige Punkte des Gutachtens aufzählen, die, aus meiner Sicht, nicht nachvollziehbar und schlüssig sind und auch durch keine Befunde gestützt werden.

Unter dem Punkt „Derzeitige Beschwerden“ auf S.4 des GA wurden meine Angaben inhaltlich falsch wiedergegeben, sodass ein völlig verharmlostes Bild entsteht.

Meine Krankheiten (v.a. M. Crohn und M. Bechterew) verlaufen bekanntermaßen schubweise. Doch die zeitlichen Angaben entsprechen nicht meinen Beschreibungen. Ich habe, wie beinahe jeder Betroffene, Schübe im Sommer und Winter. „Häufig“, und nicht wie behauptet generell. Im Winter, genauer gesagt bei feuchter oder kalter Witterung (also min. von Oktober bis März), beginnen die Schübe mit — massiven - Gelenksbeschwerden (an zahlreichen Gelenken, wie aus den Befunden zu entnehmen), die in weiterer Folge M. Crohn auslösen, aber auch umgekehrt. Im Sommer bzw. bei heißen Temperaturen, leide ich unter starken M. Crohn-Beschwerden mit täglich häufigen Durchfällen, diese Schübe ziehen meist einen rheumatischen Schub mit sich. Und diese Schübe in massiver Ausprägung dauern jeweils mehrere Wochen, meist gleich zwei/drei Monate, an. Genau so habe ich das angegeben, mit dem Zusatz, dass es zusätzlich natürlich auch „kürzere“ Episoden gibt, mit unterschiedlicher Intensität.

Jeder Internist, der mit Autoimmunerkrankungen vertraut ist, wird das alleine anhand der Aktenlage nachvollziehen können.

Weiters wurde auch der medikamentöse Verlauf falsch angegeben. Ich wurde 2006 bis 2008 mit Remicade Infusionen behandelt. Aufgrund eines eingetretenen Wirkungsverlustes erfolgte 2008, nach mehreren Therapieversuchen, eine Umstellung auf Humira sc 14tägig.

Seit Ende 2018 wurde wegen der „massiven“ Bechterew-Beschwerden das Intervall auf wöchentlich verkürzt. Während der Schübe wird mit Cortison ergänzend therapiert. Diese Therapie bringt jedoch eine erhebliche Schwächung des Immunsystems mit sich, weshalb ich häufig an diversen Infektionskrankheiten leide. Bei Auftreten von Fieber muss ich

deshalb die immunsuppressive Therapie unterbrechen. Häufig ist aufgrund dessen die weitere Folge, dass ich nach der Infektion wieder einen Schub erleide.

Hinzu kommen noch die relevanten Beschwerden an meinen Füßen bzw. Beinen, die ebenfalls dokumentiert sind. Die diagn. „Periphere Polyneuropathie“ bereitet mir massive Schmerzen und Einschränkungen, wie eigentlich jedem Betroffenen.

Und selbstverständlich führen auch die orthopädischen Erkrankungen zu nennenswerten Schmerzen und Beeinträchtigungen.

Darum ist es mir gänzlich rätselhaft, aufgrund welcher Tatsachen auf s.7/8 des GA die Behauptung aufgestellt wird, dass ein „unkomplizierter, stabiler Verlauf beobachtet werden kann“.

Wie anhand der Befunde nachzuvollziehen ist, kommen kontinuierlich neue diagn. Erkrankungen hinzu. Bekannterweise wird eine dauernde Invaliditätspension nur unter gegenteiligen Voraussetzungen gewährt. Wäre mein Krankheitsverlauf stabil und unkompliziert, was aus keinem der vorgelegten Befunde abzuleiten ist, wäre ich - gerne - noch berufstätig. Da dies aber keineswegs der Fall ist, bin ich mittlerweile seit 2002, wie bereits gesagt, in Invaliditätspension (seit 01-2019 unbefristet) und nicht, wie im GA auf s.4 behauptet, in Berufsunfähigkeitspension. Dass dies einen gravierenden Unterschied hinsichtlich der gesundheitlichen Einschränkungen macht, darf ich als bekannt voraussetzen.

Auf s.5 Mitte des GA wird angegeben, „Zehenballengang, Fersengang, Einbeinstand ohne Anhalten möglich“. Bezüglich Zehenstand kann ich nur sagen, dass bereits seit 1999, nach meiner damals dritten Operation an beiden Vorfüßen wegen M.Neurom, Zehenstand nur mehr andeutungsweise für wenige Sekunden möglich war. Naturgemäß hat sich der diesbezügliche Verlauf nicht verbessert. Seit meiner Operation am Vorfuß 2016, eine Osteotomie mittels Verschraubung, ist es mir gänzlich unmöglich den Vorfuß zu belasten, daher trage ich auch sog. Gesundheitsschuhe mit orthop. Einlagen zur Vorfußentlastung.

Nach einer Osteotomie am Vorfuß ist dieser Umstand im Übrigen durchaus üblich.

Fersenstand ist mir aufgrund der Schmerzen und Sensibilitätsstörungen wg. PNP auch nicht möglich. Einbeinstand ist aus demselben Gründen nur mit Anhalten möglich. Auch diese Beschwerden sind bei diesem Krankheitsbild absolut üblich und wurden überdies von neurologischer Seite bereits fachärztlich festgestellt und dokumentiert.

Auf s.4 des Ga wird weiters behauptet, dass ich keine Befunde vom KH XXX habe. Diese lagen aber bereits vor und aufgrund des bereits geltenden „Neuerungsverbot“ habe ich keine weiteren Befunde mehr vorgelegt. Auf s.4 des Ga wird weiters behauptet, dass ich keine Befunde vom KH römisch 30 habe. Diese lagen aber bereits vor und aufgrund des bereits geltenden „Neuerungsverbot“ habe ich keine weiteren Befunde mehr vorgelegt.

Das Gespräch bezüglich Punkt „Rehabilitation“ verlief auch bezeichnend: Fr. DDr. G. fragte mich im Eiltempo einige Punkte anhand des Aktes ab, die mir schon komisch erschienen. Als sie mich fragte, ob mir die Kur in XXX geholfen hätte, entgegnete ich verwunderlich, dass ich nie dort war. Ich mache regelmäßig diverse physikalische Therapien, sowohl ambulant wie auch stationär. Jedoch sind leider alle konservativen Maßnahmen weitestgehend nur von sehr kurzem und mäßigem Erfolg getragen. Das Gespräch bezüglich Punkt „Rehabilitation“ verlief auch bezeichnend: Fr. DDr. G. fragte mich im Eiltempo einige Punkte anhand des Aktes ab, die mir schon komisch erschienen. Als sie mich fragte, ob mir die Kur in römisch 30 geholfen hätte, entgegnete ich verwunderlich, dass ich nie dort war. Ich mache regelmäßig diverse physikalische Therapien, sowohl ambulant wie auch stationär. Jedoch sind leider alle konservativen Maßnahmen weitestgehend nur von sehr kurzem und mäßigem Erfolg getragen.

Als ich meinen Einwand vorbrachte, dass im Vorgutachten eine „Arbeitsfähigkeit im geschützten Bereich“ von Dr. S. attestiert wurde, herrschte mich Fr. DDr. G. an, „ich solle keine Unwahrheiten behaupten, sie habe sich alles genau angeschaut und da steht nichts davon“. Nach kurzem Wortwechsel sagte sie: „...das zeigen's mir. Wo steht das? Nirgends steht das!“. Ich warf einen Blick auf die Akte und sah sofort, dass dies nicht mein Akt war, sondern von einem anderen Antragsteller. Das wurde dann einfach übergangen und rasch in gleicher Tonart weiterverfahren.

Schlussendlich möchte ich nochmals, wie in meinem ersten Beschwerdevorbringen, darauf hinweisen, dass die zusammenfassende Beurteilung weder aus subjektiver noch aus objektiver Sicht nachvollziehbar ist. Denn natürlich bringen mehrere gravierende Erkrankungen mehr Beschwerden und Einschränkungen mit sich, als bei einer einzigen. Ich bin durchschnittlich 9-10 Monate im Jahr aufgrund o.g. Tatsachen erheblich eingeschränkt. Um es einfach zu

beschreiben: es ist mir in diesem Zeitraum nicht einmal möglich, meine Wohnung zu verlassen.

Leider ist bei solchen Begutachtungen keine neutrale Person anwesend, die dies bezeugen kann. Ich kann mir vorstellen, dass Sie dem nicht leicht Glauben schenken möchten und doch ist jedes Wort davon wahr.

Ich weiß natürlich auch nicht, wie ich der Tatsache „in fachlich gleicher Weise“ entgegentreten kann, dass das Gutachten keineswegs den Tatsachen entspricht. Wie ich kürzlich erfahren habe, ist Fr. DDr. G. Fixangestellte der entscheidenden Behörde, zuständig für Anträge nach dem BBG. Dieser Umstand verleitet mich natürlich schon zur Nachdenklichkeit.

Da das Gutachten im Wesentlichen die einzige Grundlage für Ihr Urteil bildet, möchte ich Sie höflichst bitten, mir die Möglichkeit einzuräumen, bei einem unabhängigen

Sachverständigen, einem Facharzt für Innere Medizin bzw. für Rheumatologie, vorstellig zu werden. Ich hoffe und bitte um Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen

Name + Adresse der Beschwerdeführerin

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogenrömisches zwei. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1. Feststellungen:

Die Beschwerdeführerin brachte am 15.02.2019 den gegenständlichen Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses beim Sozialministeriumservice ein.

Die Beschwerdeführerin hat ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt im Inland.

Die Beschwerdeführerin leidet unter folgenden objektivierten Funktionseinschränkungen:

- ? Morbus Crohn bei chronischem Verlauf und Gelenksbeteiligung mittels spezifischer Therapie weitgehend stabilisierbar;
- ? Degenerative Wirbelsäulenveränderungen, Prolaps Th 11/12, endlagig-mäßige funktionelle Einschränkung ohne relevantes motorisches Defizit;
- ? Polyneuropathie, beidseitige Sensibilitätsstörung in den unteren Extremitäten ohne relevantes motorisches Defizit;
- ? Morbus Bechterew, endlagige Funktionseinschränkung bei ossärem Reizzustand vor allem der Becken/Hüftregion;
- ? Degenerative Abnützungen im Bereich der Gelenke der unteren Extremitäten bei Zustand nach operativer Intervention sowie moderater Belastungseinschränkung;
- ? Reaktive Depression, spezifische Dauermedikation erforderlich, soziale Integration gegeben;
- ? Entfernung der Gebärmutter;
- ? Morbus Raynaud;
- ? Hashimoto Thyreoiditis, substituiert;
- ? Funktionseinschränkung im rechten Handgelenk;
- ? Restless legs- Syndrom ohne relevantes funktionelles Defizit.

Der Gesamtgrad der Behinderung der Beschwerdeführerin beträgt aktuell 30 v.H.

Hinsichtlich der bei der Beschwerdeführerin bestehenden einzelnen Funktionseinschränkungen und deren Ausmaß sowie der Frage der wechselseitigen Leidensbeeinflussung werden die diesbezüglichen Beurteilungen im von der belangten Behörde eingeholten allgemeinmedizinischen Sachverständigengutachten vom 27.03.2019, das durch das vom Bundesverwaltungsgericht eingeholte medizinische Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin vom 15.04.2020 bestätigt wird, der nunmehrigen Entscheidung zu Grunde gelegt.

2. Beweiswürdigung:

Das Datum der Einbringung des gegenständlichen Antrages auf Ausstellung eines Behindertenpasses basiert auf dem Akteninhalt.

Die Feststellung zum Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt der Beschwerdeführerin im österreichischen Bundesgebiet ergibt sich aus einer vom Bundesverwaltungsgericht eingeholten Behördenanfrage aus dem Zentralen Melderegister.

Die festgestellten Funktionseinschränkungen und der Gesamtgrad der Behinderung gründen sich auf das von der belangten Behörde eingeholte allgemeinmedizinische Sachverständigengutachten vom 27.03.2019, das durch das vom Bundesverwaltungsgericht eingeholte medizinische Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin vom 15.04.2020 bestätigt wird, woraus sich auch ergibt und wodurch bestätigt ist, dass eine zwischenzeitliche Änderung des Sachverhaltes im Vergleich zum Zeitpunkt der Einholung des allgemeinmedizinischen Sachverständigengutachtens vom 27.03.2019 und der Erlassung des angefochtenen Bescheides nicht eingetreten ist.

In diesen medizinischen Sachverständigengutachten wird auf Grundlage von persönlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin am 21.03.2019 und am 20.02.2020 und unter Berücksichtigung sämtlicher von der Beschwerdeführerin im Verfahren vorgelegter medizinischen Unterlagen auf die Art der – unzweifelhaft vorliegenden – Leiden der Beschwerdeführerin und deren Ausmaß schlüssig und widerspruchsfrei eingegangen. Die getroffenen Einschätzungen entsprechen den festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen.

Die bei der Beschwerdeführerin seit 2005 bekannte Morbus Crohn-Erkrankung mit Gelenkbeteiligung wurde entsprechend den festgestellten Funktionseinschränkungen unter dem Leidenszustand 1 berücksichtigt. Die Erkrankung führt unter regelmäßiger fachärztlicher Kontrolle und medikamentöser Behandlung (Humira 40 mg s. c. einmal pro Woche) zu keinen höhergradigen funktionellen Einschränkungen und wurde daher von den medizinischen Sachverständigen zutreffend der Positionsnummer 07.04.05 der Anlage zur Einschätzungsverordnung zugeordnet. Diese betrifft chronische Darmstörungen mittleren Grades mit chronischen Schleimhautveränderungen. Auch die Zuordnung zum unteren Rahmensatz dieser Positionsnummer mit einem Grad der Behinderung von 30 v.H. ist nachvollziehbar und rechtsrichtig. Für die Heranziehung des unteren Rahmensatzes dieser Positionsnummer müssen häufige rezivierende oder länger anhaltende Beschwerden, häufige Durchfälle mit nachweislich chronischen Schleimhautveränderungen sowie geringe bis mittelschwere Beeinträchtigungen des Allgemein- und Ernährungszustandes vorliegen. Die Zuordnung zum nächst höheren Rahmensatz von 40 v.H. würde insbesondere nicht nur geringe bis mittelschwere Beeinträchtigung des Allgemein- und Ernährungszustandes, sondern bereits ausschließlich mittelschwere Beeinträchtigungen des Allgemein- und Ernährungszustandes erfordern. Eine mittelschwere Beeinträchtigung des Allgemein- und des Ernährungszustandes liegt bei der Beschwerdeführerin allerdings nicht vor. Aus der Statuserhebung des Gutachtens vom 15.04.2020 ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin zum Untersuchungszeitpunkt am 20.02.2020 ein Gewicht von 70 kg bei einer Größe von 164 cm aufwies und sowohl ihr Allgemein- als auch ihr Ernährungszustand als gut zu bezeichnen sind, dasselbe ergibt sich aus dem Vorgutachten vom 27.03.2019. Daran vermögen auch die Ausführungen in der Beschwerde, dass der Ernährungszustand nach objektiven Kriterien nicht mangelhaft erscheine, sei den hochdosierten Cortisongaben, der euthyreoten Schilddrüsenfunktion und der eingeschränkten Bewegungsmöglichkeit aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen geschuldet, nichts zu ändern. Es wurde von den beigezogenen medizinischen Sachverständigen betreffend die Beschwerdeführerin, welche bei einer Größe von 164 cm 70 kg wiegt, daher zutreffend eine geringe und nicht eine mittelschwere Beeinträchtigung des Allgemein- und Ernährungszustandes festgestellt. Hinsichtlich die Gelenksfunktionen konnte im Laufe der Jahre eine weitgehende Stabilisierung erzielt werden. Es treten zwar immer wieder Schübe (ca. 6 Mal/Jahr) auf, diese führen jedoch zu keiner anhaltenden, relevanten funktionellen Einschränkung (vgl. dazu insbesondere den Status im Gutachten vom 15.04.2020 mit unauffälligem abdominellem Befund und weitgehend unauffälligem Gelenksstatus). Schubweise auftretende Beschwerden sind in der Einstufung erfasst. Die bei der Beschwerdeführerin seit 2005 bekannte Morbus Crohn-Erkrankung mit Gelenkbeteiligung wurde entsprechend den festgestellten Funktionseinschränkungen unter dem Leidenszustand 1 berücksichtigt. Die Erkrankung führt unter regelmäßiger fachärztlicher Kontrolle und medikamentöser Behandlung (Humira 40 mg s. c. einmal pro Woche) zu keinen höhergradigen funktionellen Einschränkungen und wurde daher von den medizinischen Sachverständigen zutreffend der Positionsnummer 07.04.05 der Anlage zur Einschätzungsverordnung zugeordnet. Diese betrifft chronische Darmstörungen mittleren Grades mit chronischen Schleimhautveränderungen. Auch die Zuordnung zum

unteren Rahmensatz dieser Positionsnummer mit einem Grad der Behinderung von 30 v.H. ist nachvollziehbar und rechtsrichtig. Für die Heranziehung des unteren Rahmensatzes dieser Positionsnummer müssen häufige rezivierende oder länger anhaltende Beschwerden, häufige Durchfälle mit nachweislich chronischen Schleimhauveränderungen sowie geringe bis mittelschwere Beeinträchtigungen des Allgemein- und Ernährungszustandes vorliegen. Die Zuordnung zum nächst höheren Rahmensatz von 40 v.H. würde insbesondere nicht nur geringe bis mittelschwere Beeinträchtigung des Allgemein- und Ernährungszustandes, sondern bereits ausschließlich mittelschwere Beeinträchtigungen des Allgemein- und Ernährungszustandes erfordern. Eine mittelschwere Beeinträchtigung des Allgemein- und des Ernährungszustandes liegt bei der Beschwerdeführerin allerdings nicht vor. Aus der Statuserhebung des Gutachtens vom 15.04.2020 ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin zum Untersuchungszeitpunkt am 20.02.2020 ein Gewicht von 70 kg bei einer Größe von 164 cm aufwies und sowohl ihr Allgemein- als auch ihr Ernährungszustand als gut zu bezeichnen sind, dasselbe ergibt sich aus dem Vorgutachten vom 27.03.2019. Daran vermögen auch die Ausführungen in der Beschwerde, dass der Ernährungszustand nach objektiven Kriterien nicht mangelhaft erscheine, sei den hochdosierten Cortisongaben, der euthyreoten Schilddrüsenfunktion und der eingeschränkten Bewegungsmöglichkeit aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen geschuldet, nichts zu ändern. Es wurde von den beigezogenen medizinischen Sachverständigen betreffend die Beschwerdeführerin, welche bei einer Größe von 164 cm 70 kg wiegt, daher zutreffend eine geringe und nicht eine mittelschwere Beeinträchtigung des Allgemein- und Ernährungszustandes festgestellt. Hinsichtlich die Gelenksfunktionen konnte im Laufe der Jahre eine weitgehende Stabilisierung erzielt werden. Es treten zwar immer wieder Schübe (ca. 6 Mal/Jahr) auf, diese führen jedoch zu keiner anhaltenden, relevanten funktionellen Einschränkung vergleiche dazu insbesondere den Status im Gutachten vom 15.04.2020 mit unauffälligem abdominellem Befund und weitgehend unauffälligem Gelenksstatus). Schubweise auftretende Beschwerden sind in der Einstufung erfasst.

Als Leiden 2 haben die beigezogenen Gutachter "Degenerative Wirbelsäulenveränderungen" eingestuft. Sie haben den unteren Rahmensatz der Positionsnummer 02.01.02 der Anlage der Einschätzungsverordnung (Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule mittleren Grades; 30 v.H.) herangezogen. Es konnten im Bereich der Wirbelsäule zum Teil fortgeschrittene radiologische Veränderungen mit Diskusprolaps Th 11/12 und Protrusion C5/C6 sowie Spondylosis deformans der unteren Lendenwirbelsäule festgestellt werden. Ein objektivierbares radikuläres Defizit liegt jedoch nicht vor, auch kein Hinweis auf eine Wurzelkompression. Die Beweglichkeit der Beschwerdeführerin ist mäßig bis mittelgradig eingeschränkt. Das Gangbild und die Gesamtmobilität sind hinkfrei und unauffällig, sodass, auch unter Beachtung der rezidivierenden Schmerzen, eine höhere Einstufung nicht rechtsrichtig wäre.

Unter Leiden Nr. 3 berücksichtigten die medizinischen Sachverständigen die bestehenden Polyneuropathien. Die Einstufung orientiert sich an den jeweiligen Ausfallserscheinungen. Da beide sachverständige Gutachter bei den durchgeführten persönlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin beidseitige Sensibilitätsstörung in den unteren Extremitäten ohne relevante motorische Defizite feststellen konnten und ein weitgehend unauffälliges Gangbild vorlag, erweist sich in Bezug auf diesen Leidenszustand die Zuordnung eine Stufe über dem unteren Rahmensatz der Positionsnummer 04.06.01 der Anlage zur Einschätzungsverordnung, welche sensible und motorische Ausfälle leichten Grades betrifft, als nachvollziehbar und zutreffend.

Die bei der Beschwerdeführerin vorliegende Morbus Bechterew-Erkrankung wurde entsprechend den festgestellten Funktionseinschränkungen unter dem Leidenszustand 4 berücksichtigt. Zwar wurde bereits bei der Einstufung von Morbus Crohn in Leiden 1 die Gelenksbeteiligung berücksichtigt, eine gesonderte Einstufung ist jedoch zusätzlich vertretbar, da ein Reizzustand im Bereich der Iliosakralgelenke dokumentiert ist. Die Gutachter ordneten das Leiden aufgrund des Umstandes, dass insbesondere eine endlagige Funktionseinschränkung bei ossärem Reizzustand vor allem der Becken- und Hüftregion vorliegt, nachvollziehbar dem oberen Rahmensatz der Positionsnummer 02.02.01 der Anlage zur Einschätzungsverordnung, welche Funktionseinschränkungen aufgrund generalisierter Erkrankungen des Bewegungsapparates mit funktionellen Auswirkungen geringen Grades betrifft, zu. Betreffend die Morbus Bechterew-Erkrankung konnten keine dauerhaften objektivierbaren Funktionseinschränkungen festgestellt werden (vgl. dazu den Status im Gutachten vom 15.04.2020 und die unauffällige Gesamtmobilität), weshalb eine Zuordnung zur Positionsnummer 02.02.02 der Anlage zur Einschätzungsverordnung, welche Funktionseinschränkungen aufgrund generalisierter Erkrankungen des Bewegungsapparates mit funktionellen Auswirkungen mittleren Grades betrifft und das Vorliegen von mäßigen Funktionseinschränkungen bedingt, im Fall der Beschwerdeführerin nicht in Betracht

kommt. Die bei der Beschwerdeführerin vorliegende Morbus Bechterew-Erkrankung wurde entsprechend den festgestellten Funktionseinschränkungen unter dem Leidenzustand 4 berücksichtigt. Zwar wurde bereits bei der Einstufung von Morbus Crohn in Leiden 1 die Gelenksbeteiligung berücksichtigt, eine gesonderte Einstufung ist jedoch zusätzlich vertretbar, da ein Reizzustand im Bereich der Iliosakralgelenke dokumentiert ist. Die Gutachter ordneten das Leiden aufgrund des Umstandes, dass insbesondere eine endlagige Funktionseinschränkung bei ossärem Reizzustand vor allem der Becken- und Hüftregion vorliegt, nachvollziehbar dem oberen Rahmensatz der Positionsnummer 02.02.01 der Anlage zur Einschätzungsverordnung, welche Funktionseinschränkungen aufgrund generalisierter Erkrankungen des Bewegungsapparates mit funktionellen Auswirkungen geringen Grades betrifft, zu. Betreffend die Morbus Bechterew-Erkrankung konnten keine dauerhaften objektivierbaren Funktionseinschränkungen festgestellt werden vergleiche dazu den Status im Gutachten vom 15.04.2020 und die unauffällige Gesamtmobilität), weshalb eine Zuordnung zur Positionsnummer 02.02.02 der Anlage zur Einschätzungsverordnung, welche Funktionseinschränkungen aufgrund generalisierter Erkrankungen des Bewegungsapparates mit funktionellen Auswirkungen mittleren Grades betrifft und das Vorliegen von mäßigen Funktionseinschränkungen bedingt, im Fall der Beschwerdeführerin nicht in Betracht kommt.

Als Leiden 5 haben die beigezogenen Gutachter "Degenerative Abnützungen im Bereich der Gelenke der unteren Extremitäten" eingestuft. Die Gutachter ordneten dieses Leiden aufgrund des Umstandes, dass im Bereich der Gelenke der unteren Extremitäten bei Zustand nach (Korrektur-) Operationen im Bereich des Vorfußes kein maßgebliches Funktionsdefizit feststellbar war, nachvollziehbar dem oberen Rahmensatz der Positionsnummer 02.02.01 der Anlage zur Einschätzungsverordnung, welche Funktionseinschränkungen aufgrund generalisierter Erkrankungen des Bewegungsapparates mit funktionellen Auswirkungen geringen Grades betrifft, zu. In diesem Zusammenhang darf wiederum auf den Status im Gutachten vom 15.04.2020 und das Gangbild, welches hinkfrei und unauffällig war, verwiesen werden.

Leiden 6 der Beschwerdeführerin ist eine reaktive Depression. Die von den Sachverständigen getroffene medizinische Zuordnung dieses Leidens zur Positionsnummer 03.06.01 der Anlage zur Einschätzungsverordnung, welche depressive Störungen leichten Grades betrifft, ist nachvollziehbar. Auch die Zuordnung eine Stufe über dem unteren Rahmensatz ist nicht zu beanstanden. Unter medikamentöser Dauertherapie mit Antidepressiva ist die reaktive Depression bei der Beschwerdeführerin gut stabilisierbar.

Die dokumentierte Entfernung der Gebärmutter (Leiden 7) wurde korrekt eingestuft. Die Einschätzungsverordnung sieht für den Zustand nach Entfernung der Gebärmutter unter der Positionsnummer 08.03.02 einen fixen Rahmensatz von 10 v.H. vor.

Das Raynaudsyndrom, welches zu rezidivierenden Beschwerden, jedoch zu keiner anhaltenden Durchblutungsstörung führt, wurde korrekt und nachvollziehbar der Positionsnummer 05.03.01 der Anlage zur Einschätzungsverordnung, welche Erkrankungen des arteriellen Gefäßsystems mit Funktionseinschränkungen leichten Grades betrifft, mit einem Grad der Behinderung von 10 v.H. zugeordnet.

Auch die Hashimoto Thyreoiditis wurde als Leiden 9 in den Gutachten nachvollziehbar und zutreffend der Positionsnummer 09.01.01 der Anlage zur Einschätzungsverordnung zugeordnet, welche endokrine Störungen leichten Grades betrifft. Auch die Zuordnung zum unteren Rahmensatz mit einem normierten Grad der Behinderung von 10 v.H. erweist sich als nachvollziehbar und richtig, da die Hashimoto-Thyreoiditis medikamentös substituiert ist. Befunde aus denen sich Gegenteiliges ergeben würde, wurden von der Beschwerdeführerin im gegenständlichen Verfahren nicht vorgelegt.

Des Weiteren wurde von den Sachverständigen als Leiden 10 eine Funktionseinschränkung im rechten Handgelenk korrekt unter der Positionsnummer 02.06.20 der Anlage zur Einschätzungsverordnung eingestuft, welche Funktionseinschränkungen im Handgelenk geringen Grades einseitig betrifft, zumal im Rahmen der persönlichen Untersuchungen im Bereich des rechten Handgelenks kein relevantes Defizit objektivierbar war. In diesem Zusammenhang darf abermals auf den Status im Gutachten vom 15.04.2020 verwiesen werden.

Schließlich wurde von den Gutachtern auch das bei der Beschwerdeführerin vorliegende Leiden 11 nachvollziehbar als Funktionseinschränkung „Restless leg-Syndrom“ eingeschätzt, wobei sich die Einstufung zum unteren Rahmensatz („Leichte affektive oder somatische Symptomatik, soziale Integration ist gegeben“) der Positionsnummer 03.05.01 der Anlage zur Einschätzungsverordnung, welche Funktionseinschränkungen aufgrund neurotischer Belastungsstörungen,

somatoformer Störungen, Verhaltensstörungen und emotionaler Störungen unter Einschluss der posttraumatischen Belastungsstörungen leichten Grades betrifft, als vertretbar erweist, dies auch deshalb, weil das Restless-Leg Syndrom zu keinem funktionellen Defizit führt.

Die in der Stellungnahme zum Parteiengehör vom 27.05.2020 und in der Beschwerde vorgebrachten Schmerzempfindungen wurden bereits im Rahmen der (oben wiedergegebenen) Statuserhebungen im Zuge der persönlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin am 21.03.2019 und 20.02.2020 und bei der Erstellung der Gutachten im Rahmen der vorzunehmenden Einstufungen nach den Bestimmungen der Anlage zur Einschätzungsverordnung mitberücksichtigt. Aus den Sachverständigengutachten geht diesbezüglich unter anderem auch hervor, dass die Beschwerdeführerin bei ihren persönlichen Untersuchungen angab, Tramal (ein zentralwirksames Schmerzmittel aus der Gruppe der Opiode), Naprobene (ein Mittel gegen Schmerzen im Zusammenhang mit entzündlichen und degenerativen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises), Buscopan (ein Mittel gegen leichte bis mäßig starke Schmerzen im Magen-Darm-Trakt) sowie Gabapentin (ein Mittel gegen Nervenschmerzen) einzunehmen.

Daraus ergibt sich, auch bestätigt durch die von der Beschwerdeführerin im Verfahren vorgelegten medizinischen Unterlagen, dass bei der Beschwerdeführerin zwar unbestritten nicht unbeträchtliche Funktionseinschränkungen vorliegen, die in den vorgenommenen Einschätzungen mit einem Gesamtgrad der Behinderung von 30 v.H. auch Berücksichtigung finden, dass aber das in der Beschwerde bzw. in der Stellungnahme zum Parteiengehör vorgebrachte, subjektiv empfundene Ausmaß nicht objektiviert werden konnte.

Auch die Beurteilung des Gesamtgrades der Behinderung wurde von den gegenständlich beigezogenen Gutachtern zutreffend durchgeführt. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auszuführen, dass zwischen dem führenden Leiden 1 (Morbus Crohn) und den Leiden 2 (Degenerative Wirbelsäulenveränderungen), 4 (Morbus Bechterew) und 5 (Degenerative Abnützungen im Bereich der Gelenke der unteren Extremitäten) eine Leidensüberschneidung vorliegt. Bei Überschneidungen von Funktionsbeeinträchtigungen ist gemäß § 3 Abs. 2 der Einschätzungsverordnung grundsätzlich vom höheren Grad der Behinderung auszugehen. Dies ist im gegenständlichen Fall erfolgt, wurde doch vom Grad der Behinderung des führenden Leidens 1, somit 30 v.H., ausgegangen. Die Feststellung der beigezogenen medizinischen Sachverständigen, dass der führende Grad der Behinderung unter der Position 1 durch die Leiden 3 (Polyneuropathie) und 6 (Reaktive Depression) nicht erhöht wird, da kein maßgebliches ungünstiges Zusammenwirken vorliegt, ist nicht zu beanstanden. Es wird in der Beschwerde auch nicht substantiiert dargelegt, inwiefern sich Leiden 1 „Morbus Crohn“ und die Leiden 3 und 6 ungünstig wechselseitig im Sinne einer besonders nachteiligen Auswirkung beeinflussen sollten. Bei den Leiden 7 bis 11 handelt es sich lediglich um geringgradige Leiden, welche sich auf eine andere Funktionsbeeinträchtigung nicht besonders nachteilig iSd § 3 Abs. 3 der Einschätzungsverordnung auswirken. Auch die Beurteilung des Gesamtgrades der Behinderung wurde von den gegenständlich beigezogenen Gutachtern zutreffend durchgeführt. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auszuführen, dass zwischen dem führenden Leiden 1 (Morbus Crohn) und den Leiden 2 (Degenerative Wirbelsäulenveränderungen), 4 (Morbus Bechterew) und 5 (Degenerative Abnützungen im Bereich der Gelenke der unteren Extremitäten) eine Leidensüberschneidung vorliegt. Bei Überschneidungen von Funktionsbeeinträchtigungen ist gemäß Paragraph 3, Absatz 2, der Einschätzungsverordnung grundsätzlich vom höheren Grad der Behinderung auszugehen. Dies ist im gegenständlichen Fall erfolgt, wurde doch vom Grad der Behinderung des führenden Leidens 1, somit 30 v.H., ausgegangen. Die Feststellung der beigezogenen medizinischen Sachverständigen, dass der führende Grad der Behinderung unter der Position 1 durch die Leiden 3 (Polyneuropathie) und 6 (Reaktive Depression) nicht erhöht wird, da kein maßgebliches ungünstiges Zusammenwirken vorliegt, ist nicht zu beanstanden. Es wird in der Beschwerde auch nicht substantiiert dargelegt, inwiefern sich Leiden 1 „Morbus Crohn“ und die Leiden 3 und 6 ungünstig wechselseitig im Sinne einer besonders nachteiligen Auswirkung beeinflussen sollten. Bei den Leiden 7 bis 11 handelt es sich lediglich um geringgradige Leiden, welche sich auf eine andere Funktionsbeeinträchtigung nicht besonders nachteilig iSd Paragraph 3, Absatz 3, der Einschätzungsverordnung auswirken.

Insoweit in der Stellungnahme zum Parteiengehör vom 27.05.2020 und in der Beschwerde in zentraler inhaltlicher Hinsicht die Qualität der persönlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin am 27.03.2019 (die Untersuchung habe nur sechs Minuten und nicht wie im Gutachten angegeben 20 Minuten gedauert; es sei unter dem Punkt „Derzeitige Beschwerden“ nur ein Bruchteil dessen angeführt worden, was die Beschwerdeführerin angegeben habe; der Arzt habe sich weder die Befunde noch den Antrag angesehen; das Untersuchungszimmer sei ungeeignet

gewesen; der „Klinische Status“ sei nur mangelhaft überprüft worden) und 20.02.2020 (die Begutachtung sei angespannt und feindselig verlaufen; unter dem Punkt „Derzeitige Beschwerden“ seien ihre Angaben falsch wiedergegeben worden, sodass ein völlig verharmlostes Bild entstanden sei; der medikamentöse Verlauf sei falsch angegeben worden; der „Klinische Status“ sei nur mangelhaft überprüft worden) bemängelt werden und versucht wird, die fachliche Eignung sowie die Objektivität der im gegenständlichen Verfahren beigezogenen medizinischen Sachverständigen in Frage zu stellen (so führt die Beschwerdeführerin in der Stellungnahme zum Parteiengehör vom 27.05.2020 weiter aus, dass sie kürzlich erfahren habe, dass die beigezogene Fachärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin Fixangestellte der entscheidenden Behörde sei, dieser Umstand verleite sie natürlich schon zur „Nachdenklichkeit“), ist darauf hinzuweisen, dass in diesem Zusammenhang die Emotionen der Beschwerdeführerin zwar durchaus verständlich sein mögen, dass sich aber unabhängig vom subjektiven Empfinden der Beschwerdeführerin den eingeholten medizinischen Sachverständigengutachten keine ausreichend konkreten Anhaltspunkte für die Annahme entnehmen lassen, dass bei der Beschwerdeführerin keine fachgerechten bzw. zu nicht zutreffenden Untersuchungsergebnissen führende Untersuchungen durchgeführt worden wären und ergibt sich eine solche Annahme auch nicht aus den diesbezüglich nicht ausreichend substantiierten und auch nicht belegten Vorbringen in der Stellungnahme zum Parteiengehör vom 27.05.2020 bzw. in der Beschwerde; im Übrigen ist es im gegenständlichen Verfahren auch nicht Aufgabe der medizinischen Sachverständigen, dem Antragsteller eine medizinische Betreuung bzw. Behandlung zukommen zu lassen, sondern im Rahmen eines objektiv zu erstellenden medizinischen Sachverständigengutachtens eine Einstufung der bestehenden Funktionseinschränkungen auf Grundlage der anzuwendenden Normen (im gegenständlichen Fall jenen der Anlage zur Einschätzungsverordnung) vorzunehmen.

Insoweit die Beschwerdeführerin aber mit dem Vorbringen, dass die beigezogene Fachärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin Fixangestellte der entscheidenden Behörde sei, dieser Umstand verleite sie natürlich schon zur „Nachdenklichkeit“, offenkundig die Unabhängigkeit der beigezogenen medizinischen Sachverständigen in Zweifel zu ziehen sucht, so ist sie darauf hinzuweisen, dass es sich bei den beigezogenen medizinischen Sachverständigen um Amtssachverständige iSd § 52 AVG handelt, die von der belangten Behörde und gemäß § 14 Bundesverwaltungsgerichtsgesetz (BVwGG) auch vom Bundesverwaltungsgericht zwingend beizuziehen sind. Insoweit die Beschwerdeführerin aber mit dem Vorbringen, dass die beigezogene Fachärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin Fixangestellte der entscheidenden Behörde sei, dieser Umstand verleite sie natürlich schon zur „Nachdenklichkeit“, offenkundig die Unabhängigkeit der beigezogenen medizinischen Sachverständigen in Zweifel zu ziehen sucht, so ist sie darauf hinzuweisen, dass es sich bei den beigezogenen medizinischen Sachverständigen um Amtssachverständige iSd Paragraph 52, AVG handelt, die von der belangten Behörde und gemäß Paragraph 14, Bundesverwaltungsgerichtsgesetz (BVwGG) auch vom Bundesverwaltungsgericht zwingend beizuziehen sind.

Was die Rüge der Beschwerdeführerin in der Beschwerde betrifft, der beigezogene Sachverständige habe in seinem Gutachten vom 27.03.2019 festgestellt, dass sie auf einem geschützten Arbeitsplatz oder in einem Integrativen Betrieb arbeiten könne, ist darauf hinzuweisen, dass der beigezogene Arzt für Allgemeinmedizin keineswegs festgestellt hat, dass die Beschwerdeführerin generell arbeitsfähig ist. Es wurde im medizinischen Sachverständigengutachten lediglich festgehalten, dass die Beschwerdeführerin trotz ihrer Funktionsbeeinträchtigungen mit Wahrscheinlichkeit „auf einem geschützten Arbeitsplatz oder in einem Integrativen Betrieb“ einer Erwerbstätigkeit nachgehen könne, wobei im Übrigen diesem im medizinischen Sachverständigengutachten angeführten Umstand im gegenständlichen Verfahren nach dem Bundesbehindertengesetz (BBG) keine Entscheidungsrelevanz zukommt.

Insoweit in der Beschwerde inhaltlich auch auf die Frage der Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel Bezug genommen wird und ausgeführt wird, dass die Auflistung der möglichen Zusatzeintragungen im Gutachten vom 27.03.2019 nicht korrekt sei, sie sei „Trägerin von Osteosynthesematerial“, ist die Beschwerdeführerin darauf aufmerksam zu machen, dass mit einem festgestellten Grad der Behinderung von 30 v.H. kein Rechtsanspruch auf die Ausstellung eines Behindertenpasses besteht. Somit ist aber auch die Vornahme allfälliger Zusatzeintragungen (wie zum Beispiel „Unzumutbarkeit der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel“ oder „Der Untersuchte ist Trägerin oder Träger von Osteosynthesematerial“) in den Behindertenpass und die allfällige Ausstellung eines Ausweises gemäß § 29 b StVO (Parkausweis) rechtlich nicht möglich. Insoweit in der Beschwerde inhaltlich auch auf die Frage der Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel Bezug genommen wird und ausgeführt wird, dass die

Auflistung der möglichen Zusatzeintragungen im Gutachten vom 27.03.2019 nicht korrekt sei, sie sei „Trägerin von Osteosynthesematerial“, ist die Beschwerdeführerin darauf aufmerksam zu machen, dass mit einem festgestellten Grad der Behinderung von 30 v.H. kein Rechtsanspruch auf die Ausstellung eines Behindertenpasses besteht. Somit ist aber auch die Vornahme allfälliger Zusatzeintragungen (wie zum Beispiel „Unzumutbarkeit der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel“ oder „Der Untersuchte ist Trägerin oder Träger von Osteosynthesematerial“) in den Behindertenpass und die allfällige Ausstellung eines Ausweises gemäß Paragraph 29, b StVO (Parkausweis) rechtlich nicht möglich.

Der Stellungnahme der Beschwerdeführerin zum Parteiengehör vom 27.05.2020 bzw. der Beschwerde wurden keine medizinischen Unterlagen beigelegt, die die vorgenommenen Einstufungen widerlegen oder diesen entgegenstehen würden. Die Beschwerdeführerin ist daher den gegenständlich eingeholten medizinischen Sachverständigengutachten in der Stellungnahme zum Parteiengehör bzw. in der Beschwerde nicht auf gleicher fachlicher Ebene entgegengetreten, steht es dem Antragsteller, so er der Auffassung ist, dass seine Leiden nicht hinreichend berücksichtigt wurden, nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes doch frei, das im Auftrag der Behörde erstellte Gutachten durch die Beibringung eines Gegengutachtens eines Sachverständigen seiner Wahl zu entkräften (vgl. etwa das Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes vom 27.06.2000, Zl. 2000/11/0093). Der Stellungnahme der Beschwerdeführerin zum Parteiengehör vom 27.05.2020 bzw. der Beschwerde wurden keine medizinischen Unterlagen beigelegt, die die vorgenommenen Einstufungen widerlegen oder diesen entgegenstehen würden. Die Beschwerdeführerin ist daher den gegenständlich eingeholten medizinischen Sachverständigengutachten in der Stellungnahme zum Parteiengehör bzw. in der Beschwerde nicht auf gleicher fachlicher Ebene entgegengetreten, steht es dem Antragsteller, so er der Auffassung ist, dass seine Leiden nicht hinreichend berücksichtigt wurden, nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes doch frei, das im Auftrag der Behörde erstellte Gutachten durch die Beibringung eines Gegengutachtens eines Sachverständigen seiner Wahl zu entkräften vergleiche etwa das Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes vom 27.06.2000, Zl. 2000/11/0093).

Seitens des Bundesverwaltungsgerichtes bestehen daher keine Zweifel an der Richtigkeit, Vollständigkeit und Schlüssigkeit der auf persönlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin beruhenden medizinischen Sachverständigengutachten eines Arztes für Allgemeinmedizin vom 27.03.2019 und einer Fachärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin vom 15.04.2020 und werden diese daher in freier Beweiswürdigung der gegenständlichen Entscheidung zugrunde gelegt.

3. Rechtliche Beurteilung:

1. Zur Entscheidung in der Sache

Die gegenständlich maßgeblichen Bestimmungen des Bundesbehindertengesetzes (BBG) lauten:

„§ 40. (1) Behinderten Menschen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland und einem Grad der Behinderung oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50% ist auf Antrag vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen (§ 45) ein Behindertenpass auszustellen, wenn „§ 40. (1) Behinderten Menschen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland und einem Grad der Behinderung oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50% ist auf Antrag vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen (Paragraph 45,) ein Behindertenpass auszustellen, wenn

1. ihr Grad der Behinderung (ihre Minderung der Erwerbsfähigkeit) nach bundesgesetzlichen Vorschriften durch Bescheid oder Urteil festgestellt ist oder

2. sie nach bundesgesetzlichen Vorschriften wegen Invalidität, Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder dauernder Erwerbsunfähigkeit Geldleistungen beziehen oder

3. sie nach bundesgesetzlichen Vorschriften ein Pflegegeld, eine Pflegezulage, eine Blindenzulage oder eine gleichartige Leistung erhalten oder

...

5. sie dem Personenkreis der begünstigten Behinderten im Sinne des Behinderteneinstellungsgesetzes, BGBl. Nr. 22/1970, angehören. 5. sie dem Personenkreis der begünstigten Behinderten im Sinne des Behinderteneinstellungsgesetzes, Bundesgesetzblatt Nr. 22 aus 1970, „angehören.

(2) Behinderten Menschen, die nicht dem im Abs. 1 angeführten Personenkreis angehören, ist ein Behindertenpaß

auszustellen, wenn und insoweit das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen auf Grund von Vereinbarungen des Bundes mit dem jeweiligen Land oder auf Grund anderer Rechtsvorschriften hiezu ermächtigt ist.(2) Behinderten Menschen, die nicht dem im Absatz eins, angeführten Personenkreis angehören, ist ein Behindertenpaß auszustellen, wenn und insoweit das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen auf Grund von Vereinbarungen des Bundes mit dem jeweiligen Land oder auf Grund anderer Rechtsvorschriften hiezu ermächtigt ist.

§ 41. (1) Als Nachweis für das Vorliegen der im § 40 genannten Voraussetzungen gilt der letzte rechtskräftige Bescheid eines Rehabilitationsträgers (§ 3) oder ein rechtskräftiges Urteil eines Gerichtes nach dem Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz, BGBl. Nr. 104/1985, ein rechtskräftiges Erkenntnis des Bundesverwaltungsgerichtes oder die Mitteilung über die Gewährung der erhöhten Familienbeihilfe gemäß § 8 Abs. 5 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376. Das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen hat den Grad der Behinderung nach der Einschätzungsverordnung (BGBl. II Nr. 261/2010) unter Mitwirkung von ärztlichen Sachverständigen einzuschätzen, wennParagraph 41, (1) Als Nachweis für das Vorliegen der im Paragraph 40, genannten Voraussetzungen gilt der letzte rechtskräftige Bescheid eines Rehabilitationsträgers (Paragraph 3,) oder ein rechtskräftiges Urteil eines Gerichtes nach dem Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz, Bundesgesetzblatt Nr. 104 aus 1985,, ein rechtskräftiges Erkenntnis des Bundesverwaltungsgerichtes oder die Mitteilung über die Gewährung der erhöhten Familienbeihilfe gemäß Paragraph 8, Absatz 5, des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376. Das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen hat den Grad der Behinderung nach der Einschätzungsverordnung Bundesgesetzblatt Teil 2, Nr. 261 aus 2010,) unter Mitwirkung von ärztlichen Sachverständigen einzuschätzen, wenn

1. nach bundesgesetzlichen Vorschriften Leistungen wegen einer Behinderung erbracht werden und die hiefür maßgebenden Vorschriften keine Einschätzung vorsehen oder
2. zwei oder mehr Einschätzungen nach bundesgesetzlichen Vorschriften vorliegen und keine Gesamteinschätzung vorgenommen wurde oder
3. ein Fall des § 40 Abs. 2 vorliegt3. ein Fall des Paragraph 40, Absatz 2, vorliegt.

...

§ 42. (1) Der Behindertenpass hat den Vornamen sowie den Familien- oder Nachnamen, das Geburtsdatum, eine allfällige Versicherungsnummer, den Wohnort und einen festgestellten Grad der Behinderung oder der Minderung der Erwerbsfähigkeit zu enthalten und ist mit einem Lichtbild auszustatten. Zusätzliche Eintragungen, die dem Nachweis von Rechten und Vergünstigungen dienen, sind auf Antrag des behinderten Menschen zulässig. Die Eintragung ist vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen vorzunehmen.Paragraph 42, (1) Der Behindertenpass hat den Vornamen sowie den Familien- oder Nachnamen, das Geburtsdatum, eine allfällige Versicherungsnummer, den Wohnort und einen festgestellten Grad der Behinderung oder der Minderung der Erwerbsfähigkeit zu enthalten und ist mit einem Lichtbild auszustatten. Zusätzliche Eintragungen, die dem Nachweis von Rechten und Vergünstigungen dienen, sind auf Antrag des behinderten Menschen zulässig. Die Eintragung ist vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen vorzunehmen.

...

§ 45. (1) Anträge auf Ausstellung eines Behindertenpasses, auf Vornahme einer Zusatzeintragung oder auf Einschätzung des Grades der Behinderung sind unter Anschluss der erforderlichen Nachweise bei dem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen einzubringen.Paragraph 45, (1) Anträge auf Ausstellung eines Behindertenpasses, auf Vornahme einer Zusatzeintragung oder auf Einschätzung des Grades der Behinderung sind unter Anschluss der erforderlichen Nachweise bei dem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen einzubringen.

(2) Ein Bescheid ist nur dann zu erteilen, wenn einem Antrag gemäß Abs. 1 nicht stattgegeben, das Verfahren eingestellt (§ 41 Abs. 3) oder der Pass eingezogen wird. Dem ausgestellten Behindertenpass kommt Bescheidcharakter zu.(2) Ein Bescheid ist nur dann zu erteilen, wenn einem Antrag gemäß Absatz eins, nicht stattgegeben, das Verfahren eingestellt (Paragraph 41, Absatz 3,) oder der Pass eingezogen wird. Dem ausgestellten Behindertenpass kommt Bescheidcharakter zu.

(3) In Verfahren auf Ausstellung eines Behindertenpasses, auf Vornahme von Zusatzeintragungen oder auf Einschätzung des Grades der Behinderung hat die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts durch den Senat zu erfolgen.

(4) Bei Senatsentscheidungen in Verfahren gemäß Abs. 3 hat eine Vertreterin oder ein Vertreter der Interessenvertretung der Menschen mit Behinderung als fachkundige Laienrichterin oder fachkundiger Laienrichter mitzuwirken. Die fachkundigen Laienrichterinnen oder Laienrichter (Ersatzmitglieder) haben für die jeweiligen Agenden die erforderliche Qualifikation (insbesondere Fachkunde im Bereich des Sozialrechts) aufzuweisen.

(4) Bei Senatsentscheidungen in Verfahren gemäß Absatz 3, hat eine Vertreterin oder ein Vertreter der Interessenvertretung der Menschen mit Behinderung als fachkundige Laienrichterin oder fachkundiger Laienrichter mitzuwirken. Die fachkundigen Laienrichterinnen oder Laienrichter (Ersatzmitglieder) haben für die jeweiligen Agenden die erforderliche Qualifikation (insbesondere Fachkunde im Bereich des Sozialrechts) aufzuweisen.

...

§ 46. Die Beschwerdefrist beträgt abweichend von den Vorschriften des Verwaltungsgerichtsverfahrensgesetzes, BGBl. I Nr. 33/2013, sechs Wochen. Die Frist zur Erlassung einer Beschwerdeentscheidung beträgt zwölf Wochen. In Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht dürfen neue Tatsachen und Beweismittel nicht vorgebracht werden.

Paragraph 46, Die Beschwerdefrist beträgt abweichend von den Vorschriften des Verwaltungsgerichtsverfahrensgesetzes, Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 33 aus 2013,, sechs Wochen. Die Frist zur Erlassung einer Beschwerdeentscheidung beträgt zwölf Wochen. In Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht dürfen neue Tatsachen und Beweismittel nicht vorgebracht werden."

§ 3 der Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz betreffend nähere Bestimmungen über die Feststellung des Grades der Behinderung (Einschätzungsverordnung), StF: BGBl. II Nr. 261/2010, lautet in der geltenden Fassung: Paragraph 3, der Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz betreffend nähere Bestimmungen über die Feststellung des Grades der Behinderung (Einschätzungsverordnung), Stammfassung, Bundesgesetzblatt Teil 2, Nr. 261 aus 2010,, lautet in der geltenden Fassung:

„Gesamtgrad der Behinderung

§ 3. (1) Eine Einschätzung des Gesamtgrades der Behinderung ist dann vorzunehmen, wenn mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen. Bei der Ermittlung des Gesamtgrades der Behinderung sind die einzelnen Werte der Funktionsbeeinträchtigungen nicht zu addieren. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

Paragraph 3, (1) Eine Einschätzung des Gesamtgrades der Behinderung ist dann vorzunehmen, wenn mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen. Bei der Ermittlung des Gesamtgrades der Behinderung sind die einzelnen Werte der Funktionsbeeinträchtigungen nicht zu addieren. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

(2) Bei der Ermittlung des Gesamtgrades der Behinderung ist zunächst von jener Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, für die der höchste Wert festgestellt wurde. In der Folge ist zu prüfen, ob und inwieweit dieser durch die weiteren Funktionsbeeinträchtigungen erhöht wird. Gesundheitsschädigungen mit einem Ausmaß von weniger als 20 vH sind außer Betracht zu lassen, sofern eine solche Gesundheitsschädigung im Zusammenwirken mit einer anderen Gesundheitsschädigung keine wesentliche Funktionsbeeinträchtigung verursacht.

Bei Überschneidungen von Funktionsbeeinträchtigungen ist grundsätzlich vom höheren Grad der Behinderung auszugehen.

(3) Eine wechselseitige Beeinflussung der Funktionsbeeinträchtigungen, die geeignet ist, eine Erhöhung des Grades der Behinderung zu bewirken, liegt vor, wenn

- sich eine Funktionsbeeinträchtigung auf eine andere besonders nachteilig auswirkt,
- zwei oder mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, die gemeinsam zu einer wesentlichen Funktionsbeeinträchtigung führen.

(4) Eine wesentliche Funktionsbeeinträchtigung ist dann gegeben, wenn das Gesamtbild der Behinderung eine andere Beurteilung gerechtfertigt erscheinen lässt, als die einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen alleine."

Wie oben unter Punkt II.2. im Rahmen der beweiswürgenden Ausführungen, auf die verwiesen wird, ausgeführt

wurde, wird der gegenständlichen Entscheidung das von der belangten Behörde eingeholte allgemeinmedizinische Sachverständigengutachten vom 27.03.2019, das durch das vom Bundesverwaltungsgericht eingeholte medizinische Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin vom 15.04.2020 bestätigt wird, zu Grunde gelegt, wonach der Grad der Behinderung der Beschwerdeführerin aktuell 30 v.H. beträgt. Die getroffenen Einschätzungen, basierend auf persönlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin und auf den von der Beschwerdeführerin im Verfahren vorgelegten medizinischen Unterlagen, entsprechen den festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen. Wie oben unter Punkt römisch zwei.2. im Rahmen der beweismässigen Ausführungen, auf die verwiesen wird, ausgeführt wurde, wird der gegenständlichen Entscheidung das von der belangten Behörde eingeholte allgemeinmedizinische Sachverständigengutachten vom 27.03.2019, das durch das vom Bundesverwaltungsgericht eingeholte medizinische Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin vom 15.04.2020 bestätigt wird, zu Grunde gelegt, wonach der Grad der Behinderung der Beschwerdeführerin aktuell 30 v.H. beträgt. Die getroffenen Einschätzungen, basierend auf persönlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin und auf den von der Beschwerdeführerin im Verfahren vorgelegten medizinischen Unterlagen, entsprechen den festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen.

Die medizinischen Sachverständigengutachten vom 27.03.2019 und 15.04.2020 sind auch nicht zu beanstanden, wenn sie im Sinne des § 3 Abs. 3 und 4 der Einschätzungsverordnung eine entscheidungswesentliche ungünstige wechselseitige Leidensbeeinflussung in dem Sinne, dass sich eine Funktionsbeeinträchtigung auf eine andere besonders nachteilig auswirken würde oder mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen würden, die gemeinsam zu einer wesentlichen Funktionsbeeinträchtigung führen würden, im gegenständlichen Fall nicht gegeben sehen. Zwischen dem führenden Leiden 1 (Morbus Crohn) und den Leiden 2 (Degenerative Wirbelsäulenveränderungen), 4 (Morbus Bechterew) und 5 (Degenerative Abnützungen im Bereich der Gelenke der unteren Extremitäten) liegt eine Leidensüberschneidung vor. Zwischen dem führenden Grad der Behinderung unter der Position 1 und den Leiden 3 (Polyneuropathie) und 6 (Reaktive Depression) liegt kein maßgebliches ungünstiges Zusammenwirken vor. Die festgestellten Leiden 7 bis 11 sind für eine Erhöhung des Gesamtgrades der Behinderung gemäß § 3 Abs. 2 der Einschätzungsverordnung von zu geringer funktioneller Relevanz. Die medizinischen Sachverständigengutachten vom 27.03.2019 und 15.04.2020 sind auch nicht zu beanstanden, wenn sie im Sinne des Paragraph 3, Absatz 3 und 4 der Einschätzungsverordnung eine entscheidungswesentliche ungünstige wechselseitige Leidensbeeinflussung in dem Sinne, dass sich eine Funktionsbeeinträchtigung auf eine andere besonders nachteilig auswirken würde oder mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen würden, die gemeinsam zu einer wesentlichen Funktionsbeeinträchtigung führen würden, im gegenständlichen Fall nicht gegeben sehen. Zwischen dem führenden Leiden 1 (Morbus Crohn) und den Leiden 2 (Degenerative Wirbelsäulenveränderungen), 4 (Morbus Bechterew) und 5 (Degenerative Abnützungen im Bereich der Gelenke der unteren Extremitäten) liegt eine Leidensüberschneidung vor. Zwischen dem führenden Grad der Behinderung unter der Position 1 und den Leiden 3 (Polyneuropathie) und 6 (Reaktive Depression) liegt kein maßgebliches ungünstiges Zusammenwirken vor. Die festgestellten Leiden 7 bis 11 sind für eine Erhöhung des Gesamtgrades der Behinderung gemäß Paragraph 3, Absatz 2, der Einschätzungsverordnung von zu geringer funktioneller Relevanz.

Die Beschwerdeführerin legte im Rahmen der Stellungnahme zum Parteiengehör vom 27.05.2020 bzw. der Beschwerde keine Befunde vor, die geeignet wären, die durch die medizinischen Sachverständigen getroffenen Beurteilungen zu widerlegen oder zusätzliche einschätzungsrelevante Dauerleiden bzw. eine zwischenzeitlich eingetretene Verschlechterung des Zustandes der Beschwerdeführerin zu belegen. Die Beschwerdeführerin ist den im gegenständlichen Verfahren eingeholten medizinischen Sachverständigengutachten, wie bereits erwähnt, daher nicht auf gleicher fachlicher Ebene entgegengetreten.

Was den von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Antragstellung vorgelegten Bescheid der PVA vom 20.11.2018, mit dem festgestellt wurde, dass ab 01.01.2019 Anspruch auf Invaliditätspension besteht, betrifft, so führte der Verwaltungsgerichtshof im Erkenntnis vom 21.09.2010, Zl. 2007/11/0228, aus, dass die Ausstellung eines Behindertenpasses durch das Bundessozialamt (nunmehr Sozialministeriumservice) nach § 40 Abs. 1 BBG nur dann in Betracht kommt, wenn ein Grad der Behinderung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 v.H. vorliegt, und zwar zusätzlich zu den in Z. 1 bis 5 genannten Voraussetzungen. Dies ergibt sich nicht nur aus dem insoweit klaren Wortlaut des § 40 Abs. 1 BBG, sondern auch aus der (im oben genannten Erkenntnis wiedergegebenen) Entstehungsgeschichte. Der Umstand allein, dass ein Beschwerdeführer nach bundesgesetzlichen Vorschriften eine

Geldleistung iSd § 40 Abs. 1 Z. 2 BBG bezieht, reicht für die Ausstellung eines Behindertenpasses nicht aus. Was den von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Antragstellung vorgelegten Bescheid der PVA vom 20.11.2018, mit dem festgestellt wurde, dass ab 01.01.2019 Anspruch auf Invaliditätspension besteht, betrifft, so führte der Verwaltungsgerichtshof im Erkenntnis vom 21.09.2010, Zl. 2007/11/0228, aus, dass die Ausstellung eines Behindertenpasses durch das Bundessozialamt (nunmehr Sozialministeriumservice) nach Paragraph 40, Absatz eins, BBG nur dann in Betracht kommt, wenn ein Grad der Behinderung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 v.H. vorliegt, und zwar zusätzlich zu den in Ziffer eins bis 5 genannten Voraussetzungen. Dies ergibt sich nicht nur aus dem insoweit klaren Wortlaut des Paragraph 40, Absatz eins, BBG, sondern auch aus der (im oben genannten Erkenntnis wiedergegebenen) Entstehungsgeschichte. Der Umstand allein, dass ein Beschwerdeführer nach bundesgesetzlichen Vorschriften eine Geldleistung iSd Paragraph 40, Absatz eins, Ziffer 2, BBG bezieht, reicht für die Ausstellung eines Behindertenpasses nicht aus.

Die Beschwerdeführerin kann sich aber auf keinen Bescheid bzw. kein Urteil berufen, in dem der Grad ihrer Behinderung oder eine Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit von wenigstens 50 v.H. festgestellt worden wäre. Der von ihr vorgelegte Bescheid vom 20.11.2018 ist dafür nicht geeignet, weil es nach § 255 Abs. 3 ASVG weder auf einen Grad der Behinderung von 50 v.H. noch auf eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 v.H. ankommt. Umgekehrt sind die Voraussetzungen, bei deren Vorliegen nach § 255 Abs. 3 ASVG Invalidität vorliegt, nicht mit denjenigen ident, bei deren Vorliegen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 v.H. iSd § 40 Abs. 1 BBG vorliegt, weshalb auch die Invalidität iSd § 255 Abs. 3 ASVG nicht zwingend dazu führt, dass ein Grad der Behinderung iSd BBG von wenigstens 50 v.H. vorliegt. Es liegen daher die Voraussetzungen für die Einschätzung des Grades der Behinderung vor. Die Beschwerdeführerin kann sich aber auf keinen Bescheid bzw. kein Urteil berufen, in dem der Grad ihrer Behinderung oder eine Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit von wenigstens 50 v.H. festgestellt worden wäre. Der von ihr vorgelegte Bescheid vom 20.11.2018 ist dafür nicht geeignet, weil es nach Paragraph 255, Absatz 3, ASVG weder auf einen Grad der Behinderung von 50 v.H. noch auf eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 v.H. ankommt. Umgekehrt sind die Voraussetzungen, bei deren Vorliegen nach Paragraph 255, Absatz 3, ASVG Invalidität vorliegt, nicht mit denjenigen ident, bei deren Vorliegen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 v.H. iSd Paragraph 40, Absatz eins, BBG vorliegt, weshalb auch die Invalidität iSd Paragraph 255, Absatz 3, ASVG nicht zwingend dazu führt, dass ein Grad der Behinderung iSd BBG von wenigstens 50 v.H. vorliegt. Es liegen daher die Voraussetzungen für die Einschätzung des Grades der Behinderung vor.

Mit einem Gesamtgrad der Behinderung von 30 v.H. sind die Voraussetzungen für die Ausstellung eines Behindertenpasses gemäß § 40 Abs. 1 BBG, wonach behinderten Menschen mit Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland und einem Grad der Behinderung oder einer Minderung der Erwerbstätigkeit von mindestens 50 v.H. ein Behindertenpass auszustellen ist, aktuell nicht erfüllt. Mit einem Gesamtgrad der Behinderung von 30 v.H. sind die Voraussetzungen für die Ausstellung eines Behindertenpasses gemäß Paragraph 40, Absatz eins, BBG, wonach behinderten Menschen mit Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland und einem Grad der Behinderung oder einer Minderung der Erwerbstätigkeit von mindestens 50 v.H. ein Behindertenpass auszustellen ist, aktuell nicht erfüllt.

Da der Sachverhalt feststeht und die Sache daher entscheidungsreif ist, war dem in der Beschwerde bzw. in der Stellungnahme zum Parteiengehör vom 27.05.2020 gestellten Antrag auf Einholung eines weiteren Sachverständigengutachten aus der Fachrichtung Innere Medizin/Rheumatologie nicht Folge zu geben, zumal bereits medizinische Sachverständigengutachten eines Arztes für Allgemeinmedizin und einer Fachärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin eingeholt wurden und der Entscheidung zu Grunde gelegt werden. Lediglich der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass kein Rechtsanspruch auf die Zuziehung eines Facharztes eines bestimmten medizinischen Teilgebietes besteht.

Im Übrigen ist aber auch darauf hinzuweisen, dass bei einer belegten Verschlechterung des Leidenszustandes die neuerliche Einschätzung des Grades der Behinderung im Rahmen einer neuerlichen Antragstellung beim Sozialministeriumservice – allerdings nach Maßgabe des § 41 Abs. 2 BBG – in Betracht kommt. Im Übrigen ist aber auch darauf hinzuweisen, dass bei einer belegten Verschlechterung des Leidenszustandes die neuerliche Einschätzung des Grades der Behinderung im Rahmen einer neuerlichen Antragstellung beim Sozialministeriumservice – allerdings nach Maßgabe des Paragraph 41, Absatz 2, BBG – in Betracht kommt.

Die Beschwerde war daher spruchgemäß abzuweisen.

2. Zum Entfall einer mündlichen Verhandlung

Gemäß § 24 Abs. 1 VwGVG hat das Verwaltungsgericht auf Antrag oder, wenn es dies für erforderlich hält, von Amts wegen eine öffentliche mündliche Verhandlung durchzuführen. Gemäß Paragraph 24, Absatz eins, VwGVG hat das Verwaltungsgericht auf Antrag oder, wenn es dies für erforderlich hält, von Amts wegen eine öffentliche mündliche Verhandlung durchzuführen.

Gemäß § 24 Abs. 2 VwGVG kann die Verhandlung entfallen, wenn Gemäß Paragraph 24, Absatz 2, VwGVG kann die Verhandlung entfallen, wenn

1. der das vorangegangene Verwaltungsverfahren einleitende Antrag der Partei oder die Beschwerde zurückzuweisen ist oder bereits auf Grund der Aktenlage feststeht, dass der mit Beschwerde angefochtene Bescheid aufzuheben, die angefochtene Ausübung unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt oder die angefochtene Weisung für rechtswidrig zu erklären ist oder

2. die Säumnisbeschwerde zurückzuweisen oder abzuweisen ist.

Gemäß § 24 Abs. 3 VwGVG hat der Beschwerdeführer die Durchführung einer Verhandlung in der Beschwerde oder im Vorlageantrag zu beantragen. Den sonstigen Parteien ist Gelegenheit zu geben, binnen angemessener, zwei Wochen nicht übersteigender Frist einen Antrag auf Durchführung einer Verhandlung zu stellen. Ein Antrag auf Durchführung einer Verhandlung kann nur mit Zustimmung der anderen Parteien zurückgezogen werden. Gemäß Paragraph 24, Absatz 3, VwGVG hat der Beschwerdeführer die Durchführung einer Verhandlung in der Beschwerde oder im Vorlageantrag zu beantragen. Den sonstigen Parteien ist Gelegenheit zu geben, binnen angemessener, zwei Wochen nicht übersteigender Frist einen Antrag auf Durchführung einer Verhandlung zu stellen. Ein Antrag auf Durchführung einer Verhandlung kann nur mit Zustimmung der anderen Parteien zurückgezogen werden.

Gemäß § 24 Abs. 4 VwGVG kann, soweit durch Bundes- oder Landesgesetz nicht anderes bestimmt ist, das Verwaltungsgericht ungeachtet eines Parteiantrags von einer Verhandlung absehen, wenn die Akten erkennen lassen, dass die mündliche Erörterung eine weitere Klärung der Rechtssache nicht erwarten lässt, und einem Entfall der Verhandlung weder Art. 6 Abs. 1 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, BGBl. Nr. 210/1958, noch Art. 47 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union, ABl. Nr. C 83 vom 30.03.2010 S. 389 entgegenstehen. Gemäß Paragraph 24, Absatz 4, VwGVG kann, soweit durch Bundes- oder Landesgesetz nicht anderes bestimmt ist, das Verwaltungsgericht ungeachtet eines Parteiantrags von einer Verhandlung absehen, wenn die Akten erkennen lassen, dass die mündliche Erörterung eine weitere Klärung der Rechtssache nicht erwarten lässt, und einem Entfall der Verhandlung weder Artikel 6, Absatz eins, der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, Bundesgesetzblatt Nr. 210 aus 1958,, noch Artikel 47, der Charta der Grundrechte der Europäischen Union, ABl. Nr. C 83 vom 30.03.2010 S. 389 entgegenstehen.

Die Frage der Feststellung des Gesamtgrades der Behinderung wurde unter Mitwirkung von ärztlichen Sachverständigen geprüft. Die Tatsachenfragen (Art und Ausmaß der Funktionseinschränkungen) gehören dem Bereich zu, der von Sachverständigen zu beleuchten ist. Das von der belangten Behörde eingeholte Sachverständigengutachten vom 27.03.2019 wird durch das vom Bundesverwaltungsgericht eingeholte medizinische Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin vom 15.04.2020 vollinhaltlich bestätigt, wodurch auch bestätigt ist, dass eine zwischenzeitliche Änderung des Sachverhaltes im Vergleich zum Zeitpunkt der Einholung des Sachverständigengutachtens vom 27.03.2019 und der Erlassung des angefochtenen Bescheides nicht eingetreten ist. Der entscheidungsrelevante Sachverhalt ist vor dem Hintergrund der vorliegenden, nicht substantiiert bestrittenen schlüssigen medizinischen Sachverständigengutachten geklärt, sodass im Sinne der Judikatur des EGMR und der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes (vgl. VwGH 16.12.2013, 2011/11/0180) und des Verfassungsgerichtshofes (vgl. VfGH 09.06.2017, E 1162/2017) eine mündliche Verhandlung nicht geboten war. Art. 6 EMRK bzw. Art. 47 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union stehen somit dem Absehen von einer mündlichen Verhandlung gemäß § 24 Abs. 4 VwGVG nicht entgegen (vgl. das Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes vom 16.12.2013, Zl. 2011/11/0180 mit weiterem Verweis auf die Entscheidung des EGMR vom 21.03.2002, Nr. 32.636/96). Beide Parteien stellten zudem keinen Antrag auf Durchführung einer mündlichen Verhandlung. All dies lässt die Einschätzung zu, dass die mündliche Erörterung eine weitere Klärung der Rechtssache nicht erwarten ließ und eine Entscheidung ohne vorherige Verhandlung im Beschwerdefall nicht nur mit Art. 6 EMRK und Art. 47 GRC kompatibel ist, sondern auch im Sinne des Gesetzes (§ 24 Abs. 1 VwGVG) liegt, weil damit dem

Grundsatz der Zweckmäßigkeit, Raschheit, Einfachheit und Kostenersparnis (§ 39 Abs. 2a AVG) gedient ist, gleichzeitig aber das Interesse der materiellen Wahrheit und der Wahrung des Parteiengehörs nicht verkürzt wird (vgl. dazu die Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes vom 09.06.2017, Zl. E 1162/2017-5). Die Frage der Feststellung des Gesamtgrades der Behinderung wurde unter Mitwirkung von ärztlichen Sachverständigen geprüft. Die Tatsachenfragen (Art und Ausmaß der Funktionseinschränkungen) gehören dem Bereich zu, der von Sachverständigen zu beleuchten ist. Das von der belangten Behörde eingeholte Sachverständigengutachten vom 27.03.2019 wird durch das vom Bundesverwaltungsgericht eingeholte medizinische Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin vom 15.04.2020 vollinhaltlich bestätigt, wodurch auch bestätigt ist, dass eine zwischenzeitliche Änderung des Sachverhaltes im Vergleich zum Zeitpunkt der Einholung des Sachverständigengutachtens vom 27.03.2019 und der Erlassung des angefochtenen Bescheides nicht eingetreten ist. Der entscheidungsrelevante Sachverhalt ist vor dem Hintergrund der vorliegenden, nicht substantiiert bestrittenen schlüssigen medizinischen Sachverständigengutachten geklärt, sodass im Sinne der Judikatur des EGMR und der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes (vergleiche VwGH 16.12.2013, 2011/11/0180) und des Verfassungsgerichtshofes (vergleiche VfGH 09.06.2017, E 1162 aus 2017,) eine mündliche Verhandlung nicht geboten war. Artikel 6, EMRK bzw. Artikel 47, der Charta der Grundrechte der Europäischen Union stehen somit dem Absehen von einer mündlichen Verhandlung gemäß Paragraph 24, Absatz 4, VwGVG nicht entgegen (vergleiche das Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes vom 16.12.2013, Zl. 2011/11/0180 mit weiterem Verweis auf die Entscheidung des EGMR vom 21.03.2002, Nr. 32.636/96). Beide Parteien stellten zudem keinen Antrag auf Durchführung einer mündlichen Verhandlung. All dies lässt die Einschätzung zu, dass die mündliche Erörterung eine weitere Klärung der Rechtssache nicht erwarten ließ und eine Entscheidung ohne vorherige Verhandlung im Beschwerdefall nicht nur mit Artikel 6, EMRK und Artikel 47, GRC kompatibel ist, sondern auch im Sinne des Gesetzes (Paragraph 24, Absatz eins, VwGVG) liegt, weil damit dem Grundsatz der Zweckmäßigkeit, Raschheit, Einfachheit und Kostenersparnis (Paragraph 39, Absatz 2 a, AVG) gedient ist, gleichzeitig aber das Interesse der materiellen Wahrheit und der Wahrung des Parteiengehörs nicht verkürzt wird (vergleiche dazu die Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes vom 09.06.2017, Zl. E 1162/2017-5).

Zu Spruchteil B)

Gemäß § 25a Abs. 1 VwGG hat das Verwaltungsgericht im Spruch seines Erkenntnisses oder Beschlusses auszusprechen, ob die Revision gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG zulässig ist. Dieser Ausspruch ist kurz zu begründen. Die Revision ist gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG nicht zulässig, weil die Entscheidung nicht von der Lösung einer Rechtsfrage abhängt, der grundsätzliche Bedeutung zukommt. Weder weicht die gegenständliche Entscheidung von der bisherigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes ab, noch fehlt es an einer solchen Rechtsprechung, des Weiteren ist die vorliegende Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes auch nicht als uneinheitlich zu beurteilen. Gemäß Paragraph 25 a, Absatz eins, VwGG hat das Verwaltungsgericht im Spruch seines Erkenntnisses oder Beschlusses auszusprechen, ob die Revision gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG zulässig ist. Dieser Ausspruch ist kurz zu begründen. Die Revision ist gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG nicht zulässig, weil die Entscheidung nicht von der Lösung einer Rechtsfrage abhängt, der grundsätzliche Bedeutung zukommt. Weder weicht die gegenständliche Entscheidung von der bisherigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes ab, noch fehlt es an einer solchen Rechtsprechung, des Weiteren ist die vorliegende Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes auch nicht als uneinheitlich zu beurteilen.

Konkrete Rechtsfragen grundsätzlicher Bedeutung sind weder in der gegenständlichen Beschwerde vorgebracht worden, noch im Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht hervorgekommen. Das Bundesverwaltungsgericht konnte sich bei allen erheblichen Rechtsfragen auf Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes bzw. auf eine ohnehin klare Rechtslage stützen.

Schlagworte

Behindertenpass Grad der Behinderung Sachverständigengutachten

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:BVWG:2020:W207.2220226.1.00

Im RIS seit

16.10.2020

Zuletzt aktualisiert am

16.10.2020

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at