jusline®
»» Recht. Schnell

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

# TE Bvwg Erkenntnis 2020/2/6 W173 2208158-1

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 06.02.2020

**Entscheidungsdatum**

06.02.2020

**Norm**

Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen §1
BBG §42
BBG §45
B-VG Art. 133 Abs4

**Spruch**

W173 2208158-1/11E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Dr. Margit Möslinger-Gehmayr als Vorsitzende und die Richterin Mag. Angela Schidlof sowie den fachkundigen Laienrichter Franz Groschan als Beisitzer über die Beschwerde von XXXX , geb. am XXXX , vertreten durch den Verein ChronischKrank, Kirchenplatz 3, 4470 Enns, gegen den Bescheid des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen, Landesstelle Wien, vom 1.10.2018, betreffend Vornahme der Zusatzeintragung "Dem Inhaber des Passes ist die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung nicht zumutbar" in den Behindertenpass zu Recht erkannt:

A)

Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen.

B)

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

**Text**

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

I. Verfahrensgang

1. Auf Grund des Antrages von Frau XXXX , XXXX , (in der Folge BF) wurde von der belangten Behörde ein medizinisches Sachverständigengutachten eingeholt. Es wurde ein Gesamtgrad der Behinderung von 60% auf Grund der Morbus Crohn-Erkrankung (Pos. in den Richtsätzen III/d/357 - GdB 60) festgestellt. In der Folge wurde der BF am 6.2.2007 ein Behindertenpass mit dem Gesamtgrad der Behinderung von 60% ausgestellt.

2. Am 12.3.2018 beantragte die BF die Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel". Die belangte Behörde holte ein medizinisches Sachverständigengutachten ein. Im Gutachten von Dr. XXXX , FA für Innere Medizin, vom 8.7.2018, das auf einer persönlichen Untersuchung der BF beruhte,

wurde Nachfolgendes ausgeführt: "……

Anamnese:

letzte Beg. h.o.14.01.2002: Morbus Crohn, Zustand nach Ileocoecalresektion 60 %; Zwischenanamnese: bei seit 2001 bekanntem M. Crohn (Z.n. Ileocoecalresektion und Dünndarmteilresektion) regelmäßige Betreuung in der 2.Med. Abtg. des XXXX; seit 2015 recto-vaginale Fistel, die bei der UB-MR-Untersuchung im 1/2018 nicht mehr nachweisbar war; 5/2017 akutes (reversibles) Nierenversagen; seit Ende 2017 entzündliche Veränderungen und funktionelle Stenose im terminalen Ileum - diesbezüglich bis jetzt konservatives Vorgehen; aktuell laufende Biologica-Therapie

Derzeitige Beschwerden:

laut AW 10-15 Durchfälle täglich, Schmerzen bei der Defäkation (Angst vor Stuhlgang wegen Schmerzen), häufiges Erbrechen; trotz flüssig-breiiger Kost und medikamentöser Therapie (siehe unten) keine Besserungstendenz

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Humira, Enterobene, Maxikalz, Oleovit D3, Magnosolv, Pantoloc

Sozialanamnese:

Bezug von Reha-Geld seit 11/2017

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

08.03.2018 2. Med. Abtg. XXXX: M. Crohn, Z.n. Dünndarmteilresektion mit KurzdarmSyndrom; seit 12/2017 entzündliche Veränderungen mit funktioneller Stenose im terminalen Ileum; laufende Humira-Th., 1/2018 keine Rectovaginal-Fistel mehr nachweisbar; Z.n. akutem Nierenversagen 5/2017, Refluxkrankheit, Vit. B 12- und Vit. DMangel, Adipositas, Z.n. Cholecystektomie; Leuko 12.000, CRP 25.8, GFR 21, GPT 110, GGT 74, Albumin 31

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand: gut, Ernährungszustand: gut

Größe: 182,00 cm; Gewicht: 85,00 kg; Blutdruck: 140/90

Klinischer Status - Fachstatus:

Kopf: HNAP und Sensorium frei; Zunge feucht, nicht belegt; keine Lippenzyanose; Gebiß saniert;

Hals: keine Struma, keine Einflussstauung, keine vergrößerten Lymphknoten;

Thorax: symmetrisch, seitengleiche Belüftung, sonorer Klopfschall, reines Vesiculäratmen;

Herz: Herzgröße und normal, Herzquerlagerung, Herztöne rein, rhythmisch, keine Extratöne, keine Herzgeräusche

Leib: reizlose mediane Laparotomienarbe, Bauchdecken im Thoraxniveau, keine pathologischen Resistenzen, Leber und Milz nicht vergrößert, Nierenlager frei

Untere Extremitäten: keine Varizen, keine Ödeme, periphere Fußpulse seitengleich tastbar

Gesamtmobilität - Gangbild: Gangbild, Standvermögen und Lagewechsel ungestört

Status psychicus: Orientierung zeitlich, örtlich und zur Person gegeben; Merkfähigkeit gut; Affekt adäqat; Stimmungslage klagsam; subdepressiv

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

Lfd Nr Bezeichnung der körperliche, geistigen oder sinnesbedingten

Funktionseinschränkungen, welche voraussichtlich länger als sechs Monate

andauern werden:

1 Morbus Crohn, Zustand nach Dünndarmteilresektion

.....

X Dauerzustand.

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

keine; eine maßgebliche, höhergradige Stuhlinkontinenz ist aus der Befundkonstellation nicht abzuleiten

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

nein

Gutachterliche Stellungnahme: eine höhergradige Stuhlinkontinenz ist befundmäßig nicht belegt; die AW kann kurze Wegstrecken ohne Unterbrechung und ohne fremde Hilfe zurücklegen, das Ein- und Aussteigen und der sichere Transport in einem öffentlichen Verkehrsmittel sind gewährleistet.

....."

3. Das Gutachten vom 8.7.2018 wurde dem Parteiengehör unterzogen. Mit Schreiben vom 2.8.2018 übermittelte die BF einen ambulanten Patientenbrief vom 1.8.2018 zu ihrer Morbus Crohn-Erkrankung mit Erstdiagnose 1997. Sie müsse in guten Zeiten 15-18x und in schlechten Zeiten bis zu 30x täglich das WC aufsuchen. Arztbesuche könne sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht absolvieren und müsse zu jedem Arzttermin gefahren werden. Im Schreiben vom 3.8.2018 nahm die BF näher Bezug auf den vorgelegten Patientenbrief des Donauspitals vom 1.8.2018. Daraus gehe hervor, dass die BF unter einer hohen Stuhlfrequenz (bis zu 30m/Tag) leide und einer sehr zeitintensiven und speziellen Analpflege bedürfe. Es sei für sie die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel unzumutbar. Der Zustand bestehe ohne Besserung schon 10 Jahre trotz Therapie mit Goldstandard. Unter anderem war in diesem Patientenbrief Folgendes angeführt:

".....Da der Zustand schon seit über 10 Jahren

besteht, ist von einem Anhalten der Stuhlfrequenz auszugehen. Dementsprechend ist die Unzumutbarkeit bei Frau XXXX aus ärztlicher Sicht gerechtfertigt.

....."

4. Im ergänzend eingeholten Gutachten von Dr. XXXX auf Basis der

Akten vom 20.8.2018 wurde Nachfolgendes ausgeführt:

".....

Antwort(en): letzte Begutachtung im Rahmen des BBG hierorts am 02.07.2018 - der Antrag auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel" in den Behindertenpaß wurde mit der Begründung abgelehnt, dass eine maßgebliche, höhergradige Stuhlinkontinenz aus der Befundkonstellation nicht abzuleiten ist; im nachgereichten Befundbericht der 2.Med. Abteilung des Donauspitals vom 01.08.2018 wird angeführt, dass eine Kurzdarm-Syndrom mit einer täglichen Stuhlfrequenz bis 30/Tag vorliege, die Notwendigkeit, jederzeit eine WC-Anlage aufzusuchen zu können, bestehe und eine zukünftige Besserung der Situation bei schon über 10 Jahre anhaltendem Zustand - unter Therapie nach Gold-Standard - nicht zu erwarten sei - insgesamt sei der AW die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel daher nicht mehr zuzumuten.

Das Ausmaß der täglichen Stuhlfrequenz beruht auf subjektiven - tatsächlich objektiv nicht überprüfbaren - Angaben. Eine maßgebliche Stuhlinkontinenz ist nicht belegt. Insgesamt bleibt die gutachterliche Einschätzung vom 02.07.2018 daher unverändert aufrecht.

....."

5. Mit Bescheid vom 1.10.2018 wurde der Antrag der BF vom 12.3.2018 auf Vornahme der Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel" abgewiesen. Die belangte Behörde stützte sich auf das eingeholte Gutachten von Dr. XXXX samt Ergänzung, die angeschlossen seien und eine Begründungsbestandteil bilden würden. Die Einwendungen gegen das Gutachten hätten zu keiner Änderung geführt.

6. Mit Schriftsatz vom 1.10.2018 erhob die BF Beschwerde gegen den abweisenden Bescheid vom 1.10.2018. Der

Befund vom 8.3.2018 des XXXX belege eine höhergradige Stuhlinkontinenz. Dies sei nicht hinreichend im Gutachten berücksichtigt worden. Es werde im Befund ausdrücklich bestätigt, dass die Stuhlfrequenz bis zu 30x am Tag (flüssig und imperativ) trotz Therapie mit Gold-Standard seit Jahren bestehe. Es sei keine Besserung absehbar. Nach der Judikatur seien die konkreten Auswirkungen dieses Aspektes der Erkrankung auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel in den ärztlichen Gutachten zu beachten. Es seien daher die notwendigen Sachverhaltsermittlungen unterlassen worden. Es sei bloß ansatzweise der maßgebliche Sachverhalt ermittelt worden.

7. Nach Vorlage des Beschwerdeaktes holte das Bundesverwaltungsgericht ein weiteres medizinisches Sachverständigengutachten ein. Im Gutachten von Dr. XXXX , Arzt für Allgemeinmedizin, vom 26.6.2019, das auf einer persönlichen Untersuchung der BF beruhte, wurde Folgendes ausgeführt:

"Weiters vorliegend ist ein internistisches Sachverständigengutachten von Herrn Dr. XXXX vom 9. Juli 2018. Bei Morbus Crohn und Zustand nach Dünndarmteilresektion lagen die Voraussetzungen für die beantragte Zusatzeintragung ‚Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel' nicht vor.

Zudem vorliegend ist eine Stellungnahme des Facharztes für Innere Medizin Dr. XXXX vom 20. August 2018. Es ergaben sich keine Änderungen der Einschätzung hinsichtlich Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel. Gegen diese Einschätzung wurde Einspruch erhoben.

Vorliegende Befunde:

2. Medizinische Abteilung XXXX vom 1. August 2018: Morbus Crohn - Erstdiagnose 1997 mit Zustand nach Dünndarmteilresektion und Kurzdarmsyndrom, entzündliche Veränderungen terminales Ileum 12/2017, funktionelle Stenose im terminalen Ileum 12/2017, Z.n. Therapie mit Infliximab und laufende Therapie mit Adalimumab, rektovaginale Fistel seit 2015 in Observanz, MR 1/2018: kein Fistelgang abgrenzbar, chronische Niereninsuffizienz - Zustand nach akutem Nierenversagen 5/2017, Vitamin B 12- und Vitamin-D-Mangel, Adipositas, Reflux-Erkrankung, Verdacht auf Herzinsuffizienz, Z.n. Gallenblasenentfernung, chronischer Nikotinabusus, Harnwegsinfekt mit E. faecium, Zustand nach tiefer Venenthrombose Oberarm links, Unverträglichkeit von NSAR, Diclofenac.

Diagnose: Chronischer Morbus Crohn. Aufgrund von Komplikationen musste eine Dünndarmresektion durchgeführt werden, wodurch sich ein Kurzdarmsyndrom entwickelte. Additiv besteht ein chronisches Nierenversagen. Unter Anti-TNF Therapie ist die Grunderkrankung derzeit ohne Fistulierungskomplikationen. Die weiterhin hohe Stuhlfrequenz von bis zu 30 mal pro Tag (flüssig und imperativ!) erfordert eine zeitintensive und spezielle Analpflege. Trotz Therapie keine Verbesserung der Situation zu erwarten. Von einem Anhalten der Stuhlfrequenz ist auszugehen. Die Unzumutbarkeit sei aus ärztlicher Sicht gerechtfertigt.

2. Medizinische Abteilung XXXX vom 8. März 2018: Morbus Crohn-Erstdiagnose 1997 mit Zustand nach Dünndarmteilresektion und Kurzdarmsyndrom, entzündliche Veränderungen terminales Ileum 12/2017, funktionelle Stenose im terminalen Ileum 12/2017, Z.n. Therapie mit Infliximab und laufende Therapie mit Adalimumab, rektovaginale Fistel seit 2015 in Observanz, MR 1/2018: kein Fistelgang abgrenzbar, chronische Niereninsuffizienz-Zustand nach akutem Nierenversagen 5/2017, Vitamin B 12- und VitaminD-Mangel, Adipositas, Reflux-Erkrankung, Verdacht auf Herzinsuffizienz, Z.n. Gallenblasenentfernung, chronischer Nikotinabusus, Harnwegsinfekt mit E. faecium, Zustand nach tiefer Venenthrombose Oberarm links, Unverträglichkeit von NSAR, Diclofenac. Kontrolle am 12. Juni 2018 mit Laborbefund und Calprotectin im Stuhl.

Medikamentöse Therapie:

Pantoloc, Maxi-Kalz, Magnosolv, Oleovit, Humira.

Sozialanamnese: geschieden, 4 Kinder, ein Kind im gemeinsamen Haushalt lebend. Sie sei beruflich im Verkauf und Telefonistin gewesen, seit 1. April 2019 sei sie in Invaliditätspension (die BF gibt an, sie meine, dass die Invaliditätspension auf Dauer gewährt wurde). Davor habe sie Rehabilitationsgeld erhalten. Zuletzt sei sie vor etwa 10-12 Jahren beruflich tätig gewesen. Die BF wohne in einer Wohnung im 2. Stock ohne Lift. Die Anreise heute sei mit dem PKW erfolgt.

Subjektive Beschwerden: Anamnestisch Zustand nach Darmoperation 2002 und 2007 bei Darmstenose. Eine Darmverengung sei bekannt, ein operativer Eingriff sei derzeit nicht erforderlich, Kontrollen werden durchgeführt. Für 15. Mai 2019 sei eine Kontrolle in der Darmambulanz vereinbart, es solle dann eine Darmuntersuchung (Irrigoskopie) vereinbart werden. Hinsichtlich des Morbus Crohn werden alle 2-3 Monate Kontrollen im XXXX durchgeführt. Sie passe

beim Essen auf. 2017 habe sie ein Nierenversagen gehabt, die Nierenwerte hätten sich gebessert, Nieren- bzw. Laborbefund habe sie keinen dabei. Die Anreise zum heutigen Termin sei mit dem PKW erfolgt, die BF würde nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, da sie häufig die Toilette aufsuchen müsste. Sie habe heute 3 Enterobene-Kapseln genommen, damit sei der Stuhl "cremiger" und etwas fester. Einen harten Stuhl habe sie jedoch nie. Zu 95 % sei der Stuhl dünnflüssiger, mit Enterobene sei der Stuhl breiig. Diese Stuhlgewohnheiten würden seit Jahren so bestehen und seien immer gleichbleibend. Heute sei sie bereits 6-7 Mal auf der Toilette gewesen. Sie habe wenig Harn. Eine Harninkontinenz bestehe nicht. Sie habe etwa 15 Stuhlgänge pro Tag, etwa ein bis zweimal pro Woche bis 30 Vorgänge pro Tag. Vor der Stuhlentleerung komme es zu Krämpfen im Bauch, die BF würde dann warten bis der Krampf vorbei sei und gehe dann rasch auf die Toilette. Die Kämpfe würden ein bis zwei Minuten oder auch länger andauern. Im Sitzen würde sie den Stuhlgang gut zurückhalten können, beim Gehen sei dies jedoch nicht möglich. Sie versuche deshalb rechtzeitig auf die Toilette zu gehen. Sie nehme zur Schmerztherapie Novalgin. Novalgin nehme sie ausschließlich bei wirklich starken Schmerzen, diese würden etwa ein bis zweimal pro Woche auftreten. Sie verwende Vorlagen, benötige 3-4 Stück pro Tag. Die letzte Untersuchung der Schließmuskelfunktion des Darmes sei vor 8-9 Jahren erfolgt und sei in Ordnung gewesen. Es sei ihr pausenlos schlecht und sie sei ‚dauermüde'. Gegen die Übelkeit nehme sie bei Bedarf Zofran. Anamnestisch Zustand nach Gallenblasenentfernung 2002 sowie tiefer Beinvenenthrombose am linken Oberarm 2017. Sie rauche etwa 10 Zigaretten pro Tag. Das Rauchen würde gegen Krämpfe helfen und wirke beruhigend. Beinödeme würden keine bestehen. Wiederkehrend bestehen Gliederschmerzen in den Fingern, Ellenbogen und beiden Kniegelenken. Physikalische Therapien seien bisher nicht durchgeführt worden. Das Parkpickerl würde sie benötigen, da sie im XXXX lange Wege zurücklegen müsse und sie es teilweise nicht von einer Toilette bis zur nächsten schaffen würde.

Status Präsens:

Allgemeinzustand: gut, Ernährungszustand: sehr gut, Größe: 182,

Gewicht: 82-85 kg,

Caput/Hals: unauffällig, keine Lippenzyanose, Sprache unauffällig, keine Halsvenenstauung, Schilddrüse schluckverschieblich,

Cor: reine Herztöne, rhythmische Herzaktion, Blutdruck: 120/70,

Pulmo: V.A. beidseits, sonorer KS, Basen atemversch., keine Sprechdyspnoe, keine maßgebliche Kurzatmigkeit bei Bewegungsprüfung im Untersuchungszimmer, Abdomen: unauffällig, weich, keine Druckpunkte, keine path. Resistenzen palp., Leber am Ribo palp., Milz n.p., Darmgeräusche normal und unauffällig, Nierenlager bds. frei,

HWS: Kopfdrehung und -seitneigung: nach rechts und links frei, Inkl. und Rekl. frei, BWS: gerade, LWS: Rumpfdrehung und -seitneigung frei,

Extremitäten: obere Extremitäten:

Schultergelenk rechts: Beweglichkeit frei, Nackengriff frei,

Schürzengriff frei durchführbar, Schultergelenk links: Beweglichkeit frei, Nackengriff durchführbar, Schürzengriff durchführbar,

Ellenbogengelenk rechts frei beweglich, Ellenbogengelenk links:

Beugung und Streckung frei, Handgelenke frei beweglich, Fingergelenke beidseits frei, gering vergröberte PIP-Gelenke beider Hände, Daumengelenke bds. frei, Faustschluß bds. komplett durchführbar, Zangengriff bds. durchführbar, Greif- und Haltefunktion beidseits erhalten, unauffällige obere Extremität bei

Zustand nach Venenthrombose linker Oberarm, UE: Hüftgelenk rechts:

Flexion, Abd. und Add. altersentsprechend frei, Hüftgelenk links:

Flexion, Abduktion und Adduktion frei,

Kniegelenke frei beweglich, bandstabil, Sprunggelenke beidseits frei, Fußheben und -senken frei, Zehenbeweglichkeit unauffällig, Hocke mit Anhalten durchführbar, beide UE können von der Unterlage abgehoben werden, Beinpulse beidseits tastbar, Fußpulse beidseits tastbar, Venen: unauffällig, Ödeme: keine. Innenseitig an den Oberschenkeln

hyperpigmentierte Hautareale (bedingt durch die Benützung eines Thermophors laut BF). Neuro: AVV beidseits unauffällig, FNV beidseits unauffällig. Kraft allseits unauffällig.

Romberg unauffällig, Unterberger: unauffällig und ohne Drehtendenz.

Sensibilität wird allseits als unauffällig angegeben. Psych.:

Anamneseerhebung und Kommunikation unauffällig und gut möglich. BF ist klar, wach, in allen Qualitäten orientiert. Stimmung ausgeglichen. Denkziel wird erreicht.

Gang: ohne Hilfsmittelverwendung unauffälliges, sicheres und flüssiges Gangbild. Konfektionssportschuhe werden getragen. Aufstehen aus sitzender und liegender Körperhaltung unauffällig und gut möglich. Stehversuche und Gehversuche unauffällig. Zehenspitzen- und Fersenstand beidseits unauffällig möglich.

Einschätzung:

1. Diagnoseliste:

Morbus Crohn mit Erstdiagnose 1997, Zustand nach Dünndarmteilresektion, Kurzdarmsyndrom Chronische Niereninsuffizienz bei Zustand nach akutem Nierenversagen 5/2017

Adipositas

Refluxerkrankung

Zustand nach Gallenblasenentfernung

Zustand nach Venenthrombose Oberarm links

2. Es liegen keine erheblichen Einschränkungen der Funktionen der unteren Extremitäten vor. Im Rahmen der klinischen Untersuchung lässt sich eine unauffällige Funktion an den Gelenken der unteren Extremitäten objektivieren. Die berichteten wiederkehrenden Schmerzen in den Kniegelenken beidseits führen zu keinen maßgeblichen Einschränkungen der Kniegelenksfunktion.

3. Es liegen keine erheblichen Einschränkungen der Funktionen der oberen Extremitäten vor.

Im Rahmen der klinischen Untersuchung stellt sich eine völlig unauffällige und freie Funktion der Gelenke der oberen Extremitäten dar. Greif- und Haltefunktion ist beidseits unauffällig gegeben.

4. Im Rahmen der klinischen Untersuchung lassen sich eine auskultatorisch unauffällige Lunge und ein unauffälliges Herz objektivieren. Maßgebliche kardiale Dekompensationszeichen lassen sich nicht erheben. Bei tastbaren Beinpulsen lässt sich eine arterielle Verschlusserkrankung der unteren Extremitäten nicht objektivieren. Auch ist diese befundmäßig nicht dokumentiert. Eine Herzinsuffizienz mit einer linksventrikulären Auswurffraktion unter 30 % liegt nicht vor. Eine hochgradige Rechtsherzinsuffizienz, eine Lungengerüsterkrankung unter Langzeitsauerstofftherapie, eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung im Stadium IV sowie ein Emphysem mit Langzeitsauerstofftherapie sind befundmäßig nicht dokumentiert, lassen sich nicht erheben und liegen nicht vor. Ein mobiles Gerät mit Flüssigsauerstoff muss nicht benützt werden. Im Rahmen der chronisch entzündlichen Darmerkrankung (Morbus Crohn) stellen sich bei der BF ein guter Allgemeinzustand und ein sehr guter Ernährungszustand dar. Eine wesentliche Beeinträchtigung des Ernährungszustandes lässt sich nicht erheben und liegt nicht vor. Zusammenfassend liegen keine erheblichen Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit vor.

5. Erhebliche Einschränkungen psychischer, neurologischer oder intellektueller Fähigkeiten sind befundmäßig nicht dokumentiert, lassen sich im Rahmen der klinischen Untersuchung nicht erheben und liegen nicht vor.

6. Eine schwere und anhaltende Erkrankung des Immunsystems ist befundmäßig nicht dokumentiert, lässt sich anamnestisch nicht erheben und liegt nicht vor.

Befundmäßig dokumentiert ist eine Nierenfunktionseinschränkung bei Zustand nach akutem Nierenversagen 5/2017. Anamnestisch habe sich die Nierenfunktion zuletzt gebessert. Komplikationen nach Nierenversagen sind befundmäßig nicht belegt (Kontrollberichte sowie Laborbefunde liegen nicht vor).

7. Eine hochgradige Sehbehinderung ist befundmäßig nicht dokumentiert, lässt sich im Rahmen der klinischen Untersuchung nicht objektivieren und liegt nicht vor. Eine Blindheit oder Taubblindheit liegt nicht.

8. Die Nierenfunktionseinschränkung bei Zustand nach akutem Nierenversagen ohne Hinweis auf Komplikationen sowie Fehlen von Dekompensationszeichen wirkt sich auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nicht auf erhebliche Weise negativ aus. Eine Refluxerkrankung sowie ein Zustand nach Gallenblasenentfernung wirken sich nicht negativ auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel aus. Ein Zustand nach tiefer Venenthrombose am Oberarm wirkt sich bei Fehlen von Komplikationen, unauffälligem Folgezustand sowie unauffälliger Beweglichkeit an den oberen Extremitäten nicht negativ auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel aus. Die objektivierbare Adipositas, bei einer Größe von 182 cm wird derzeit ein Körpergewicht von 82-85 kg angegeben, wirkt sich nicht negativ auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel aus. Die berichteten Schmerzzustände in den Fingern, Ellenbogen- sowie Kniegelenken beidseits ohne objektivierbare Einschränkungen der Gelenksfunktion (eine medikamentöse Bedarfstherapie zu Behandlung der Schmerzen ist etabliert) wirken sich nicht auf erhebliche Weise negativ auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel aus.

Bei Fehlen maßgeblicher funktioneller Einschränkungen der Gelenke der unteren Extremitäten sowie Fehlen maßgeblicher Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und bei ohne Hilfsmittelverwendung flüssigem und sicherem Gangbild, ist die BF in der Lage, eine kurze Wegstrecke von rund 300-400 m aus eigener Kraft zurückzulegen. Die berichtete fallweise auftretende Schmerzsymptomatik in den Kniegelenken ohne Hinweis auf Funktionseinschränkungen erschwert das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke von rund 300-400 m aus eigener Kraft nicht auf maßgebliche Weise.

Die BF leidet an einem Morbus Crohn, einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung, welche 1997 diagnostiziert wurde. Bei Zustand nach Dünndarmteilresektion und Kurzdarmsyndrom wird von der BF anamnestisch eine erhöhte Stuhlentleerungsfrequenz sowie eine Durchfallneigung berichtet. Bei entzündlicher Darmerkrankung liegen keine chirurgischen Behandlungs- und Kontrollberichte sowie keine manometrische Untersuchung der Schließmuskulatur des Enddarms vor. Laut Angaben der BF sei die letzte Druckuntersuchung der Schließmuskulatur des Darmes vor etwa 8-9 Jahren erfolgt. Der Befund sei laut der BF unauffällig gewesen und habe keine Pathologien der Schließmuskulatur gezeigt (ein Befund dieser Untersuchung liegt nicht vor). In den einzigen beiden vorliegenden Befunden der 2. Medizinischen Abteilung des XXXX vom 8. März 2018 sowie vom 1. August 2018 (weitere Befunde liegen nicht vor) ist eine Stuhlinkontinenz nicht beschrieben.

Die angegebene sehr hohe Stuhlfrequenzhäufigkeit mit persistierenden Durchfällen ist mit dem vorliegenden guten Ernährungszustand nicht in Einklang zu bringen. Darüber hinaus liegen keine Befundberichte vor, welche eine relevante Stuhlinkontinenz eindeutig belegen. Eine diesbezügliche Unvorhersehbarkeit und Unabwendbarkeit sowie Unkontrollierbarkeit der Stuhlfrequenz ist daher nicht ausreichend begründbar. Zusammenfassend wirkt sich die dokumentierte chronisch-entzündliche Darmerkrankung mit berichteter erhöhter Stuhlentleerungsfrequenz, jedoch ohne Hinweis auf Stuhlinkontinenz, auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nicht auf erhebliche Weise negativ aus.

9. Stellungnahme zum Beschwerdevorbringen: Laut Schreiben des Vereins Chronisch Krank vom 1. Oktober 2018 würde der Ambulanzbefund der 2. Medizinischen Abteilung des XXXX vom 8. März 2018 eine höhergradige Stuhlinkontinenz befundmäßig belegen. Die BF sei seit 1997 an dieser Abteilung aufgrund des Morbus Crohn in Behandlung. Eindeutig bestätigt sei in diesem Befund, dass eine hohe Stuhlfrequenz bis zu 30 mal am Tag (flüssig und imperativ) vorliegen würde und auch keine Besserung der Situation zu erwarten sei. Es liege somit eindeutig eine bestehende höhergradige Stuhlinkontinenz vor.

Der vorliegende Ambulanzbericht der 2. Medizinischen Abteilung vom 8. März 2018 beschreibt eine Durchfallneigung bei einer Frequenz von 20-30 mal pro Tag. Der vorliegende Befundbericht beschreibt keine Schließmuskelschwäche und auch keine Stuhlinkontinenz. Auch der Ambulanzbericht der 2. Medizinischen Abteilung vom 1. August 2018 beschreibt keine maßgebliche Stuhlinkontinenz.

Vorliegend ist ein Einspruchsschreiben der BF vom 2. August 2018. Laut diesem würde die BF in guten Zeiten 15-18 mal und in schlechten Zeiten bis zu 30 mal täglich das WC aufsuchen. Sie würde zu jedem Arzt mit dem PKW gebracht werden, da es ihr nicht möglich sei, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren. Weiters vorliegend ist ein Schreiben des Vereins Chronisch Krank vom 3. August 2018, in welchem angeführt wird, dass die BF unter einer hohen

Stuhlfrequenz (bis zu 30 mal am Tag) leide und einer sehr zeitintensiven und speziellen Analpflege bedürfe und eine Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel bestehe. Da der Zustand schon seit über 10 Jahren bestehe und trotz Therapie nach Goldstandard keine Besserung zu erwarten sei, wurde der Pass beantragt.

Die vorliegenden Ambulanzberichte der 2. Medizinischen Abteilung des XXXX vom 8. März 2018 sowie vom 1.August 2018 beschreiben eine subjektiv berichtete erhöhte Stuhlfrequenz von bis zu 30 mal pro Tag bei Durchfallneigung. Befunde, welche eine maßgebliche Schließmuskelschwäche bzw. eine relevante Stuhlinkontinenz eindeutig dokumentieren, liegen nicht vor. Auch wurden im Rahmen der nunmehrigen Untersuchung keine weiteren gastroenterologischen Befunde vorgelegt.

10. Im Vergleich zum Sachverständigengutachten von Herrn Dr. XXXX vom 9. Juli 2018 ergeben sich keine Änderungen der Einschätzung. Auch unter Berücksichtigung der medikamentös behandelten chronisch entzündlichen Darmerkrankung mit Zustand nach Dünndarmteilresektion und Kurzdarmsyndrom sowie der Stuhlunregelmäßigkeiten und der berichteten erhöhten Stuhlentleerungsfrequenz, bei jedoch Fehlen einer relevanten Stuhlinkontinenz, liegen die Voraussetzungen für die beantragte Zusatzeintragung "Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel" derzeit nicht vor.

11. Eine ärztliche Nachuntersuchung ist nicht erforderlich.

....."

8. Das eingeholte medizinische Sachverständigengutachten von Dr.

XXXX vom 26.6.2019 wurde dem Parteiengehör unterzogen. Die BF bezog

sich dazu auf den ambulanten Patientenbrief des Donauspitalzentrums,

in dem eine relevante Stuhlinkontinenz bestätigt werde. Dieser

Befund vom 2.8.2019 sei zu berücksichtigen.

In dem genannten Befund wurde Nachfolgendes ausgeführt:

"....

Diagnosen:

Morbus Crohn ED 1997 mit St.p. Dünndarmteilresektion und Kurzdarmsyndrom

-

Entzündl. Veränderungen 20cm term. Ileum 12/17

Funktionejte Stenose 10 cm im terminalen Ileum 12/2017 Laufende Therapie mit Adalimumab

Rektovaginaie Fistel seit 2015 i.O.

MR 01/18: kein Fistelgang abgrenzbar

Chron. Niereninsuffizienz - Z.n. akutem Nierenversagen 0512017

Einschränkungen:

Die Patientin leidet i.R. ihrer Grunderkrankung an einer relevanten Stuhlinkontinenz, welche mit unkontrollierbaren, nicht vorhersehbaren Stuhlabgängen vergesellschaftet ist und unterliegt daher daraus entstehenden Einschränkungen, insbesondere betreffend die Benutzung öffentlicher Einrichtungen, Verkehrsmittel, etc.

Derzeitige Therapie:

HUMIRA 40 mg - Inj-Lsg i. Fertigpen (0,4 ml) 1x/Woche

PANTOLOX 40mg - Filmtablette 1000

MAXI-KALZ 1000mg - Brausetabletten 1000

MAGNOSOLV - Granulat jeden 3. Tag

OLEOVIT D3 - Tropfen 0000 40gtt, Mi + So

Enterobene gelegentlich

Zofran 8mg

Bei Rückfragen erreichen Sie uns ....."

9. In der Folge forderte das Bundesverwaltungsgericht die BF unter Einräumung einer Frist auf, aktuelle medizinische Befunde zum Beweis ihres Vorbringens zu übermitteln, aus denen ziffernmäßig hervorgehe, wie hoch die tägliche Frequenz der relevanten unkontrollierbaren unvorhersehbaren Stuhlgänge sei. Die BF sah von der Vorlage eines solchen vom Bundesverwaltungsgericht eingeforderten Befundes ab.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1. Feststellungen:

1.1. Die BF erfüllt die allgemeinen Voraussetzungen für die Ausstellung eines Behindertenpasses. Die BF hat ihren Wohnsitz im Inland. Der Gesamtgrad der Behinderung der BF beträgt 60 v.H. Der BF wurde ein unbefristeter Behindertenpass mit einem Grad der Behinderung von 60 v.H ausgestellt.

1.2. Seit 1997 ist bekannt, dass die BF unter einer Morbus Crohn-Erkrankung leidet. Sie musste sich einer Dünndarmteilresektion unterziehen. Die BF beantragte mit Antrag vom 12.3.2018 die Zusatzeintragung "Dem Inhaber des Passes ist die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung nicht zumutbar". Die belangte Behörde holte das oben wiedergegebene Sachverständigengutachten von Dr. XXXX , Arzt für Allgemeinmedizin, vom 8.7.2018 ein, das auf einer persönlichen Untersuchung der BF beruhte, samt Ergänzung vom 20.8.2019. Die BF wies bei einer Körpergröße von 182,00cm ein Körpergewicht von 85kg bei einer Morbus Crohn-Erkrankung mit einem Zustand nach einer Dünndarmteilresektion auf. Eine maßgebliche, höhergradige Stuhlinkontinenz lag nicht vor.

1.3.Nach Beschwerdeerhebung gegen den abweisenden Bescheid der belangten Behörde vom 1.10.2018 wurde vom Bundesverwaltungsgericht ein weiteres oben wiedergegebenes, medizinisches Sachverständigengutachten von Dr. XXXX , Arzt für Allgemeinmedizin, eingeholt. Bei der chronisch entzündlichen Darmerkrankung der BF liegt keine Pathologie der Schließmuskulatur vor. Die BF leidet an keiner relevanten Stuhlinkontinenz. Die BF weist auch einen guten Ernährungszustand auf. Eine Unvorhersehbarkeit und Unabwendbarkeit sowie Unkontrollierbarkeit der Stuhlfrequenz ist mit ihrer Darmerkrankung nicht verbunden. Die BF hat keine erheblichen Einschränkungen der unteren und oberen Extremitäten und der körperlichen Belastbarkeit. Sie hat auch keine erheblichen Einschränkungen der psychischen, neurologischen oder intellektuellen Fähigkeiten. Sie leidet an keiner schwer anhaltenden Erkrankung des Immunsystems. Es liegt bei ihr auch keine hochgradige Sehbehinderung oder Blindheit oder Taubblindheit vor. Die Schmerzzustände wirken sich nicht erheblich negativ auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel aus. Die BF leidet unter keiner relevanten Harninkontinenz.

1.4. Die BF kann kurze Wegstrecken (300-400 Meter) ohne Unterbrechung und ohne fremde Hilfe zurücklegen. Das Ein- und Aussteigen und der sichere Transport in einem öffentlichen Verkehrsmittel sind gewährleistet.

1.5.Der BF ist die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel möglich.

2. Beweiswürdigung:

Die Feststellungen zu den allgemeinen Voraussetzungen ergeben sich aus dem vorgelegten Verwaltungsakt. Zudem wurden schlüssige medizinische Sachverständigengutachten vom 8.7.2018 in Verbindung mit der nachvollziehbaren Ergänzung vom 20.8.2018 von Dr. XXXX , Arzt für Allgemeinmedizin, durch die belangte Behörde und ein schlüssiges medizinisches Sachverständigengutachten von Dr. XXXX , Arzt für Allgemeinmedizin, vom 26.6.2019 durch das Bundesverwaltungsgericht eingeholt.

Zu den Auswirkungen der festgestellten Darmerkrankung im Hinblick auf den beantragten Zusatzvermerk "Dem Inhaber des Passes ist die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung nicht zumutbar" wurde in den genannten schlüssigen Sachverständigengutachten ausführlich Stellung genommen. Die getroffenen Einschätzungen basieren auf einer persönlichen Untersuchung der BF durch die genannten Sachverständigen mit erhobenen klinischen Befunden. Die schlüssigen und nachvollziehbaren gutachterlichen Äußerungen entsprechen den festgestellten Funktionseinschränkungen. Die Gutachter haben sich auch mit den vorgelegten Befunden nachvollziehbar und ausführlich auseinandergesetzt.

Die tägliche Stuhlfrequenz wurde von der BF bei der persönlichen Untersuchung durch Dr. XXXX am 2.7.2018 mit 10-15

pro Tag beziffert. In ihrer Beschwerde vom 2.8.2018 berichtete die BF wiederum von Stuhlgängen 15-18x/Tag in guten Zeiten und in schlechten von bis zu 30x/Tag. Abgesehen davon, dass bereits diese Angaben nicht übereinstimmen, stehen sie auch im Widerspruch zu den Ausführungen im von der BF vorgelegten ambulanten Patientenbriefen vom 8.3.2018 und 1.8.2018 des Donauspitals. Während im genannten Patientenbrief vom 8.3.2018 laut Patientenangabe eine Diarrhoe mit 20-30x/d vorliege, wobei eine Besserung der Beschwerden (Stuhlverhalten) auf Dauer nicht suffizient möglich sei, wurde im Patientenbrief vom 1.8.2018 eine weiterhin bestehende hohe Stuhlfrequenz von bis zu 30x/angeführt und daraus die Schlussfolgerung gezogen, dass bei einem über 10 Jahre bestehenden Zustand von einem Anhalten der Stuhlfrequenz auszugehen sei. Würde den Angaben der BF bei der persönlichen Untersuchung durch Dr. XXXX mit einer täglichen Stuhlfrequenz von 10-15 pro Tag gefolgt, wäre jedoch eine beträchtliche Besserung innerhalb kurzer Zeit eingetreten. Nach Angaben der BF bei der persönlichen Untersuchung durch Dr. XXXX benötigt sie angesichts ihrer Darmerkrankung nur 3-4 Vorlagen pro Tag. Schlüssig legte der medizinische Sachverständige Dr. XXXX im seinem nachvollziehbaren Gutachten dar, dass die von der BF angegebene sehr hohe Stuhlfrequenzhäufigkeit mit persistierenden Durchfällen auch nicht mit dem vorliegenden guten Ernährungszustand in Einklang zu bringen ist. Die BF wiegt bei einer Größe von 182 cm zwischen 82-84 kg. Eine Unvorhersehbarkeit und Unabwendbarkeit sowie Unkontrollierbarkeit der Stuhlfrequenz auf Grund ihrer Darmerkrankung ist daher nicht ausreichend begründbar. Die BF hat auch keine maßgebliche Schließmuskulaturschwäche und keine relevante Stuhlinkontinenz mit befundmäßig belegter Stuhlfrequenz. Die Ambulanzberichte vom 8.3.2018 und 1.8.2019 führen zudem eine subjektiv berichtete erhöhte Stuhlfrequenz an. Sie beruhte auf subjektiven - tatsächlich objektiv nicht überprüfbaren - Angaben.

Da auch aus dem zuletzt vorgelegten ambulanten Patientenbrief vom 2.8.2019 keine objektiv überprüfbare Angabe zur unvorhersehbaren, unabwendbaren und unkontrollierbaren Stuhlfrequenz hervorging, erging unter Fristsetzung die Aufforderung des Bundesverwaltungsgerichts, aktuelle medizinische Befunde zum Beweis ihres Vorbringens vorzulegen, aus denen ziffernmäßig hervorgeht, wie hoch die tägliche Frequenz der relevanten unkontrollierbaren unvorhersehbaren Stuhlgänge ist. Dieser Aufforderung kam die BF bis jetzt nicht nach.

Bei der BF liegt auch keine derart schwere Art der Erkrankung mit annährend häufigen, imperativen Stuhlgang, der weder vorhersehbar noch beeinflussbar noch mit Flatulenzen verbunden ist, vor, bei der von einer Offenkundigkeit der Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel auszugehen wäre (vgl VwGH 21.4.2016, Ra 2016/11/0018).

Eine derart schwere Morbus Chron-Erkrankung - verbunden mit der Unmöglichkeit den Stuhlgang zu halten, welche zu erheblichen Erschwernis der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel führen könnte, konnte - wie den oben angeführten schlüssigen medizinischen Sachverständigengutachten, die von der belangten Behörde und dem Bundesverwaltungsgericht eingeholt wurde, zu entnehmen ist - basierend auf persönlichen Untersuchungen der BF nicht objektiviert werden.

3. Rechtliche Beurteilung:

Gemäß § 6 des Bundesgesetzes über die Organisation des Bundesverwaltungsgerichtes (Bundesverwaltungsgerichtsgesetz - BVwGG) entscheidet das Bundesverwaltungsgericht durch Einzelrichter, sofern nicht in Bundes- oder Landesgesetzen die Entscheidung durch Senate vorgesehen ist.

Gemäß § 45 Abs. 3 BBG hat in Verfahren auf Ausstellung eines Behindertenpasses, auf Vornahme von Zusatzeintragungen oder auf Einschätzung des Grades der Behinderung die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts durch den Senat zu erfolgen.

Gegenständlich liegt somit Senatszuständigkeit vor.

Das Verfahren der Verwaltungsgerichte mit Ausnahme des Bundesfinanzgerichtes ist durch das Bundesgesetz über das Verfahren der Verwaltungsgerichte (Verwaltungsgerichts-verfahrensgesetz - VwGVG) geregelt (§ 1 leg.cit.).

Gemäß § 17 VwGVG sind, soweit in diesem Bundesgesetz nicht anderes bestimmt ist, auf das Verfahren über Beschwerden gemäß Art. 130 Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) die Bestimmungen des AVG mit Ausnahme der §§ 1 bis 5 sowie des IV. Teiles und im Übrigen jene verfahrensrechtlichen Bestimmungen in Bundes- oder Landesgesetzen sinngemäß anzuwenden, die die Behörde in dem dem Verfahren vor dem Verwaltungsgericht vorangegangenen Verfahren angewendet hat oder anzuwenden gehabt hätte.

Gemäß § 28 Abs. 2 VwGVG hat das Verwaltungsgericht dann in der Sache selbst zu entscheiden, wenn der maßgebliche

Sachverhalt feststeht oder die Feststellung des maßgeblichen Sachverhalts durch das Verwaltungsgericht selbst im Interesse der Raschheit gelegen oder mit einer erheblichen Kostenersparnis verbunden ist. In der gegenständlichen Sachverhaltskonstellation liegen die Voraussetzungen für eine meritorische Entscheidung vor (Vgl. VwGH vom 26.06.2014, Zl. Ro 2014/03/0063; VwGH vom 10.09.2014, Zl. Ra 2014/08/0005).

3.1. Zu Spruchpunkt A)

Gemäß § 1 Abs. 2 BBG ist unter Behinderung im Sinne dieses Bundesgesetzes die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen zu verstehen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten.

Gemäß § 40 Abs. 1 BBG ist behinderten Menschen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland und einem Grad der Behinderung oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50% auf Antrag vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen (§ 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.

Gemäß § 40 Abs. 2 BBG ist behinderten Menschen, die nicht dem im Abs. 1 angeführten Personenkreis angehören, 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.

Gemäß § 41 Abs. 2 BBG gilt als Nachweis für das Vorliegen der im § 40 genannten Voraussetzungen der letzte rechtskräftige Bescheid eines Rehabilitationsträgers (§ 3), 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, 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 vorliegt.

Gemäß § 42 Abs. 1 BBG hat der Behindertenpass den Vornamen sowie den Familien- oder Nachnamen, das Geburtsdatum eine allfällige Versicherungsnummer und den 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.

Gemäß § 42 Abs. 2 BBG ist der Behindertenpass unbefristet auszustellen, wenn keine Änderung in den Voraussetzungen zu erwarten ist.

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

Gemäß § 45 Abs. 2 BBG ist ein Bescheid 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.

Gemäß § 47 BBG ist der Bundesminister für Arbeit und Soziales ermächtigt, mit Verordnung die näheren Bestimmungen über den nach § 40 auszustellenden Behindertenpaß und damit verbundene Berechtigungen festzusetzen.

Die Verordnung über die Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen,BGBl. II 495/2013, wurde mit BGBl II Nr. 263/2016 novelliert. Gemäß § 5 Abs. 3 der Novelle ist § 1 dieser Verordnung mit Ablauf des 21.09.2016 in Kraft getreten.

Gemäß § 1 Abs. 1 der Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz über die Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen (Verordnung über die Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen), BGBl. II Nr. 495/2013 idgF, ist der Behindertenpass mit einem 35 x 45 mm großen Lichtbild auszustatten und hat zu enthalten:

1. den Familien- oder Nachnamen, den Vornamen, den akademischen Grad oder die Standesbezeichnung und das Geburtsdatum des Menschen mit Behinderung;

2. die Versicherungsnummer;

3. den Grad der Behinderung oder die Minderung der Erwerbsfähigkeit;

4. eine allfällige Befristung.

Gemäß § 1 Abs. 2 Z 3 Verordnung über die Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen ist auf Antrag des Menschen mit Behinderung jedenfalls die Feststellung einzutragen, dass dem Inhaber/der Inhaberin des Passes die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung nicht zumutbar ist; die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel ist insbesondere dann nicht zumutbar, wenn das 36. Lebensmonat vollendet ist und

-

erhebliche Einschränkungen der Funktionen der unteren Extremitäten oder

-

erhebliche Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit oder

-

erhebliche Einschränkungen psychischer, neurologischer oder intellektueller Fähigkeiten, Funktionen oder

-

eine schwere anhaltende Erkrankung des Immunsystems oder

-

eine hochgradige Sehbehinderung, Blindheit oder Taubblindheit nach § 1 Abs. 2 Z 1 lit. b oder d

vorliegen.

Gemäß § 1 Abs. 3 der Verordnung über die Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen bildet die Grundlage für die Beurteilung, ob die Voraussetzungen für die in

§ 1 Abs. 2 genannten Eintragungen erfüllt sind, ein Gutachten eines ärztlichen Sachverständigen des Bundessozialamtes. Soweit es zur ganzheitlichen Beurteilung der Funktionsbeeinträchtigungen erforderlich erscheint, können Experten/Expertinnen aus anderen Fachbereichen beigezogen werden. Bei der Ermittlung der Funktionsbeeinträchtigungen sind alle zumutbaren therapeutischen Optionen, wechselseitigen Beeinflussungen und Kompensationsmöglichkeiten zu berücksichtigen.

In den auf der Homepage des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz veröffentlichten Erläuterungen zur oben genannten Verordnung wird auszugsweise Folgendes ausgeführt:

Zu § 1 Abs. 2 (auszugsweise):

Abs. 2 unterscheidet zwei Arten von Eintragungen; solche, die die Art der Behinderung des Passinhabers/der Passinhaberin betreffen und jene, die Feststellungen über Erfordernisse des Menschen mit Behinderung im täglichen Leben treffen, etwa die behinderungsbedingte Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel.

Zu § 1 Abs. 2 Z 3 (auszugsweise):

Mit der vorliegenden Verordnung sollen präzisere Kriterien für die Beurteilung der Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel festgelegt werden. Die durch die Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes bisher entwickelten Grundsätze werden dabei berücksichtigt.

Grundsätzlich ist eine Beurteilung nur im Zuge einer Untersuchung des Antragstellers/der Antragstellerin möglich. Im Rahmen der Mitwirkungspflicht des Menschen mit Behinderung sind therapeutische Möglichkeiten zu berücksichtigen. Therapierefraktion - das heißt keine therapeutische Option ist mehr offen - ist in geeigneter Form nachzuweisen. Eine Bestätigung des Hausarztes/der Hausärztin ist nicht ausreichend.

Durch die Verwendung des Begriffes "dauerhafte Mobilitätseinschränkung" hat schon der Gesetzgeber (StVO-Novelle) zum Ausdruck gebracht, dass es sich um eine Funktionsbeeinträchtigung handeln muss, die zumindest 6 Monate andauert. Dieser Zeitraum entspricht auch den grundsätzlichen Voraussetzungen für die Erlangung eines Behindertenpasses.

Nachfolgende Beispiele und medizinische Erläuterungen sollen besonders häufige, typische Fälle veranschaulichen und richtungsgebend für die ärztlichen Sachverständigen bei der einheitlichen Beurteilung seltener, untypischer ähnlich gelagerter Sachverhalte sein. Davon abweichende Einzelfälle sind denkbar und werden von den Sachverständigen bei der Beurteilung entsprechend zu begründen sein.

Die Begriffe "erheblich" und "schwer" werden bereits jetzt in der Einschätzungsverordnung je nach Funktionseinschränkung oder Erkrankungsbild verwendet und sind inhaltlich gleich bedeutend.

Unter erheblicher Einschränkung der Funktionen der unteren Extremitäten sind ungeachtet der Ursache eingeschränkte Gelenksfunktionen, Funktionseinschränkungen durch Erkrankungen von Knochen, Knorpeln, Sehnen, Bändern, Muskeln, Nerven, Gefäßen, durch Narbenzüge, Missbildungen und Traumen zu verstehen.

Zusätzlich vorliegende Beeinträchtigungen der oberen Extremitäten und eingeschränkte Kompensationsmöglichkeiten sind zu berücksichtigen. Eine erhebliche Funktionseinschränkung wird in der Regel ab einer Beinverkürzung von 8 cm vorliegen.

Erhebliche Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit betreffen vorrangig cardiopulmonale Funktionseinschränkungen. Bei den folgenden Einschränkungen liegt jedenfalls eine Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel vor:

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

© 2026 JUSLINE
JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.
www.jusline.at