

TE Bvwg Erkenntnis 2026/1/28 W207 2318225-1

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 28.01.2026

Entscheidungsdatum

28.01.2026

Norm

Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen §1

BBG §42

BBG §45

B-VG Art133 Abs4

1. § 1 heute
 2. § 1 gültig ab 22.09.2016 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 263/2016
 3. § 1 gültig von 01.01.2014 bis 21.09.2016
-
1. BBG § 42 heute
 2. BBG § 42 gültig ab 19.07.2024zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 98/2024
 3. BBG § 42 gültig von 01.04.2017 bis 18.07.2024zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 120/2016
 4. BBG § 42 gültig von 12.08.2014 bis 31.03.2017zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 66/2014
 5. BBG § 42 gültig von 01.01.2003 bis 11.08.2014zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002
 6. BBG § 42 gültig von 01.07.1994 bis 31.12.2002zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994
 7. BBG § 42 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 26/1994
 8. BBG § 42 gültig von 01.07.1990 bis 31.12.1993
-
1. BBG § 45 heute
 2. BBG § 45 gültig ab 19.07.2024zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 98/2024
 3. BBG § 45 gültig von 12.08.2014 bis 18.07.2024zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 66/2014
 4. BBG § 45 gültig von 01.06.2014 bis 11.08.2014zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2013
 5. BBG § 45 gültig von 01.01.2014 bis 31.05.2014zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 71/2013
 6. BBG § 45 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2013zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 51/2012
 7. BBG § 45 gültig von 01.01.2011 bis 31.12.2013zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 111/2010
 8. BBG § 45 gültig von 01.01.2003 bis 31.12.2010zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002
 9. BBG § 45 gültig von 01.09.1999 bis 31.12.2002zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 177/1999
 10. BBG § 45 gültig von 01.07.1994 bis 31.08.1999zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994
 11. BBG § 45 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 26/1994
 12. BBG § 45 gültig von 01.07.1990 bis 31.12.1993
-
1. B-VG Art. 133 heute

2. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2019 bis 24.05.2018 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 2318225-1/4E

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 Mag. Gerald SOMMERHUBER als Beisitzende über die Beschwerde von XXXX, geboren am XXXX, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 20.06.2025, OB: XXXX, betreffend Abweisung des Antrages auf Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung“ in den Behindertenpass, zu Recht erkannt: Das Bundesverwaltungsgericht hat durch den Richter Mag. Michael SCHWARZGRUBER als Vorsitzender und die Richterin Mag. Natascha GRUBER sowie den fachkundigen Laienrichter Mag. Gerald SOMMERHUBER als Beisitzende über die Beschwerde von römisch 40, geboren am römisch 40, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 20.06.2025, OB: römisch 40, betreffend Abweisung des Antrages auf Vornahme der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung“ in den Behindertenpass, zu Recht erkannt:

A)

Die Beschwerde wird gemäß § 42 Abs. 1 und § 45 Abs. 1 und 2 Bundesbehindertengesetz (BBG) und § 1 Abs. 4 Z 3 der Verordnung über die Ausstellung von Behindertenpässen und Parkausweisen als unbegründet abgewiesen. Die Beschwerde wird gemäß Paragraph 42, Absatz eins und Paragraph 45, Absatz eins und 2 Bundesbehindertengesetz (BBG) und Paragraph eins, Absatz 4, Ziffer 3, der Verordnung über die Ausstellung von Behindertenpässen und Parkausweisen als unbegründet abgewiesen.

B)

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

Text

Entscheidungsgründe:

I. Verfahrensgang: römisch eins. Verfahrensgang:

Die Beschwerdeführerin stellte am 13.04.2022 beim Sozialministeriumservice (in der Folge auch als belangte Behörde bezeichnet) einen Antrag auf Ausstellung eines Ausweises gemäß § 29b StVO 1960 (Parkausweis für Menschen mit Behinderung), der entsprechend dem von der Beschwerdeführerin unterfertigten Antragsformular für den – auf die Beschwerdeführerin zutreffenden – Fall, dass sie nicht über einen Behindertenpass mit der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel“ verfügt, auch als Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses und auf Vornahme der genannten Zusatzeintragung in den Behindertenpass gilt. Dem Antrag legte sie ein Konvolut an medizinischen Unterlagen sowie einen Nachweis bezüglich der akademischen Grade bei. Die Beschwerdeführerin stellte am 13.04.2022 beim Sozialministeriumservice (in der Folge auch als belangte Behörde

bezeichnet) einen Antrag auf Ausstellung eines Ausweises gemäß Paragraph 29 b, StVO 1960 (Parkausweis für Menschen mit Behinderung), der entsprechend dem von der Beschwerdeführerin unterfertigten Antragsformular für den – auf die Beschwerdeführerin zutreffenden – Fall, dass sie nicht über einen Behindertenpass mit der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel“ verfügt, auch als Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses und auf Vornahme der genannten Zusatzeintragung in den Behindertenpass gilt. Dem Antrag legte sie ein Konvolut an medizinischen Unterlagen sowie einen Nachweis bezüglich der akademischen Grade bei.

Die belangte Behörde holte in der Folge zunächst ein Sachverständigengutachten eines Arztes für Allgemeinmedizin auf Grundlage der Bestimmungen der Anlage zur Einschätzungsverordnung vom 23.06.2022, basierend auf einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin am 14.06.2022, ein, in dem die Funktionseinschränkungen 1. „Rheumatoide Polyarthrits“, bewertet nach der Positionsnummer 02.02.02 der Anlage zur Einschätzungsverordnung mit einem Einzelgrad der Behinderung von 30 v.H. (Begründung für den gewählten Rahmensatz: „Wahl dieser Position mit dem unteren Rahmensatz, da Mehrgelenksbeteiligung, jedoch unter Dauermedikation stabilisiert, bei geringen Funktionseinbußen.“), und 2. „Karpaltunnelsyndrom links“, bewertet nach der Positionsnummer 04.05.06 der Anlage zur Einschätzungsverordnung mit einem Einzelgrad der Behinderung von 10 v.H. (Begründung für den gewählten Rahmensatz: „Unterer Rahmensatz, da leichtgradige sensible Ausfälle“), sowie ein Gesamtgrad der Behinderung von 30 v.H. festgestellt wurden. Zur Frage der Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wurde Folgendes festgehalten: „Es liegen keine erheblichen Einschränkungen der Extremitäten vor. Das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke von 300-400m und das Überwinden üblicher Niveauunterschiede sind zumutbar, der sichere Transport ist möglich. Niveauunterschiede können überwunden werden, da die Beugefunktion im Bereich der Hüft, Knie- und Sprunggelenke ausreichend ist und das sichere Ein- und Aussteigen gewährleistet sind. Bei genügender Funktionsfähigkeit der oberen Extremitäten ist das Festhalten beim Ein- und Aussteigen sowie die Möglichkeit Haltegriffe zu erreichen und sich anzuhalten, genügend, der Transport in öffentlichen Verkehrsmitteln ist daher gesichert durchführbar.“

Mit Schreiben der belangten Behörde vom 24.06.2022 wurde die Beschwerdeführerin über das Ergebnis der Beweisaufnahme in Kenntnis gesetzt. Das eingeholte Gutachten vom 23.06.2022 wurde der Beschwerdeführerin mit diesem Schreiben übermittelt. Der Beschwerdeführerin wurde in Wahrung des Parteienghört die Gelegenheit eingeräumt, binnen zwei Wochen ab Zustellung des Schreibens eine Stellungnahme abzugeben.

Am 08.07.2022 brachte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme ein, in der sie sich im Wesentlichen gegen die Einstufung des Leidens 1 wendete und zusammengefasst ausführte, dass bei ihr eine Mehrgelenks- und Weichteilbeteiligung sowie zusätzliche degenerative Veränderungen bestehen würden, welche zu erheblichen dauerhaften Funktionseinbußen führen würden. Das Entzündungsgeschehen sei bisher nicht zum Stillstand gekommen und die persistierenden entzündungsbedingten Schmerzen müssten mit Tramadol gemildert werden. Darüber hinaus würden die Medikamente Ebetrexat und Cimzia immunsupprimierend wirken, was die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel verunmögliche. Des Weiteren sei das Sulcus nervi ulnaris Syndrom links, welches das sichere Greifen und Halten von Gegenständen beeinträchtige, nicht berücksichtigt worden. Sie benütze keine Gehhilfen, da sie dafür nicht die nötige Stützfunktion der oberen Extremitäten aufbringen könne. Schließlich wendete sich die Beschwerdeführerin noch gegen die durchgeführte Untersuchung und führte aus, dass die ausgewiesenen Untersuchungen überwiegend nicht vorgenommen worden seien. Die Kurzatmigkeit sei nicht dokumentiert worden und die Beurteilung des Gangbildes sei anhand einer Wegstrecke von maximal 10 Metern erfolgt. Der Stellungnahme wurden weitere medizinische Unterlagen beigelegt.

Aufgrund der erhobenen Einwendungen und der neu vorgelegten Befunde holte die belangte Behörde in der Folge ein weiteres Sachverständigengutachten des bereits befassten Arztes für Allgemeinmedizin, basierend auf der Aktenlage, vom 27.07.2022 ein, in dem die Funktionseinschränkungen 1. „Polymyalgia Rheumatica sowie degenerative Gelenksabnützungen“, bewertet nach der Positionsnummer 02.02.02 der Anlage zur Einschätzungsverordnung mit einem Einzelgrad der Behinderung von 30 v.H. (Begründung für den gewählten Rahmensatz: „Wahl dieser Position mit dem unteren Rahmensatz, da Mehrgelenksbeteiligung, jedoch unter Dauermedikation stabilisiert, bei geringen Funktionseinbußen.“), 2. „Sulcus ulnaris Syndrom links“, bewertet nach der Positionsnummer 04.05.05 der Anlage zur Einschätzungsverordnung mit einem Einzelgrad der Behinderung von 10 v.H. (Begründung für den gewählten Rahmensatz: „Heranziehung dieser Position mit dem unteren Rahmensatz, da geringgradig ohne signifikante Muskelschwäche“), und 3. „Karpaltunnelsyndrom links“, bewertet nach der Positionsnummer 04.05.06 der Anlage zur

Einschätzungsverordnung mit einem Einzelgrad der Behinderung von 10 v.H. (Begründung für den gewählten Rahmensatz: „Unterer Rahmensatz, da leichtgradige sensible Ausfälle“), sowie ein Gesamtgrad der Behinderung von 30 v.H. festgestellt wurden. Zur Frage der Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wurde Folgendes festgehalten: „Die Antragswerberin nimmt gegen ihr rheumatische Leiden immunmodulierende Medikation. Ein hochgradiges Immundefizit, mit rezidivierenden, außergewöhnlichen Infektionen, welches einer schweren Erkrankung des Immunsystems gleichzusetzen wäre, ist dadurch aber nicht begründbar. Es liegen keine Befunde vor, die eine anhaltende, hochgradige Infektionsanfälligkeit mit rezidivierenden, außergewöhnlichen Infekten oder Problemkeimen dokumentieren.“

Mit Schreiben der belangten Behörde vom 27.07.2022 wurde die Beschwerdeführerin über das Ergebnis der Beweisaufnahme in Kenntnis gesetzt. Das eingeholte Aktengutachten vom selben Tag wurde der Beschwerdeführerin mit diesem Schreiben übermittelt. Der Beschwerdeführerin wurde in Wahrung des Parteiengleichs die Gelegenheit eingeräumt, binnen zwei Wochen ab Zustellung des Schreibens eine Stellungnahme abzugeben.

In Folge einer gewährten Fristerstreckung brachte die Beschwerdeführerin am 01.09.2022 eine mit 31.08.2022 datierte Stellungnahme ein, in der sie sich wiederum gegen die Einschätzung des Leidens 1 wendete und ausführte, dass dieses nicht therapeutisch stabilisiert sei. Sie leide unter fortschreitenden Gelenksdeformationen und massiven Schmerzen. Zudem leide sie an einer entzündlichen Stenose des terminalen Ileums. Aufgrund der immunsupprimierenden Medikamente könne sie keine öffentlichen Verkehrsmittel benützen. Sie gehöre zur Covid-19-Hochrisikogruppe und leide an rezidivierenden Infekten des Respirations- und Urogenitaltrakts. Im Übrigen wiederholte sie ihre Einwendungen aus der Stellungnahme vom 08.07.2022. Der Stellungnahme wurden medizinische Unterlagen angeschlossen.

Daraufhin holte die belangte Behörde ein weiteres medizinisches Sachverständigengutachten nunmehr einer Fachärztin für Unfallchirurgie und Ärztin für Allgemeinmedizin vom 08.12.2022, basierend auf einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin am 03.10.2022, ein, in dem die Funktionseinschränkungen 1. „Rheumatische und degenerative Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates“, bewertet nach der Positionsnummer 02.02.02 der Anlage zur Einschätzungsverordnung mit einem Einzelgrad der Behinderung von 30 v.H. (Begründung für den gewählten Rahmensatz: „Unterer Rahmensatz, da geringgradige funktionelle Einschränkung vor allem im Bereich der Schultergelenke und Kniegelenke und der Lendenwirbelsäule, unter medikamentöser Therapie stabilisiert, klinisch keine entzündliche Aktivität objektivierbar ist.“), 2. „Sulcus ulnaris Syndrom links“, bewertet nach der Positionsnummer 04.05.05 der Anlage zur Einschätzungsverordnung mit einem Einzelgrad der Behinderung von 10 v.H. (Begründung für den gewählten Rahmensatz: „Unterer Rahmensatz, da geringgradig ausgeprägt.“), und 3. „Karpaltunnelsyndrom links“, bewertet nach der Positionsnummer 04.05.06 der Anlage zur Einschätzungsverordnung mit einem Einzelgrad der Behinderung von 10 v.H. (Begründung für den gewählten Rahmensatz: „Unterer Rahmensatz, da geringgradig ausgiebig“), sowie ein Gesamtgrad der Behinderung von 30 v.H. festgestellt wurden. Die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wurde der Beschwerdeführerin als zumutbar erachtet.

Mit Bescheid der belangten Behörde vom 09.12.2022 wurde der Antrag der Beschwerdeführerin vom 13.04.2022 auf Ausstellung eines Behindertenpasses abgewiesen, da sie mit einem Grad der Behinderung von 30 % die Voraussetzungen nicht erfülle.

Gegen diesen Bescheid erhob die Beschwerdeführerin mit E-Mail vom 31.01.2023 Beschwerde, worin sie zusammengefasst ausführte, dass der Grad der Behinderung viel zu gering angesetzt worden sei und nicht der Einschätzungsverordnung entspreche. Die Biologika-Therapie habe wegen ungenügendem Ansprechen bereits mehrfach umgestellt werden müssen. Eine neuerliche Therapieumstellung scheitere derzeit an der Verfügbarkeit von Biologika, die die bestehende chronische Darmerkrankung nicht verschlimmern würden. Des Weiteren seien die erhöhte Infektanfälligkeit, die massiven Schmerzen, die rasche Ermüdbarkeit sowie die Morgensteifigkeit und Unbeweglichkeit nach längerem Sitzen, die das selbständige Aufstehen und das rechtzeitige Erreichen des Ausstieges in öffentlichen Verkehrsmitteln erschwere, nicht berücksichtigt worden. Zudem könne sie keine Haltegriffe erreichen und die nächste Bushaltestelle liege 300 Meter von ihrer Wohnung entfernt. Schließlich wendete sich die Beschwerdeführerin auch gegen die zuletzt durchgeführte Untersuchung. Der Beschwerde wurden weitere medizinische Beweismittel beigelegt.

Mit Beschluss des Bundesverwaltungsgerichts vom 09.06.2023, W218 2266471-1/4E, wurde der Bescheid vom

09.12.2022 behoben und die Angelegenheit gemäß § 28 Abs. 3 zweiter Satz VwGVG zur Erlassung eines neuen Bescheides an die belangte Behörde zurückverwiesen. Begründend führte das Bundesverwaltungsgericht aus, in der Begründung der Einstufung des Leidens 1 sei ausgeführt worden, dass die Funktionseinschränkung unter Medikation stabilisiert sei, obwohl einem vorliegenden rheumatologischen Befund zu entnehmen sei, dass die Krankheitsaktivität schwer zu beeinflussen sei. Für die Beurteilung wäre die Beiziehung eines Facharztes/einer Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie erforderlich gewesen. Auch sei nicht auf die Einwendungen, ob durch die bestehende Medikation ein Immundefekt vorliege, Bezug genommen worden. Mit Beschluss des Bundesverwaltungsgerichts vom 09.06.2023, W218 2266471-1/4E, wurde der Bescheid vom 09.12.2022 behoben und die Angelegenheit gemäß Paragraph 28, Absatz 3, zweiter Satz VwGVG zur Erlassung eines neuen Bescheides an die belangte Behörde zurückverwiesen. Begründend führte das Bundesverwaltungsgericht aus, in der Begründung der Einstufung des Leidens 1 sei ausgeführt worden, dass die Funktionseinschränkung unter Medikation stabilisiert sei, obwohl einem vorliegenden rheumatologischen Befund zu entnehmen sei, dass die Krankheitsaktivität schwer zu beeinflussen sei. Für die Beurteilung wäre die Beiziehung eines Facharztes/einer Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie erforderlich gewesen. Auch sei nicht auf die Einwendungen, ob durch die bestehende Medikation ein Immundefekt vorliege, Bezug genommen worden.

Daraufhin holte die belangte Behörde im fortgesetzten Verfahren ein Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Innere Medizin vom 30.10.2023, basierend auf einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin am 20.09.2023, ein, in dem die Funktionseinschränkungen 1. „axiale Spondylarthritis, degenerative Veränderungen an Stütz- und Bewegungsapparat“, bewertet nach der Positionsnummer 02.02.02 der Anlage zur Einschätzungsverordnung mit einem Einzelgrad der Behinderung von 30 v.H. (Begründung für den gewählten Rahmensatz: „unterer Rahmensatz, da unter Therapie keine maßgeblichen Schübe dokumentiert“), 2. „Sulcus ulnaris Syndrom“, bewertet nach der Positionsnummer 04.05.05 der Anlage zur Einschätzungsverordnung mit einem Einzelgrad der Behinderung von 10 v.H. (Begründung für den gewählten Rahmensatz: „unterer Rahmensatz, da geringfügig ausgeprägt.“), und 3. „Carpaltunnelsyndrom“, bewertet nach der Positionsnummer 04.05.06 der Anlage zur Einschätzungsverordnung mit einem Einzelgrad der Behinderung von 10 v.H. (Begründung für den gewählten Rahmensatz: „Unterer Rahmensatz, da Therapieoptionen bestehen“), sowie ein Gesamtgrad der Behinderung von 30 v.H. festgestellt wurden. Zur Frage der Zumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wurde Folgendes festgehalten: „Das Zurücklegen einer kurzen Wegstrecke, das Ein- und Aussteigen sowie den sicheren Transport in einem öffentlichen Verkehrsmittel ist, bei hierorts gutem Allgemein- und Ernährungszustand sowie freiem und ausreichend sicherem Gangbild, durch die vorliegenden Befunde nicht erheblich erschwert.“

Mit Schreiben der belangten Behörde vom 07.11.2023 wurde die Beschwerdeführerin über das Ergebnis der Beweisaufnahme in Kenntnis gesetzt. Das eingeholte Sachverständigengutachten vom 30.10.2023 wurde der Beschwerdeführerin mit diesem Schreiben übermittelt. Der Beschwerdeführerin wurde in Wahrung des Parteiengehörs die Gelegenheit eingeräumt, binnen zwei Wochen ab Zustellung des Schreibens eine Stellungnahme abzugeben. Die Beschwerdeführerin brachte innerhalb der gesetzten Frist keine Stellungnahme ein.

Mit Bescheid der belangten Behörde vom 11.12.2023 wurde der Antrag der Beschwerdeführerin vom 13.04.2022 auf Ausstellung eines Behindertenpasses abermals abgewiesen, da sie mit einem Grad der Behinderung von 30 % die Voraussetzungen nicht erfülle.

Gegen diesen Bescheid erhob die Beschwerdeführerin mit E-Mail vom 15.01.2024 Beschwerde, worin sie zusammengefasst ausführte, dass die belangte Behörde entgegen dem Auftrag des Bundesverwaltungsgerichtes kein rheumatologisches Gutachten eingeholt habe. Die beigezogene Gutachterin habe sich weder mit ihrem Vorbringen noch mit ihren Beschwerden auseinandergesetzt und die Sorgfalt hinsichtlich der Untersuchung sei bescheiden ausgefallen. Der Grad der Behinderung sei viel zu gering angesetzt und es sei nicht geprüft worden, wie sich ihre Gesundheitsschädigung auf die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel auswirke und mit welchen Schmerzen diese verbunden sei. Es sei auch außer Acht gelassen worden, dass ihr eine Fortbewegung nur langsam, ohne physiologisches Abrollen der Füße über die Großzehen, und nur mit der Möglichkeit zum Anlehen oder Anhalten möglich sei. Aufgrund der eingeschränkten Beweglichkeit nach längerem Sitzen sei das selbständige Aufstehen und Erreichen des Ausstiegs nur mit großem Zeitaufwand oder fremder Hilfe möglich. Aufgrund der Kraft- und Gefühlsstörungen im Bereich der oberen Extremitäten und der Bewegungseinschränkung der Schultergelenke sei auch ein sicheres Anhalten nicht möglich. Es sei nicht festgestellt worden, ab welcher Gehstrecke bzw. bei welchen

Bewegungsabläufen Schmerzen auftreten würden. Selbst die Bewältigung einer kurzen Wegstrecke von 300 Metern sei aufgrund von massiven Schmerzen und der raschen Ermüdbarkeit nicht möglich. Es sei nur eine Wegstrecke von 50 Metern zumutbar, schmerzfreies Gehen sei überhaupt nicht möglich. Der Beschwerde wurde ein weiterer medizinischer Befund beigelegt.

In der Folge holte das Bundesverwaltungsgericht zur Überprüfung des Beschwerdegegenstandes ein Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie vom 08.04.2024, basierend auf einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin am selben Tag, ein. In diesem medizinischen Sachverständigengutachten wurde – hier in den wesentlichen Teilen und in anonymisierter Form wiedergegeben – Folgendes ausgeführt:

„[...]“

Jetzige Beschwerden:

Pat. kommt langsam gehend schmerzgeplagt und sehr klagsam in die Ordination, sie legt sich ohne Aufforderung umgehend auf die Untersuchungsfläche, ob ihrer Schmerzen. Die Anamnese wird somit im Liegen erhoben und die Pat. steht erst nach Aufforderung zur körperlichen Untersuchung auf. Die Pat. beklagt Schmerzen in allen Gelenken – eine Besserung ist trotz der langjährigen Therapie mit Biologica und regelmäßiger rheumatologischer Kontrollen bis dato nicht eingetreten. Darüber hinaus schmerzt sie sitzen, aufgrund der chronischen Sacroileitis. Eine Besserung durch Bewegung (wie üblicherweise bei Sacroileitis) erfährt die Pat. allerdings nicht, vermeintlich aufgrund der zusätzlichen ausgeprägten degenerativen Beschwerden.

Des Weiteren beklagt die Pat. Parästhesien in Armen und Beinen, sowie Beschwerden auch in der Feinmotorik. Die Pat. kann teilweise keinen Stift halten und nicht unterschreiben. Ein Carpaltunnelsyndrom sowie ein Sulcus nervus ulnaris Syndrom sind laut NLG linksseitig vorliegend – bis dato wurde keine OP durchgeführt, eine ergotherapeutische Hilfsmittelversorgung liegt nicht vor (z.B.: Schienenanpassung).

Insgesamt scheint ein chronifiziertes Schmerzsyndrom im Vordergrund – anamnestisch ist die Pat. regelmäßig in der Schmerzambulanz des XXX vorstellig. Befund liegen bis auf ABL 95 keine vor. Insgesamt scheint ein chronifiziertes Schmerzsyndrom im Vordergrund – anamnestisch ist die Pat. regelmäßig in der Schmerzambulanz des römisch 30 vorstellig. Befund liegen bis auf ABL 95 keine vor.

Relevante Befunde aus dem Akt:

Befundbericht Dr. E., FA für Innere Medizin und Rheumatologie, 21.12.2023, ABL 152:

Axiale Spondylarthritis mit peripherer Gelenksbeteiligung

Chron. Sacroileitis bds.,

Befundbericht Dr. E., FA für Innere Medizin und Rheumatologie, 22.08.2022, ABL 124ff:

Axiale Spondylarthritis mit peripherer Gelenks- und Weichteilbeteiligung, chron. Sakroileitis bds.

Cimzia alle 2 Wochen und Ebetrexat

Befundbericht XXX, 22.06.2016, Rheumaambulanz, ABL 96: Befundbericht römisch 30, 22.06.2016, Rheumaambulanz, ABL 96:

In Betreuung des XXX seit 08/2015 wegen einer axialen SpA, Salazopyrin wurde 10/2015 bis in Betreuung des römisch 30 seit 08/2015 wegen einer axialen SpA, Salazopyrin wurde 10/2015 bis

03/2016 abgesetzt wegen fehlender Wirkung

Besuch Schmerzambulanz, 20.12.2028, ABL 93:

Chronifizierte Beschwerden

Empfehlung bei stechenden Gelenksbeschwerden mit: Novalgin, Vimovo, Gabapentin, Tramal, Pantoprazol, Akupunktur

Ultraschall Radiologie, 03.06.2022, ABL 80/50:

Sulcus nervus ulnaris Syndrom links mit habitueller Luxation des Nervs bei Beugung im Ellbogen, derzeit kein Hinweis auf Atrophie an der Hand

Befundbericht Dr. E., FA für Rheumatologie, 28.02.2022, ABL 78/48/10:

Aufgrund der erhöhten Infektionsgefahr durch die immunmodulierende Therapie und die dauerhafte Gehbehinderung ist die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nicht möglich

Röntgen MRT der HWS/BWS, 07.02.2022, ABL 74/ABL 46:

Steilstellung mit leichter Spondylosis deformans und Intervertebralarthrosen. Multisegmentale flüssigkeitsäquivalente Strukturveränderungen im Knochenmark am ehesten im Sinne von entzündlichen Infiltrationen, kleine Protrusionen der Disci C5 bis TH 1 mit kurzen Kontaktstrecken zu den Nervenwurzeln.

MRT der linken Schulter, 24.01.2022, ABL 72/44/38 und ABL 64, 24.09.2021:

Bekannte Synovitis im linken Schultergelenk, unverändert die anteriore Labrumläsion

MRT des rechten Kniegelenks, 24.01.2022, ABL 71/44/38:

Degenerative Rupturen durch das med. Meniskushinterhorn, Chondropathie, geringer Erguss mit reaktiver Anfärbung

MRT der ISG, 11.06.2021, ABL 62/34:

Chronische Sacroileitis mit verstärkter subchondraler Fettmarkskonversion bds.

Rö Befunde Hände, Vorfüße, Schultern, WS, Knie, 13.12.2021 und 20.05.2021, ABL 70 und ABL 60/30

Befundübersicht Dr. L., 19.05.2021, ABL 58/28/2:

Polymyalgia rheumatica, M 35.3

Axiale Spondylarthritis M45

Arztbrief Dr. P., 22.02.2022, ABL 8ff:

Sensomot. Defizit linke OE cvs

NLG vom 29.03.2022, ABL 12:

Incipientes CTS links und sensible Schädigung des N. ulnaris links zum 5.Finger

Medikamente:

Aclasta, Cal-D-Vita, Ebetrexat, Gabapentin, Lyrica, Novalgine, Pantoprazol, Protopic, Tramal, Vimovo

Status:

Größe: 170 cm Gewicht: 52 kg

Kopf frei beweglich, Hirnnervenaustrittspunkte frei,

Hörvermögen gut (Zimmerlautstärke), Sehvermögen: gut

Hals: keine vergrößerten Lymphknoten tastbar, Schilddrüse: ob

Herz: Herztöne arrhythmisch, rein, normofrequent,

Lunge: va, keine Rasselgeräusche, Lungenbasen verschieblich WS: unauffällig

OE: frei, Nacken und Schürzengriff möglich, grobe Kraft seitengleich

Schulter: bds. endlagig schmerzbedingt in der Beweglichkeit eingeschränkt, frisieren erfolgt mit erhöhtem Kraftaufwand

EBO und Handgelenke: DS über den Epicondylen

Finger: Polyarthrosen, keine synovitischen Schwellungen

Hüfte und Knie: endlagig schmerzbedingt in der Beweglichkeit eingeschränkt, keine Schwellung

Parästhesien in den Fingern und in beiden OE und UE

Status psychicus:

Pat. wirkt sehr angespannt, klagsam, Orientierung in allen Qualitäten erhalten, Ductus weitschweifig aber kohärent

Gangbild:

Langsam, frei, Hilfsmittel werden nicht verwendet, Pat. kommt in normaler Alltagskleidung zur Untersuchung

Zusammenfassung:

Frage 1 und 2.)

Leiden 1

Axiale Spondylarthritis

PosNr.: 02.02.02 GdB 40 %

Oberer Rahmensatz da entzündliche Veränderungen vorliegen, die chronische Sacroileitis und die Therapie mit dem TNF Blocker ist hier miterfasst.

Leiden 2

Degenerative Veränderungen im Bewegungsapparat, chronisches Schmerzsyndrom

PosNr.: 04.11.02 GdB 30 %

Unterer Rahmensatz bei ubiquitären Schmerzen unter bestehender Polypharmazie, Kontrollen in einer Schmerzambulanz, stationäre Aufnahmen sind nicht dokumentiert.

Leiden 3

Nervus Sulcus Ulnaris Syndrom, Carpaltunnelsyndrom

PosNr.: 04.05.05 GdB 20%

Eine Stufe über dem unteren Rahmensatz da incipiente Syndrome, mit bestehenden Therapieoptionen.

Gesamtgrad der Behinderung 50%

Das führende Leiden 1 wird aufgrund der negativen Leidensbeeinflussung durch die Leiden 2 und 3 um eine Stufe erhöht.

Frage 3.)

Im Rahmen der neuerlichen Befundzusammenschau sowie der Untersuchung der Pat., wird eine abweichende Beurteilung im Vergleich zum SVGA ABL 144 ff getroffen. Die Pat. leidet seit Jahren an einer axialen Spondylarthritis und ist laufend in fachärztlicher Behandlung.

Derzeit ist eine Therapie mit dem Biologikum Cimzia etabliert, worunter es zu keiner wesentlichen Krankheitskontrolle gekommen ist. Eine Umstellung auf ein anderes Biologikum wäre hier aus rheumatologischer Sicht aber durchaus in Erwägung zu ziehen.

Generell ist die Gabe von Biologica, wie hier Cimzia (Certolizumab Pegol) eine immunmodulierende Therapie, wodurch es zu einer Entzündungshemmung im Körper kommen sollte. Es besteht aufgrund der Wirkung auf das Immunsystem eine leichte Erhöhung der Anfälligkeit zu viralen und bakteriellen Infektionen. Im Vorfeld der Therapie wird jedoch üblicherweise der Impfstatus eines Pat. erhoben und eine Durchuntersuchung im Hinblick auf Tuberkulose, Hepatitis, HIV und Malignome durchgeführt. Bei negativem Ergebnis kann eine Biologikatherapie begonnen werden, engmaschige fachärztliche Kontrollen sind dennoch empfohlen.

Pat. die eine solche Therapie erhalten sind jedoch unter keinen Umständen vom öffentlichen Leben ausgeschlossen, ganz im Gegenteil haben üblicherweise Pat. aufgrund der Krankheitsmodulation die Möglichkeit, einer umfassenden Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben.

Betreffend den Befund der chronischen Sakroileitis vom 21.12.2023: Eine Sakroileitis ist oftmals ein Leitsymptom einer axialen Spondylarthritis und kann über einen längeren Zeitraum persistieren und weiter chronifizieren. Entzündliche Veränderungen bessern sich insbesondere bei der Sacroileitis allerdings auch bei hoher Krankheitsaktivität durch Bewegung. Auch aufgrund der chronischen Sacroileitis wäre evtl. der Therapieversuch mit einem alternativen Biologikum möglich.

Die rheumatischen und degenerativen Beschwerden, respektive das chronische Schmerzsyndrom wurden hier in einer eigenen Positionsnummer erfasst und so dokumentiert, da aufgrund des Beschwerdemusters und der etablierten Polypharmazie besser nachvollziehbar.

Das hier erfasste Leiden 3 subsummiert die nervalen Leiden der oberen Extremität, da in der funktionellen Einschränkung nicht differenzierbar.

Aufgrund der Komplexität der Beschwerden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit rein rheumatologisch nicht erklärbar sind und aufgrund der bestehenden Polypharmazie wäre ein Sachverständigengutachten aus dem Bereich Neurologie/Anästhesie im Bedarfsfall ergänzend einzuholen.

Frage 4.)

Bezugnehmend auf die Stellungnahme der Pat. ist folgendes festzuhalten:

Bei der Pat. besteht eine chronische Gelenkentzündung, die rheumatologische Diagnose lautet „axiale Spondylarthritis" mit therapeutisch bis dato schwer zu beeinflussenden Krankheitsaktivität. Aufgrund der von der Pat. geschilderten Beschwerden insbesondere auch aufgrund der chronischen Sakroileitis, wurde hier eine höhere Einschätzung vorgenommen. Die Therapie mit dem Biologikum ist hier miterfasst. Die degenerativen Veränderungen insbesondere das chronische Schmerzsyndrom, werden unter anderem auch nach Vorlage des Befundes aus der Schmerzambulanz XXX, ABL 95 in einer eigenen Positionsnummer eingeschätzt. Bei der Pat. besteht eine chronische Gelenkentzündung, die rheumatologische Diagnose lautet „axiale Spondylarthritis" mit therapeutisch bis dato schwer zu beeinflussenden Krankheitsaktivität. Aufgrund der von der Pat. geschilderten Beschwerden insbesondere auch aufgrund der chronischen Sakroileitis, wurde hier eine höhere Einschätzung vorgenommen. Die Therapie mit dem Biologikum ist hier miterfasst. Die degenerativen Veränderungen insbesondere das chronische Schmerzsyndrom, werden unter anderem auch nach Vorlage des Befundes aus der Schmerzambulanz römisch 30 , ABL 95 in einer eigenen Positionsnummer eingeschätzt.

Bei unzureichendem Ansprechen auf die etablierte Therapie mit dem Biologikum Cimzia würde allerdings eine Umstellung auf ein anderes Biologikum durchaus in Frage kommen. Es sind zahlreiche Präparate derzeit in Österreich zugelassen und erhältlich. Die Argumentation in der Stellungnahme, eine Umstellung würde an der Verfügbarkeit der Biologika scheitern, entzieht sich meiner Kenntnis, da nicht korrekt, da zahlreiche Biologika für die o.g. Diagnose rezeptierbar sind.

Betreffend die Unzumutbarkeit:

Die Pat. kommt tatsächlich sehr klagsam in die Ordination, das Gangbild ist verlangsamt. Hilfsmittel werden nicht verwendet. Aus rheumatologischer Sicht sind die genannten Einschränkungen allerdings nicht vollständig nachvollziehbar, denn es bestehen keine erheblichen Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit, keine synovitischen, sprich entzündlichen Gelenkschwellungen. Auch die chronifizierte Sacroileitis führt üblicherweise nicht zu einer Einschränkung, die das Zurücklegen einer Wegstrecke von 300 bis 400m in 10 min verunmöglicht. Gelenksveränderungen an den oberen Extremitäten, die eine erhebliche Erschwernis bei der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel begründen würden, sind weder in der Bildgebung dokumentiert, noch im klinisch rheumatologischen Status nachvollziehbar. Die angegebenen neurologischen Defizite sind aus rheumatologischer sachverständigen Sicht nicht beurteilbar.

Internistische Leiden laut EVO die eine Benützung öffentlicher Verkehrsmittel verunmöglichen sind nicht vorliegend, folgende Einschränkungen würden darunterfallen:

[...]

Infrastrukturelle Gegebenheiten sind nicht Gegenstand der medizinischen Begutachtung und können somit nicht in die Beurteilung mit aufgenommen werden.

Frage 5.)

Eine Nachuntersuchung ist aus internistischer Sicht nicht indiziert, da von keiner kalkülsrelevanten Besserung ausgegangen wird.

[...]"

Mit Schreiben vom 07.05.2024 nahm die Beschwerdeführerin zum eingeholten Sachverständigengutachten Stellung und führte aus, dass die beigezogene Sachverständige durch ihre Tätigkeit für die belangte Behörde befangen sei. Auch beruhe das Gutachten nicht auf einer sorgfältigen Untersuchung, insbesondere seien die Gelenksfunktionen, die Entzündungsaktivität sowie das Ausmaß der beteiligten Gelenke, der Körperregionen und der organischen Folgebeteiligung nicht untersucht worden. Die Synovitis und die Knochenödeme seien mehrfach radiologisch dokumentiert. Auch die Erforderlichkeit einer Hilfestellung im Alltag und die Notwendigkeit einer Begleitperson, da sie ansonsten die lange Anfahrt zur Untersuchung nicht bewältigen hätte können, seien nicht erwähnt worden. Darüber hinaus würden Schmerzen beim Ein- und Ausatmen eine Kurzatmigkeit verursachen, was die Bewältigung von Wegstrecken zusätzlich erschwere. Auch die chronisch entzündliche Darmstörung mit häufigen Durchfällen sei nicht berücksichtigt worden. Im Übrigen wendete sich die Beschwerdeführerin erneut gegen die vorgenommene Einstufung des Grades der Behinderung.

In der Folge holte das Bundesverwaltungsgericht auch ein Sachverständigengutachten eines Facharztes für Neurologie und Psychiatrie vom 03.12.2024, basierend auf einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin am selben Tag, ein. In diesem medizinischen Sachverständigengutachten wurde – hier in den wesentlichen Teilen und in anonymisierter Form wiedergegeben – Folgendes ausgeführt:

„[...]

Anamnese: Kommt in Begleitung der Tochter (XXX Pass), seit > 10a habe sie Schmerzen in diversen Gelenken sie stehe in rheumatologischer Behandlung, sie stehe in größeren Abständen (anamnestisch zuletzt 9/24 dann wieder 1/25) in der Schmerzambulanz XXX in Behandlung (kein Befund) in den letzten Jahren kein stat. oder teilstat. Aufenthalt aus meinem Fachgebiet
Anamnese: Kommt in Begleitung der Tochter (römisch 30 Pass), seit > 10a habe sie Schmerzen in diversen Gelenken sie stehe in rheumatologischer Behandlung, sie stehe in größeren Abständen (anamnestisch zuletzt 9/24 dann wieder 1/25) in der Schmerzambulanz römisch 30 in Behandlung (kein Befund) in den letzten Jahren kein stat. oder teilstat. Aufenthalt aus meinem Fachgebiet

Nervenärztliche Betreuung: derzeit keine

Subjektive derzeitige Beschwerden: Schmerzen in den Gelenken, Gefühlstörung in den OE und UE

Sozialanamnese: lebt mit Tochter, XXX Krankenstand, kein Pflegegeld, keine Erwachsenenvertretung
Sozialanamnese: lebt mit Tochter, römisch 30 Krankenstand, kein Pflegegeld, keine Erwachsenenvertretung

Medikamente (neurologisch/ psychiatrisch): keine aktuelle Med. Liste (zeigt eine Liste von 15.9.23)

Neurostatus:

Die Hirnnerven sind unauffällig, die Optomotorik ist intakt, an den oberen Extremitäten bestehen keine Paresen Faustschluss, Fingerspreizen möglich, keine Atrophien im Thenar und Hypothenarbereich.

Die Muskeleigenreflexe sind seitengleich schwach auslösbar, die Koordination ist intakt, an den unteren Extremitäten bestehen keine Paresen, Fersen/ Einbeinstand bds. schmerzgehemmt möglich

die Muskeleigenreflexe sind seitengleich mittellebhaft auslösbar.

Die Koordination ist intakt, die Pyramidenzeichen sind an den oberen und unteren Extremitäten negativ. Die Sensibilität wird in den UE distal betont nicht eindeutig verteilt bds. als gestört angegeben sowie in den Fußsohlen bds.

Das Gangbild ist ohne Hilfsmittel etwas verlangsam

Psychiatrischer Status:

Örtlich, zeitlich, zur Person und situativ ausreichend orientiert, keine Antriebsstörung, Auffassung regelrecht, Affekt ausgeglichen, Stimmungslage dysthym, in beiden Skalenbereichen affizierbar, Ein und Durchschlafstörung, keine produktive Symptomatik, keine Suizidalität.

1.) Diagnosen:

1. Axiale Spondylarthritis 02.02.02. 40 %

Oberer Rahmensatz, da entzündliche Veränderungen vorliegen, Sacroileitis und Therapie mit TNF Blocker miterfasst

2. Carpaltunnelsyndrom li. 04.05.06 10%

Unterer Rahmensatz, da vorwiegend sensible Ausfälle objektivierbar, keine Atrophien

3. Sulcus Ulnarissyndrom li. 04.05.05 10 %

Unterer Rahmensatz, da vorwiegend sensible Ausfälle objektivierbar, keine Atrophien

2.) Gesamt GdB 40 %

GdB2+3 erhöhen wegen Geringfügigkeit nicht.

3.) Aus nervenärztlicher Sicht liegt derzeit keine relevanten fachspezifische Behandlung bzw. Facharztbefund mit Fachstatus vor, daher kann ich die Position 2 im Gutachten OZ9 aus meinem Fachgebiet nicht bestätigen, ebenso liegt kein ärztlich bestätigter Nachweis der derzeitigen Medikation vor.

Ebenso kann ich die Position 3 (Gutachten OZ9) aus meinem Fachgebiet nicht nachvollziehen, da derzeit sensible Ausfälle im Bereich der Handflächen vorliegen ohne Atrophien der betreffenden Muskulatur.

4.) Dauerzustand“

Am 29.01.2025 brachte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme zu dem eingeholten Sachverständigengutachten ein, worin die Beschwerdeführerin die Unparteilichkeit des Gutachters anzweifelte und die Aufzeichnungen zur Untersuchung beanstandete. Zudem wendete sie sich gegen die Einstufung des Grades der Behinderung.

Mit Erkenntnis des Bundesverwaltungsgerichtes vom 12.03.2025, W218 2266471-2/23E, wurde der Beschwerde der Beschwerdeführerin stattgegeben und ausgesprochen, dass die Voraussetzungen für die Ausstellung eines Behindertenpasses aufgrund des festgestellten Grades der Behinderung von 50 v.H. vorliegen. Begründend führte das Bundesverwaltungsgericht aus, dass es dem eingeholten internistischen Sachverständigengutachten folge, da die Fachärztin schlüssig und nachvollziehbar auf die Art der Leiden und deren Ausmaß eingegangen sei. Dem eingeholten neurologischen Sachverständigengutachten habe hingegen nicht gefolgt werden können, da der Facharzt die divergierenden Schlussfolgerungen nicht schlüssig und nachvollziehbar darlegen habe können.

Mit Schreiben vom 17.03.2025 übermittelte die belangte Behörde der Beschwerdeführerin einen unbefristeten Behindertenpass mit einem eingetragenen Grad der Behinderung von 50 v.H.

Zur Beurteilung der von der Beschwerdeführerin weiters beantragten Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel“ holte die belangte Behörde überdies ein Sachverständigengutachten eines Facharztes für Unfallchirurgie und Arztes für Allgemeinmedizin vom 20.05.2025, basierend auf einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin am 19.05.2025, ein. In diesem medizinischen Sachverständigengutachten wurde – hier in den wesentlichen Teilen und in anonymisierter Form wiedergegeben – Folgendes ausgeführt:

„[...]

Anamnese:

Bezüglich Vorgeschichte siehe internist. Vorgutachten für das BVWG vom 08.04.2024, ges. GdB 50% und neurologisches GA für das BVWG vom 03.12.2024, ges. GdB 40%. Öffentliche Verkehrsmittel in beiden GA zumutbar.

Zwischenanamnese:

Ambulante Schmerztherapie.

Derzeitige Beschwerden:

Ich habe Schmerzen in der Wirbelsäule, in den Ellenbogen, am rechten Handgelenk, die Knie, das Bein, die Hüfte, die Leiste. Der Bauch tut auch weh.

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Medikamente: Capsaicin, Pantoprazol, Neuromultivit, CalDVita, Protopic, Cimzia Fertigspr., Ebetrexat, Celecoxib, Aclasta, Tramal, Novalgin, Lyrica, Gabapentin, Pregabalin

Laufende Therapie: Schmerztherapie im XXX. Laufende Therapie: Schmerztherapie im römisch 30 .

Hilfsmittel: keine

Sozialanamnese:

Lehrerin im Krankenstand

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

Im Akt liegen keine neuen Befunde auf.

03/25 Nervenleitgeschwindigkeit beschreibt Peroneusläsion rechts und Sulcus Ulnaris Syndrom links.

04/25 MR ges. Wirbelsäule beschreibt Spondylarthropathie, Degeneration mit Discopathie, insbes. an der Halswirbelsäule.

04/25 Röntgenbefund beschreibt unauffällige Hüfte, Degeneration an der Symphyse, incip. SI-Arthrosen.

Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand:

altersentsprechend

Ernährungszustand:

normal

Größe und Gewicht wurden erfragt und nicht gemessen.

Größe: 170,00 cm Gewicht: 52,00 kg Blutdruck:

Klinischer Status – Fachstatus:

Caput/Collum: unauffällig

Thorax: symmetrisch, elastisch

Abdomen: klinisch unauffällig, kein Druckschmerz

Obere Extremitäten:

Rechtshänder. Symmetrische Muskelverhältnisse. Die Durchblutung ist ungestört, die Sensibilität wird an der linken Hand als kribbelnd, streckseitig an der Hand als fehlend, sonst als ungestört angegeben. Benützungszzeichen sind seitengleich vorhanden.

Rechtes Handgelenk: eine locker angewickelt elastische Bandage wird abgenommen. Das Handgelenk ist vom äußeren Aspekt her unauffällig, nicht verdickt oder verbreitert. Strecken im Handgelenk wird endlagenschmerzhaft angegeben.

Übrige Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Beweglichkeit

Armheben ist rechts deutlich über die Horizontale möglich, links wird der Arm bis knapp über die Horizontale gehoben.

Beim Nackengriff reicht rechts die Hand zum Hinterhaupt, links die Fingerkuppen zum Hinterhaupt. beim Kreuzgriff reicht rechts die Daumenkuppe bis TH12 beidseits. Ellbogen, Vorderarmdrehung, Handgelenke, Daumen und Langfinger sind seitengleich frei beweglich. Grob- und Spitzgriff sind uneingeschränkt durchführbar, der Faustschluss ist komplett.

Untere Extremitäten:

Der Barfußgang wird überaus umständlich ausgeführt, teilweise wird der rechte Fuß mit der Streckseite der Zehen über den Boden geschliffen. Zehenballen- und Fersenstand wird nicht ausgeführt, Einbeinstand wird nur links mit Anhalten ausgeführt.

Zwischendurch werden einige Schritte völlig unauffällig, symmetrische, bei gleicher Schrittlänge ausgeführt.

Anhocken wird nicht ausgeführt.

Die Beinachse ist im Lot. Symmetrische Muskelverhältnisse, insbesondere an den Unterschenkeln. Die Beinlänge ist gleich. Die Durchblutung ist ungestört, die Sensibilität wird an den Fußsohlen als kribbelnd, sonst als ungestört angegeben.

Kniegelenke: ergussfrei und bandfest., rechts wird Endlagenschmerz angegeben.

Übrige Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Ein aktives Vorfußheben wird rechts nicht ausgeführt.

Beweglichkeit

Hüften, Knie, Sprunggelenke und Zehen sind seitengleich frei beweglich.

Wirbelsäule

Im Stehen wird überwiegend das linke Bein belastet, der rechte Beckenkamm steht etwas tiefer. Ausgleichsskoliose an der Lendenwirbelsäule. Verstärkte Brustkyphose mit Scheitel um TH9, regelrechte Lendenlordose. Deutlich Hartspann, zervikal, Klopfeschmerz (es wird extrem zart geklopft), wird über der mittleren Lendenwirbelsäule und über C7 angegeben. Kein wesentlicher Druckschmerz.

Beweglichkeit

Halswirbelsäule: allseits 1/2 eingeschränkt

Brustwirbelsäule/Lendenwirbelsäule: Beim Vorwärtsbeugen reichen die Hände zu den Kniegelenken, Seitwärtsneigen und Rotation je ½ eingeschränkt.

Es besteht insgesamt nur deutlich eingeschränkte Mitarbeit bei der klinischen Untersuchung.

Gesamtmobilität – Gangbild:

Kommt in Konfektionsschuhen ohne Gehhilfen zur Untersuchung, das Gangb

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at