

TE Bvwg Erkenntnis 2026/4/27 W166 2314188-1

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 27.04.2026

Entscheidungsdatum

27.04.2026

Norm

BBG §40

BBG §41

BBG §45

B-VG Art133 Abs4

1. BBG § 40 heute
2. BBG § 40 gültig ab 01.01.2003 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002
3. BBG § 40 gültig von 01.07.1994 bis 31.12.2002 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994
4. BBG § 40 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 26/1994
5. BBG § 40 gültig von 01.07.1990 bis 31.12.1993
1. BBG § 41 heute
2. BBG § 41 gültig ab 01.09.2026 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 45/2026
3. BBG § 41 gültig von 12.08.2014 bis 31.08.2026 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 66/2014
4. BBG § 41 gültig von 01.09.2010 bis 11.08.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 81/2010
5. BBG § 41 gültig von 01.01.2005 bis 31.08.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 136/2004
6. BBG § 41 gültig von 01.01.2003 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002
7. BBG § 41 gültig von 01.07.1994 bis 31.12.2002 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994
8. BBG § 41 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 26/1994
9. BBG § 41 gültig von 01.07.1990 bis 31.12.1993
1. BBG § 45 heute
2. BBG § 45 gültig ab 19.07.2024 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 98/2024
3. BBG § 45 gültig von 12.08.2014 bis 18.07.2024 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 66/2014
4. BBG § 45 gültig von 01.06.2014 bis 11.08.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2013
5. BBG § 45 gültig von 01.01.2014 bis 31.05.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 71/2013
6. BBG § 45 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 51/2012
7. BBG § 45 gültig von 01.01.2011 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 111/2010
8. BBG § 45 gültig von 01.01.2003 bis 31.12.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 150/2002
9. BBG § 45 gültig von 01.09.1999 bis 31.12.2002 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 177/1999
10. BBG § 45 gültig von 01.07.1994 bis 31.08.1999 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 314/1994

11. BBG § 45 gültig von 01.01.1994 bis 30.06.1994 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 26/1994
12. BBG § 45 gültig von 01.07.1990 bis 31.12.1993
 1. 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

W166 2314188-1/13E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag.a Carmen LOIBNER-PERGER als Vorsitzende und die Richterin Mag.a Ivona GRUBESIC sowie den fachkundigen Laienrichter Dipl.BW Hans-Jürgen GROß, MLS, MBA als Beisitzer über die Beschwerde von XXXX , geb. XXXX , vertreten durch RA Mag.a Hela AYNİ-RAHMANZAI, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 24.04.2025, betreffend den Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses, nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung am 12.03.2026, zu Recht erkannt: Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag.a Carmen LOIBNER-PERGER als Vorsitzende und die Richterin Mag.a Ivona GRUBESIC sowie den fachkundigen Laienrichter Dipl.BW Hans-Jürgen GROß, MLS, MBA als Beisitzer über die Beschwerde von römisch 40 , geb. römisch 40 , vertreten durch RA Mag.a Hela AYNİ-RAHMANZAI, gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice, Landesstelle Wien, vom 24.04.2025, betreffend den Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses, nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung am 12.03.2026, zu Recht erkannt:

A)

Die Beschwerde wird 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:

Der Beschwerdeführer war im Besitz eines bis zum 20.11.2024 befristeten Behindertenpasses, stellte am 17.10.2024 beim Sozialministeriumservice (im Folgenden: belangte Behörde) einen Antrag auf weitere Ausstellung eines Behindertenpasses und legte diverse medizinische Beweismittel vor.

Seitens der belangten Behörde wurde ein Sachverständigengutachten eines Facharztes für Neurologie und Psychiatrie vom 10.01.2025 eingeholt, in welchem - basierend auf der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers - Nachfolgendes ausgeführt wurde:

„Anamnese:

VGA 11/19 GdB 50% PNP, AW versteht schlecht, Sohn übersetzt, Fa zuletzt 5/24 (einmalig bei Dr. XXXX), Betreuung bei Hemayat (Befund 7.1.25) 1/ Woche), psychiatrische Ko vor ca 4 Monaten (kein Befund) VGA 11/19 GdB 50% PNP, AW

versteht schlecht, Sohn übersetzt, Fa zuletzt 5/24 (einmalig bei Dr. römisch 40), Betreuung bei Hemayat (Befund 7.1.25) 1/ Woche), psychiatrische Ko vor ca 4 Monaten (kein Befund)

Derzeitige Beschwerden:

Taubheitsgefühl in den in den UE > OE, depressive Zustände

Behandlung(en) / Medikamente / Hilfsmittel:

Keine Med. Liste

Sozialanamnese:

wohnt bei Familie, Mindestsicherung, kein Pflegegeld, keine Erwachsenenvertretung

Zusammenfassung relevanter Befunde (inkl. Datumsangabe):

28.5.24 FA Dr. XXXX : F32.1 Mittelgradige depressive Episode F45.0 Somatisierungsstörung, M54.5 Lumbago, G62.9 Polyneuropathie
28.5.24 FA Dr. römisch 40 : F32.1 Mittelgradige depressive Episode F45.0 Somatisierungsstörung, M54.5 Lumbago, G62.9 Polyneuropathie

Untersuchungsbefund:

Klinischer Status – Fachstatus:

Die Hirnnerven sind unauffällig, die Optomotorik ist intakt.

An den oberen Extremitäten bestehen rechtsseitig keine Paresen, linksseitig bestehen keine Paresen. Die Muskeleigenreflexe sind seitengleich schwach auslösbar.

Die Koordination ist intakt.

An den unteren Extremitäten bestehen bds geringe Schwäche distal betont, Fersen/ Zehenspitzen/ Einbeinstand bds. frei kurz möglich, die Muskeleigenreflexe sind seitengleich nicht auslösbar.

Die Koordination ist intakt.

Die Pyramidenzeichen sind an den oberen und unteren Extremitäten negativ.

Die Sensibilität wird in den OE und UE distal betont als gestört angegeben

Das Gangbild ist ohne Hilfsmittel etwas breitbasig, am Gang ohne Pause

Gesamtmobilität – Gangbild:

Status Psychicus: versteht nicht deutsch, verhält sich situationsangepaßt, Stimmung dysthym, Somatisierungsneigung, Schlaf gut, nicht produktiv

Ergebnis der durchgeführten Begutachtung:

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

Begründung der Positionsnummer und des Rahmensatzes: Pos.Nr. Gdb %

1 Polyneuropathie

2 Stufen über unterem Rahmensatz, da mäßige sensomot Ausfälle, 04.06.01 30

keine rezenten Fa Befunde

2 Gastroösophagealer Reflux 07.03.05 10

Unterer Rahmensatz, da keine rezenten Behandlungsunterlagen

3 Depressio mit Somatisierung

Unterer Rahmensatz, da keine rezenten Behandlungsunterlagen 03.06.01 10

Gesamtgrad der Behinderung 30 v. H.

Begründung für den Gesamtgrad der Behinderung:

GdB2+3 erhöhen wegen Geringfügigkeit nicht.

Stellungnahme zu gesundheitlichen Änderungen im Vergleich zum Vorgutachten:

GDB1 wird herabgesetzt bei mäßigen Funktionsausfällen, eine wesentliche Gangstörung ist nicht mehr feststellbar und auch ohne rezente FA Befunde mit Fachstatus, der Mangel an Therapienachweisen auf eine Verbesserung schließen lassen, GdB3 wurde neu eingestuft, GdB2 gleichbleibend

Änderung des Gesamtgrades der Behinderung im Vergleich zu Vorgutachten: GDB 1 wurde niedriger eingestuft.

Dauerzustand“

Die belangte Behörde brachte dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 27.01.2025 das Ergebnis der Beweisaufnahme zur Kenntnis und räumte ihm in Wahrung des Parteiengehörs die Gelegenheit ein, binnen zwei Wochen ab Zustellung des Schreibens eine Stellungnahme abzugeben.

Der nunmehr anwaltlich vertretene Beschwerdeführer brachte eine Stellungnahme vom 24.02.2025 samt einem unvollständigen Befund ein, und wurde dazu nachfolgende ergänzende fachärztliche Stellungnahme vom 07.03.2025 eingeholt:

„Kundeneinwendung, dass seine Beschwerden (PNP, Depressio) nicht ausreichend eingestuft wurden. Es wird ein Befund beigebracht, ohne Datum, ohne Unterschrift (Unfallchirurgie?). Von meiner Seite keine Änderung der Einschätzung, da keine rezenten FA Befunde mit Fachstatus vorliegen, die eine Änderung objektivieren.“

Mit Bescheid vom 24.04.2025 hat die belangte Behörde den Antrag des Beschwerdeführers abgewiesen. Begründend wurde ausgeführt, dass das im Rahmen des Ermittlungsverfahrens eingeholte Gutachten einen Grad der Behinderung von 30 % ergeben habe. Das wesentliche Ergebnis des ärztlichen Begutachtungsverfahrens sei der Beilage (Sachverständigengutachten vom 10.01.2025, Stellungnahme vom 07.03.2025), das einen Bestandteil der Begründung bilde, zu entnehmen. Die im Rahmen des Parteiengehörs vom Beschwerdeführer eingebrachte Stellungnahme habe zu keiner Änderung der Sachlage geführt und habe daher nicht vom Ergebnis abgegangen werden können.

Der nunmehr anwaltlich vertretene Beschwerdeführer erhob dagegen Beschwerde und brachte im Wesentlichen vor, dass er psychisch und physisch einen schlechten Gesundheitszustand aufweise, es bestünden stark abgeschwächte Muskelreflexe in Armen und Beinen sowie ein dauerhaftes Taubheitsgefühl, eine stark eingeschränkte Motorik und Reflexe seien nicht auslösbar. Weiters falle es dem Beschwerdeführer schwer Gleichgewicht zu halten, und er weise erhöhte Blutzucker- und Cholesterinwerte auf, die bei der gutachterlichen Beurteilung nicht berücksichtigt worden seien. Der Beschwerdeführer stehe seit 30.07.2024 in regelmäßiger psychotherapeutischer Behandlung, müsse diesbezüglich medikamentös behandelt werden, es bestünden depressive Symptome und er habe körperliche Schmerzen. Mit der Beschwerden wurden diverse medizinische Beweismittel vorgelegt.

Die Beschwerde samt dem Verwaltungsakt wurde dem Bundesverwaltungsgericht von der belangten Behörde am 12.06.2025 vorgelegt.

Zur Beurteilung des Beschwerdevorbringens wurde seitens des ho. Gerichts ein weiteres Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin vom 06.12.2025, basierend auf der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers, eingeholt, in welchem Nachfolgendes ausgeführt wurde:

„Sachverhalt:

Gegen den Bescheid des Bundesamts für Soziales und Behindertenwesen vom 24.04.2025, mit welchem der Grad der Behinderung mit 30% neu festgesetzt wird, wird Beschwerde vorgebracht. Im Beschwerdevorbringen des BF vom 2.6.2025, vertreten durch Mag. H. Ayni-Rahmanzai, wird ausgeführt, der BF verfüge über sehr schwache Muskelreflexe in Armen und Beinen und verspüre ein permanentes Taubheitsgefühl, insbesondere in den Händen und Füßen. Dies wirke sich deutlich auf sein Gleichgewicht aus, weshalb es erst kurz zuvor zu einem schweren Sturz gekommen sei, bei dem er sich Frakturen am Schien- und Wadenbein zugezogen habe.

Es werde betont, dass seit der letzten Untersuchung durch einen Sachverständigen keinerlei Verbesserungen erkennbar seien. Die gesundheitlichen Beschwerden bestünden weiterhin in erheblichem Ausmaß fort und ließen bislang keine signifikante Besserung erkennen. Aus einem behaupteten Mangel an Therapienachweisen könne daher

nicht ohne Weiteres auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes geschlossen werden. Vielmehr stelle sich die Frage, wie aus dem angeblichen Fehlen solcher Nachweise eine derartig eindeutige Schlussfolgerung gezogen werden könne, obwohl alle übrigen Umstände keinen Hinweis auf eine Besserung gäben.

Weiters werde vorgebracht, der BF habe aufgrund der ausgeprägten Muskelschwäche große Schwierigkeiten beim Gehen und könne sein Gleichgewicht nur schwer halten. Zusätzlich leide er unter erhöhten Cholesterin- und Blutzuckerwerten sowie anhaltenden und intensiven Schmerzen. Seit zumindest 30.07.2024 befinde er sich zudem in regelmäßiger psychotherapeutischer Behandlung, wobei auch depressive Symptome medikamentös behandelt würden.

Zwischenanamnese:

Fract bimall dext operat 26.1.25

Sozialanamnese: Verheiratet, 4 Kinder, lebt in Wohnung im 1. Stwk mit Lift

Berufsanamnese: seit 2015 nicht berufstätig, zuvor in Afghanistan Schneider bis 2015.

Medikamente: keine Medikamentenliste

Pantoloc Diclofenac Amlodipin Valsartan Simvastatin Pregabalin

Allergien: 0

Nikotin: 0

Hilfsmittel: Rollstuhl vom Amt, hergekommen mit ÖVM mit 2 Unterarmstützkrücken Laufende Therapie bei Hausarzt Dr. XXXX , 1190
Hilfsmittel: Rollstuhl vom Amt, hergekommen mit ÖVM mit 2 Unterarmstützkrücken Laufende Therapie bei Hausarzt Dr. römisch 40 , 1190

Derzeitige Beschwerden:

Überwiegend Sprachbarriere

Sohn übersetzt

„Die meisten Beschwerden habe ich im Bereich der Lendenwirbelsäule, im Nacken, Ausstrahlung in beide Beine bis zu den Kniegelenken, abwärts von den Kniegelenken Gefühlsstörungen. Spüre die Zehen nicht. Knicke beim Gehen um, daher Kniegelenksbandagen.

Bei Facharzt für Orthopädie bin ich nicht, aber bei FA für Neurologie. Bin oft bei FA für Physikalische Medizin.

Hergekommen bin ich mit öffentlichen Verkehrsmitteln in Begleitung."

Status:

Allgemeinzustand gut, Ernährungszustand gut.

Größe 173 cm, Gewicht 84 kg Rechtshänder

Caput/Collum: klinisch unauffälliges Hör- und Sehvermögen, sichtbare Schleimhautpartien unauffällig.

Thorax: symmetrisch.

Atemexkursion seitengleich, VA. HAT rein, rhythmisch. Keine Dyspnoe, keine Zyanose.

Abdomen: klinisch unauffällig, keine pathologischen Resistenzen tastbar.

Integument: unauffällig

Schultergürtel und beide oberen Extremitäten:

Rechtshänder. Der Schultergürtel steht horizontal, seitengleich mittelkräftig entwickelte Muskelverhältnisse. Die Durchblutung ist ungestört.

Sämtliche Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Schultern, Ellbogengelenke, Unterarmdrehung, Handgelenke, Daumen und Langfinger seitengleich frei beweglich. Grob- und Spitzgriff sind uneingeschränkt durchführbar. Der Faustschluss ist komplett, Fingerspreizen beidseits unauffällig. Kraft, Tonus und Trophik unauffällig.

Nacken- und Schürzengriff sind uneingeschränkt durchführbar.

Becken und beide unteren Extremitäten:

Freies Stehen sicher möglich, Zehenballen-, Fersen- und Einbeinstand mit Anhalten möglich, im Liegen beidseits KG 515

Die Beinachse ist im Lot. Seitengleich mittelkräftig entwickelte Muskelverhältnisse.

Beinlänge ident.

Die Durchblutung ist ungestört, keine Ödeme, keine trophischen Störungen.

Kniegelenk beidseits keine Umfangsvermehrung, keine Überwärmung, kein Erguss, keine Konturvergrößerung, Patella nicht verbacken, endlagig Bewegungsschmerzen, stabil. Sprunggelenk rechts Narbe lateral und medial, keine relevante Umfangsvermehrung, keine Überwärmung, stabil.

Sämtliche weiteren Gelenke sind bandfest und klinisch unauffällig.

Aktive Beweglichkeit: Hüften, Knie, Sprunggelenke und Zehen sind seitengleich frei beweglich.

Das Abheben der gestreckten unteren Extremität ist beidseits bis 60 0 bei KG 5 möglich.

Wirbelsäule:

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

Mäßig Hartspann. Kopfschmerz über der LWS.

Aktive Beweglichkeit:

HWS: in allen Ebenen frei beweglich

BWS/LWS: FBA: 20 cm, in allen Ebenen endlagig eingeschränkt Lasague bds. negativ.

Gesamtmobilität — Gangbild:

Kommt im Rollstuhl, 2 Unterarmstützkrücken, Genutrain beidseits, Malleotrain rechts, das Gangbild ist hinkfrei, leicht vorgeneigt, etwas kleinschrittig, verlangsamt und unelastisch. Bewegungsabläufe beim Hinlegen auf die Untersuchungsfläche und Aufstehen nicht eingeschränkt. Das Aus- und Ankleiden wird selbständig im Sitzen durchgeführt. Status psychicus: teilweise Sprachbarriere, unauffällig.

STELLUNGNAHME:

1) Einschätzung des Grades der Behinderung

1 Polyneuropathie 04.06.01 30%

2 Stufen über unterem Rahmensatz, da mäßige sensomotorische Ausfälle, keine rezenten FA Befunde

2 Degenerative und posttraumatische Veränderungen 02.02.01 20%

des Stütz- und Bewegungsapparates, Lumboischialgie bds

Oberer Rahmensatz, da mäßige radiologische Veränderungen mit geringgradigen funktionellen Einschränkungen.

2 Gastroösophagealer Reflux 07.03.05 10%

Unterer Rahmensatz, da kleine rezenten Behandlungsunterlagen

3 Depressio mit Somatisierung 03.06.01 10%

Unterer Rahmensatz, da keine rezenten Behandlungsunterlagen

2) Gesamteinschätzung 30 v.H.

Leiden 1 wird durch die weiteren Leiden nicht erhöht, da kein maßgebliches ungünstiges Zusammenwirken vorliegt.

3) Es wird um Stellungnahme zum Vorbringen in der Beschwerde sowie den vorgelegten medizinischen Beweismitteln (psychotherapeutische Bestätigung vom 18.04.2025, Arztbrief der FÄ für Neurologie Dr. XXXX vom 14.04.2025 samt Nervenleitgeschwindigkeit, Arztbrief orthopädisches Zentrum vom 08.04.2025 und Schreiben einer FA für physikalische Medizin vom 04.04.2025/16.04.2025) ersucht.3) Es wird um Stellungnahme zum Vorbringen in der Beschwerde sowie

den vorgelegten medizinischen Beweismitteln (psychotherapeutische Bestätigung vom 18.04.2025, Arztbrief der FÄ für Neurologie Dr. römisch 40 vom 14.04.2025 samt Nervenleitgeschwindigkeit, Arztbrief orthopädisches Zentrum vom 08.04.2025 und Schreiben einer FA für physikalische Medizin vom 04.04.2025/16.04.2025) ersucht.

Psychotherapeutische Bestätigung, 18.04.2025

Es werden massive Kindheitstraumatisierungen im Herkunftsland sowie eine daraus resultierende erhöhte Vulnerabilität beschrieben. Darüber hinaus leide Herr P. an ausgeprägten körperlichen Schmerzen, die regelmäßig Thema in der psychotherapeutischen Arbeit seien und in enger Wechselwirkung mit seinem psychischen Zustand stünden.

Dr. XXXX (NLG), 14.04.2025 Dr. römisch 40 (NLG), 14.04.2025

Peroneus-Neuropathie rechts; Knochenödem rechts.

Sturz auf einer vereisten Stiege mit Verletzung am rechten Knöchel.

Dr. XXXX , 08.04.2025 Dr. römisch 40 , 08.04.2025

Status nach Fraktur bimall. rechts, operativ versorgt.

Bandscheibenvorfall L5/S1, Th6/7 und Th9 - 12.

Beginnende Spondylosis deformans der LWS.

Gangstörung unklarer Genese.

Dr. XXXX , 04.04.2025 Dr. römisch 40 , 04.04.2025

Fraktur bimalleolaris rechts, operiert am 26.01.2025.

Axonale sensomotorische Polyneuropathie.

Ataktische Gangstörung.

Degeneratives Wirbelsäulensyndrom. Chronische Rückenschmerzen.

Dr. XXXX , 16.04.2025 Dr. römisch 40 , 16.04.2025

Fraktur bimalleolaris rechts, operiert am 26.01.2025.

Axonale sensomotorische Polyneuropathie.

Ataktische Gangstörung.

Degeneratives Wirbelsäulensyndrom.

CT-Unterschenkel / Sprunggelenk rechts, 23.01.2025

Schrägfraktur im proximalen Drittel des Fibulaschafts mit Dislokation.

Dr. med. XXXX , 28.05.2024 Dr. med. römisch 40 , 28.05.2024

Mittelgradige depressive Episode.

Somatisierungsstörung.

Lumbago.

Polyneuropathie.

Dr. XXXX , 10.02.2023 Dr. römisch 40 , 10.02.2023

Herr P. steht seit Juli 2021 in regelmäßiger Behandlung.

Aufgrund der Beschwerden sei eine neurologische Abklärung empfohlen, ein Termin bestehe bereits.

Eine weitere Therapieserie sei verordnet worden; anschließend sei eine ärztliche Kontrolle vorgesehen.

Herr P. sei derzeit aus physischen Gründen nicht arbeitsfähig.

Zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit könne keine Aussage gemacht werden.

HEMAYAT — Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende, 26.12.2022

Bestätigung der Teilnahme von Herrn P. an einer für 16 Sitzungen konzipierten, seit

05.09.2022 wöchentlich durchgeführten Psychotherapiegruppe

Beim BF bestünden stark abgeschwächte Muskelreflexe in Armen und Beinen sowie ein dauerhaftes Taubheitsgefühl, Reflexe seien nicht auslösbar, es bestehe eine stark eingeschränkte Motorik

? Es falle dem BF schwer Gleichgewicht zu halten

? Der BF weise erhöhte Blutzucker- und Cholesterinwerte auf, dies sei bei der gutachterlichen Beurteilung nicht berücksichtigt worden

? Der BF stehe seit 30.7.2024 in regelmäßiger psychotherapeutischer Behandlung, müsse diesbezüglich medikamentös behandelt werden und es bestünden depressive Symptome

? Der BF habe körperliche Schmerzen und sein Zustand verschlechtere sich zusehends Stellungnahme zu den zuletzt genannten Punkten

Stellungnahme zu den zuletzt genannten Punkten:

1. Zu den geschilderten Gleichgewichtsstörungen

In der Beschwerde wird angeführt, dass dem BF das Halten des Gleichgewichts schwerfalle. Bezug zum erhobenen Status:

- Beim Untersuchungstermin zeigte sich ein sicheres freies Stehen, Zehenballen-, Fersen und Einbeinstand waren mit Anhalten möglich.

- Das Gangbild war hinkfrei, jedoch leicht vorgeneigt, verlangsamt und etwas kleinschrittig, aber ohne Hinweis auf eine relevante Ataxie.

- Lasegue beidseits negativ, keine akuten radikulären Zeichen.

- Polyneuropathie wurde mit mäßig sensomotorischen Ausfällen beschrieben, funktionell jedoch nur geringgradige Einschränkungen im Status.

Bewertung:

Subjektive Gleichgewichtsbeschwerden werden durch den klinischen Status nicht in einem Ausmaß bestätigt, das eine höhere funktionelle Beeinträchtigung oder eine höhere Bewertung des GdB rechtfertigen würde. Die dokumentierte leichte Gangveränderung ist durch die bekannte Polyneuropathie und posttraumatische Veränderungen plausibel, wurde jedoch bereits mit dem Rahmensatz von 30 % für die Polyneuropathie berücksichtigt. Ein höhergradiges Zusammenwirken mit anderen Leiden ergibt sich aus dem Status nicht.

2. Erhöhte Blutzucker- und Cholesterinwerte

In der Beschwerde wird angeführt, diese seien „nicht berücksichtigt worden“.

Bezug zum ärztlichen Status:

Im dokumentierten Befund finden sich keine Hinweise auf eine diagnostizierte Diabetes Erkrankung, diabetische Folgeerkrankungen, Gefäßkomplikationen oder eine behandlungsbedürftige Dyslipidämie.

Laborbefunde wurden nicht vorgelegt, ebenso fehlt eine bestehende medikamentöse Therapie.

3. Psychotherapeutische Behandlung seit 30.07.2024 bzw. Bestätigung vom 18.04.2025

Die Beschwerde führt an, es bestünden depressive Symptome, eine medikamentöse Behandlung sei notwendig.

Bezug zur Befundlage und zum psychischen Status:

- Psychotherapeutische Betreuung besteht, jedoch ohne Vorlage rezent objektivierender fachärztlicher Befunde (z. B. klinisch-psychiatrische Diagnostik, Verlaufsbeurteilung, standardisierte Testverfahren).

- Der erhobene Status psychicus war unauffällig, abgesehen von einer teilweisen Sprachbarriere.

- Frühere Befunde (z. B. HEMAYAT 2022, Dr. XXXX 2024) dokumentieren depressive Symptome, jedoch ohne aktuelle funktionelle Defizite.. Frühere Befunde (z. B. HEMAYAT 2022, Dr. römisch 40 2024) dokumentieren depressive Symptome, jedoch ohne aktuelle funktionelle Defizite..

- In der psychotherapeutischen Bestätigung vom 18.04.2025 werden Traumatisierungen und körperliche Beschwerden erwähnt, jedoch keine quantifizierten funktionellen Einschränkungen oder Änderung des Schweregrades der Depression.

Bewertung:

Auf Basis der vorgelegten Unterlagen ist weiterhin der untere Rahmensatz von 10 % für eine depressive Störung mit Somatisierung gerechtfertigt.

Ein höherer Grad wäre nur bei mittelgradigen oder schweren funktionellen Einschränkungen (z. B. deutliche Antriebsstörung, soziale Rückzugstendenz, ausgeprägte Affektstarre) angezeigt — diese sind im vorliegenden Status nicht dokumentiert.

4. Zu den körperlichen Schmerzen und der behaupteten Verschlechterung

Die Beschwerde spricht von zunehmenden Schmerzen und einer sich verschlechternden körperlichen Gesamtsituation.

- Es finden sich moderate degenerative Wirbelsäulenveränderungen mit lediglich endlagigen Bewegungsschmerzen, kein radikulärer Reiz, Lasegue negativ.

- Beweglichkeit der LWS/BWS zwar eingeschränkt, aber funktionell nicht höhergradig (FBA 20 cm).

- Nach der bimalleolären Fraktur rechts ist das Sprunggelenk stabil, keine Überwärmung oder Ödem, keine relevante Umfangsvermehrung.

-Im Gesamtstatus zeigen sich keine Hinweise auf eine relevante strukturelle Verschlechterung, die eine Höherstufung bedingen würde.

- Schmerzen sind nachvollziehbar, jedoch funktionell nur gering- bis mittelgradig wirksam, was in den bereits genannten Bewertungen (20 % Stütz- und Bewegungsapparat; 30 % Polyneuropathie) berücksichtigt ist.

Bewertung:

Der verfügbare klinische Status belegt keine wesentliche objektivierbare Verschlechterung der Funktionslage.

Die Beschwerden sind im Rahmen der bestehenden Diagnosen plausibel, rechtfertigen jedoch keine höhere GdB-Einstufung, da keine zusätzlichen strukturellen oder funktionellen Defizite dokumentiert wurden.

Die in der Beschwerde angeführten Punkte führen zu keiner Änderung der Einschätzung, da:

? Gleichgewichtsstörungen im Status nicht in relevantem Ausmaß objektivierbar waren.

? Erhöhte Laborwerte ohne Krankheitswert keine GdB-relevante Einschränkung darstellen.

? Die depressive Symptomatik trotz Therapie weiterhin dem unteren Rahmensatz entspricht, da keine funktionellen Defizite nachgewiesen wurden.

? Schmerzangaben nachvollziehbar sind, jedoch keine strukturelle oder funktionelle Verschlechterung dokumentiert ist.

4) Ergeben sich daraus Änderungen zum bisherigen Ergebnis?

Keine Änderung zu Vorgutachten vom 10.01.2025

Im Vergleich zum VGA 28.11.2019, 50 v.H., ist festzuhalten, dass im Vorgutachten eine Ataxie diagnostiziert wurde. Es ist jedoch weder im aktuellen Gutachten noch im VGA des FA für Neurologie eine relevante ataktische Gangbildstörung objektivierbar. Somit liegt eine Besserung vor, eine Neueinstufung ist erforderlich.

Untermauert wird die Besserung durch folgende klinische Untersuchungsergebnisse:

? Freies Stehen möglich, Einbeinstand mit Anhalten möglich

? Hinkfreies, wenn auch verlangsamt-kleinschrittiges Gangbild

- ? Kein Hinweis auf ataktische Gangstörung zum Untersuchungszeitpunkt
- ? Lasegue negativ, keine radikulären Zeichen
- ? Stabile Gelenke, keine relevanten Bewegungseinschränkungen außer endlagigem
- ? LWS-Schmerz
- ? Nach Sprunggelenksfraktur stabiler Zustand, keine Ödeme, keine Überwärmung, keine
- ? Konturveränderung
- ? Polyneuropathie: mäßige sensomotorische Ausfälle, jedoch funktionell nur
- ? geringgradige Einschränkungen
- ? Status psychicus unauffällig, keine Hinweise auf mittel- bis schwergradige depressive
- ? Symptomatik
- ? gute Kraftverhältnisse (KG 5/5)
- ? uneingeschränkte Beweglichkeit der meisten Gelenke
- ? keine relevante Ataxie
- ? normale Reflexe und Sensomotorik mit höchstens mäßigen Ausfällen

Diese Befunde sind inkompatibel mit einer 50%-Schädigung, die typischerweise ausgeprägte funktionelle Störungen voraussetzt (z. B. deutliche Gangunsicherheit, wesentliche Einschränkungen der Stand- und Gehfähigkeit, schwere sensorische oder motorische Ausfälle, manifeste psychische Einschränkungen).

5) Feststellung ob bzw. wann eine Nachuntersuchung erforderlich ist. Dauerzustand. Eine Nachuntersuchung ist nicht erforderlich.

Nachgereichte Befunde

Therapiebericht Physiotherapie, 07/2025

Fraktur bimalleolaris rechts, operiert am 26.01.2025.

Axonale sensomotorische Polyneuropathie.

Ataktische Gangstörung.

Degeneratives Wirbelsäulensyndrom.

Ambulanzbesuch, 10.09.2025

Vorstellung in der neurologischen Akutambulanz aufgrund seit Jahrzehnten bestehender Rückenschmerzen, einer unklaren Gangstörung sowie Taubheitsgefühlen in den Beinen. Die umfangreiche Abklärung zeige multiple thorakale und lumbale Diskusprotrusionen ohne Nachweis einer Myelopathie. Zusätzlich bestehe eine Tibiafraktur rechts. Die Schmerzen seien zuletzt unter Diclofenac 75 mg täglich kontrolliert. Im neurologischen Status: Patient selbstständig gehend; Kraft unauffällig, ausgenommen Zehen- und Fersenstand (in der direkten Prüfung KG 4-5). Tonus unauffällig. Muskeleigenreflexe fehlend. Hypästhesie distal an den unteren Extremitäten. Aus akut-neurologischer Sicht bestehe derzeit kein unmittelbarer Handlungsbedarf. Es wird angeregt, im niedergelassenen Bereich gegebenenfalls eine stationäre Aufnahme durch den behandelnden Neurologen/Orthopäden zu organisieren.

Die nachgereichten Befunde untermauern die getroffene Beurteilung.“

Mit Schreiben vom 18.12.2025 wurde dem Beschwerdeführer gemäß § 45 Abs. 3 AVG vom Bundesverwaltungsgericht das Ergebnis des Ermittlungsverfahrens zur Kenntnis gebracht und die Möglichkeit eingeräumt binnen zwei Wochen ab Zustellung eine Stellungnahme abzugeben. Mit Schreiben vom 18.12.2025 wurde dem Beschwerdeführer gemäß Paragraph 45, Absatz 3, AVG vom Bundesverwaltungsgericht das Ergebnis des Ermittlungsverfahrens zur Kenntnis gebracht und die Möglichkeit eingeräumt binnen zwei Wochen ab Zustellung eine Stellungnahme abzugeben.

Der vertretene Beschwerdeführer brachte mit Stellungnahme vom 13.01.2026 vor, dass entgegen der Ausführungen im Sachverständigengutachten, sehr wohl eine relevante ataktische Gangbildstörung vorliegend sei und habe sich diese

nicht verbessert. Diese Gang- und Standstörung sei bei der Beurteilung des Grades der Behinderung zu berücksichtigen.

Der rechtsanwaltlich vertretene Beschwerdeführer, die belangte Behörde, ein Dolmetscher der Sprache Dari sowie die im Verfahren beigezogene fachärztliche Sachverständige – welche den Beschwerdeführer persönlich untersucht hat – wurden mit Schreiben vom 04.02.2026 zur öffentlichen mündlichen Verhandlung am 12.03.2026 geladen.

Der Sachverständigen wurden alle bis zu diesem Zeitpunkt vorliegenden medizinischen Beweismittel, eingeholten Gutachten und die Stellungnahme vom 13.01.2026 zur Vorbereitung auf die mündliche Verhandlung übermittelt. Dazu legte die fachärztliche Sachverständige in der mündlichen Verhandlung nachfolgendes ergänzendes Sachverständigengutachten vor:

„Stellungnahme des BF vom 13.01.2026, vertreten durch RA Mag. H. Ayni-Rahmanzai, Der BF klagt über anhaltende Polyneuropathie, Gleichgewichts- und Gangstörungen, Schmerzen sowie depressiven Symptome, während das Gutachten nur mäßige funktionelle Einschränkungen objektiviere und den Grad der Behinderung mit 30% bestätige. Insbesondere wird vorgebracht, dass ein hinkendes, unsicheres Gangbild mit erheblichen Schwierigkeiten beim Gehen vorliege, entsprechend einer ataktischen Gangstörung, im GA 2019 zutreffend eingeordnet und seither nicht verbessert.

Stellungnahme:

Die im Beschwerdevorbringen angeführten Einwendungen führen zu keiner Änderung der bisherigen Einschätzung.

Im klinischen Status zeigte sich ein hinkfreies, verlangsamt kleinschrittiges Gangbild sowie mäßige funktionelle Einschränkungen. Zehen-, Fersen- und Einbeinstand war mit Anhalten möglich, ataktische Gangunsicherheiten konnten zum Untersuchungszeitpunkt nicht objektiviert werden. Auch neurologisch fanden sich keine höhergradigen motorischen Defizite.

Die im neurologischen Ambulanzbefund beschriebene selbständige Gehfähigkeit sowie nur mäßige sensomotorische Auffälligkeiten stehen im Einklang mit der bisherigen Bewertung. Hinsichtlich der psychischen Symptomatik liegt weiterhin lediglich eine psychotherapeutische Bestätigung ohne aktuelle fachärztlich-psychiatrische Befundung mit dokumentierten funktionellen Defiziten vor. Eine höhergradige depressive Beeinträchtigung ist aus den Unterlagen nicht ableitbar. Weitere angekündigte Befunde (insbesondere Laborbefunde) liegen nicht vor, sodass keine zusätzliche GdB-relevante Erkrankung oder Verschlechterung abgeleitet werden kann.

Besprechung relevanter Befunde:

Dr. XXXX ist keine Fachärztin für Neurologie, sondern FA für physikalische Medizin und Rehabilitation. Ihre Befunde enthalten keine neurologischen Testbefunde oder Funktionsprüfungen. Dr. römisch 40 ist keine Fachärztin für Neurologie, sondern FA für physikalische Medizin und Rehabilitation. Ihre Befunde enthalten keine neurologischen Testbefunde oder Funktionsprüfungen.

Demgegenüber basiert meine gutachterliche Beurteilung auf einem ausführlich erhobenen klinischen Status mit dokumentierten funktionellen Untersuchungsergebnissen.

Dr. XXXX ist Orthopäde und beschreibt eine Gangstörung unklarer Genese, keine weiteren Details zur Gangstörung. Dieser Befund steht nicht in Widerspruch zur getroffenen Beurteilung. Dr. römisch 40 ist Orthopäde und beschreibt eine Gangstörung unklarer Genese, keine weiteren Details zur Gangstörung. Dieser Befund steht nicht in Widerspruch zur getroffenen Beurteilung.

Dr. XXXX (NLG), 14.04.2025 Dr. römisch 40 (NLG), 14.04.2025

Peroneus-Neuropathie rechts; Knochenödem rechts.

Eine höhergradige Polyneuropathie ist nicht enthalten.

Beschreibung eines ataktischen Gangbilds:

Ein ataktisches Gangbild ist eine Koordinationsstörung der Fortbewegung und zeigt typischerweise einen breitbeinigen Stand und Gang zur Kompensation der Gleichgewichtsstörung.

Häufig kommt es zu seitlichem Ausbalancieren mit den Armen. Der Gang wirkt unsicher und schwankend, teilweise torkelnd, mit seitlichem Abweichen von der Gehlinie und gelegentlichen plötzlichen Ausgleichsschritten, vergleichbar

mit einem „betrunkenen“ Gangbild, weiteres irreguläre Schrittlängen und eine wechselnde Schrittfrequenz, wodurch ein unrhythmischer Gangablauf entsteht; die Standstabilität ist beeinträchtigt, deutliche Unsicherheit im freien Stand, der Einbeinstand ist meist nicht möglich, es wird häufig nach Halt gegriffen.

Stellungnahme zum Verlauf:

Bei Polyneuropathien mit ataktischen Gangstörungen sind funktionelle Verbesserungen durch Therapie, Physiotherapie, Gleichgewichtstraining und Hilfsmittelversorgung möglich. Der Verlauf kann undulierend sein, sodass sich Gangunsicherheit, Sensibilitätsstörungen oder Schmerzen phasenweise verstärken oder abschwächen.

Maßgeblich ist die aktuell objektivierte funktionelle Einschränkung, welche mehrmals in den Gutachten und im nachgereichten neurologischen Befund dokumentiert ist.

Insbesondere unter Beachtung der Beschreibung einer ataktischen Gangstörung ergeben sich keine Aspekte, die zu einer neuen Einschätzung führen würden:

Dem rechtlich vertretenen Beschwerdeführer wurde im Zuge der Verhandlung Gelegenheit gegeben, sich zum Sachverhalt und den eingeholten Gutachten eingehend zu äußern, zu den vorliegenden Gutachten Stellung zu nehmen und anhand von Fragen an die Sachverständige diese zu erörtern.

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

1. Feststellungen:

Der Beschwerdeführer stellte am 17.10.2024 einen Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses.

Der Beschwerdeführer hat seinen Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt im Inland.

Beim Beschwerdeführer liegen aktuell folgende Funktionseinschränkungen vor:

1 Polyneuropathie 04.06.01 30%

2 Degenerative und posttraumatische Veränderungen 02.02.01 20%

3 Gastroösophagealer Reflux 07.03.05 10%

4 Depressio mit Somatisierung 03.06.01 10%

Das Gangbild ist hinkfrei, leicht vorgeneigt, verlangsamt und kleinschrittig. Gleichgewichtsstörungen in relevantem Ausmaß und höhergradige motorische Defizite liegen nicht vor. Eine relevante ataktische Gangstörung ist nicht objektivierbar.

Die beim Beschwerdeführer vorliegenden Schmerzen sind funktionell nur gering- bis mittelgradig wirksam und in der Einstufung von Leiden 1 und Leiden 2 berücksichtigt.

Eine höhergradige depressive Beeinträchtigung ist nicht objektivierbar.

Eine Diabetes-Erkrankung, diabetische Folgeerkrankungen, Gefäßkomplikationen und eine behandlungsbedürftige Dyslipidämie sind nicht befundbelegt.

Leiden 1 wird durch die übrigen Leiden nicht weiter erhöht, da kein maßgebliches ungünstiges Zusammenwirken vorliegt.

Der beim Beschwerdeführer vorliegende Gesamtgrad der Behinderung beträgt 30 v.H.

2. Beweiswürdigung:

Die Feststellungen zur Einbringung des Antrages auf Ausstellung eines Behindertenpasses und zum Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt ergeben sich aus dem Akteninhalt.

Die Feststellungen zu den behinderungsrelevanten Funktionseinschränkungen und zum Grad der Behinderung ergeben sich aus den Sachverständigengutachten eines Facharztes für Neurologie und Psychiatrie vom 10.01.2025 samt ergänzender fachärztlicher Stellungnahme vom 07.03.2025 sowie den Sachverständigengutachten einer Fachärztin für Unfallchirurgie/Orthopädie und Ärztin für Allgemeinmedizin vom 06.12.2025 und vom 12.03.2026 und den diesbezüglichen Erörterungen durch die fachärztliche Sachverständige in der mündlichen Verhandlung.

In diesen fachärztlichen Sachverständigengutachten, ergänzt um die sachverständigen Ausführungen in der

mündlichen Verhandlung, wurde ausführlich, nachvollziehbar und schlüssig – unter Berücksichtigung der vorgelegten medizinischen Befunde und der durchgeführten persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers – ausführlich auf die Art seiner Leiden und deren Ausmaß eingegangen.

Zu Beginn der mündlichen Verhandlung von der vorsitzenden Richterin zu seinen gesundheitlichen Beschwerden befragt gab der Beschwerdeführer im Wesentlichen an, er könne nicht richtig gehen, sein Gleichgewicht nicht halten und er habe kein Gefühl in den Beinen. Befragt, ob er in fachärztlicher Behandlung stehe, gab der Beschwerdeführer an, er gehe wegen seiner Beine jeden Monat oder alle zwei Monate, je nachdem wie viele Termine er bekomme, zur Kontrolle in ein Spital.

Zur aktuellen Medikation in der mündlichen Verhandlung befragt, wurde von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein Patientenbrief zu Kontrolluntersuchungen an einer neurologischen Abteilung einer Klinik vom 19.01.2026 samt Elektrophysiologie betreffend die bereits bekannte Diagnose der Polyneuropathie (Anm. Beilage./A) an die fachärztlichen Sachverständige ausgehändigt und von dieser dazu ausgeführt, dass die Medikamente bekannt seien, lediglich Novalgin sei nicht angeführt dafür aber Diclofenac. Weiters sei dem Patientenbrief ein „Versuch mit Pregabalin“ mit steigender Dosierung zu entnehmen. Das Medikament Pregabalin werde ganz allgemein bei neuropathischen Beschwerden bzw. bei Polyneuropathie eingenommen, bei der persönlichen Begutachtung sei die Einnahme vom Beschwerdeführer auch noch angegeben worden. Dazu konkret befragt gab der Beschwerdeführer an, er nehme Pregabalin, wobei er seit ca. einer Woche kein Pregabalin mehr zu Hause habe, er müsse sich erst ein neues Rezept dafür holen. Die Frage der beisitzenden Richterin, ob bei der aktuellen Medikation noch andere Medikamente, außer Pregabalin, zur Behandlung von Polyneuropathie angeführt seien, beantwortete die fachärztliche Sachverständige mit „Nein“. Zur aktuellen Medikation in der mündlichen Verhandlung befragt, wurde von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein Patientenbrief zu Kontrolluntersuchungen an einer neurologischen Abteilung einer Klinik vom 19.01.2026 samt Elektrophysiologie betreffend die bereits bekannte Diagnose der Polyneuropathie Anmerkung Beilage./A) an die fachärztlichen Sachverständige ausgehändigt und von dieser dazu ausgeführt, dass die Medikamente bekannt seien, lediglich Novalgin sei nicht angeführt dafür aber Diclofenac. Weiters sei dem Patientenbrief ein „Versuch mit Pregabalin“ mit steigender Dosierung zu entnehmen. Das Medikament Pregabalin werde ganz allgemein bei neuropathischen Beschwerden bzw. bei Polyneuropathie eingenommen, bei der persönlichen Begutachtung sei die Einnahme vom Beschwerdeführer auch noch angegeben worden. Dazu konkret befragt gab der Beschwerdeführer an, er nehme Pregabalin, wobei er seit ca. einer Woche kein Pregabalin mehr zu Hause habe, er müsse sich erst ein neues Rezept dafür holen. Die Frage der beisitzenden Richterin, ob bei der aktuellen Medikation noch andere Medikamente, außer Pregabalin, zur Behandlung von Polyneuropathie angeführt seien, beantwortete die fachärztliche Sachverständige mit „Nein“.

Da in der Beschwerde und in der Stellungnahme im Wesentlichen vorgebracht wurde, dass der Beschwerdeführer an Gleichgewichts- und Gangstörungen und insbesondere an einer ataktischen Gangstörung leide, hat die fachärztliche Sachverständige, entsprechend ihrem Gutachten vom 12.03.2026, ein ataktisches Gangbild in der mündlichen Verhandlung wie folgt beschrieben: „Ein ataktisches Gangbild ist eine Koordinationsstörung der Fortbewegung und zeigt typischerweise einen breitbeinigen Stand und Gang zur Kompensation der Gleichgewichtsstörung. Häufig kommt es zu seitlichem Ausbalancieren mit den Armen. Der Gang wirkt unsicher und schwankend, teilweise torkelnd, mit seitlichem Abweichen von der Gehlinie und gelegentlichen plötzlichen Ausgleichsschritten, vergleichbar mit einem „betrunkenen“ Gangbild, weiteres irreguläre Schrittlängen und eine wechselnde Schrittfrequenz, wodurch ein unrhythmischer Gangablauf entsteht; die Standstabilität ist beeinträchtigt, deutliche Unsicherheit im freien Stand, der Einbeinstand ist meist nicht möglich, es wird häufig nach Halt gegriffen.“

Sodann ersuchte die fachärztliche Sachverständige den Beschwerdeführer das Gehen im Verhandlungssaal vorzuführen. Nachdem der Beschwerdeführer das Gehen im Saal nur unter Verwendung von zwei Krücken vorgezeigt hat, ersuchte ihn die fachärztliche Sachverständige ohne Gehhilfe zu gehen, und gab die Rechtsvertreterin dazu an, dass er dies seit seinem Sturz (Anm. 26.01.2025) mit nachfolgender Operation nicht mehr könne. Die fachärztliche Sachverständige führte dazu aus, dass es sich dabei um eine Verletzung des Sprunggelenkes mit Verletzung des Innen- und Außenknöchels gehandelt habe, die operativ versorgt worden sei, und dies kein Grund sei, ein Jahr nach dieser Verletzung immer noch mit zwei Krücken zu gehen. Nachdem die fachärztliche Sachverständige den Beschwerdeführer in weiterer Folge ersuchte mit einer Krücke zu gehen, gab er an, dass er nicht mit einer Krücke gehen könne, da er kein Gleichgewicht habe, es fühle sich an, als ob ihm jemand einen „Schubs“ gebe oder ihn drücke. Wenn er stehe und die

Augen zu mache, spüre er, dass er nach rechts oder nach links falle, er könne nicht gerade stehen. Auf die Frage der Sachverständigen, ob er die Krücken nun aufgrund der vorgebrachten Gleichgewichtsstörung oder der Sprunggelenksverletzung verwende, antwortete der Beschwerdeführer, seit dem Unfall sei sein Gleichgewicht ganz schlecht, sein Fuß sei wie ein Stock, er habe kein Gefühl in den Beinen und nach wenigen Minuten habe er eine Schwellung. Befragt, ob er frei stehen könne, verneinte der Beschwerdeführer und gab an, er müsse sich mindestens mit einer Hand festhalten. Sodann ersuchte die fachärztliche Sachverständige den Beschwerdeführer das Gehen im Verhandlungssaal vorzuführen. Nachdem der Beschwerdeführer das Gehen im Saal nur unter Verwendung von zwei Krücken vorgezeigt hat, ersuchte ihn die fachärztliche Sachverständige ohne Gehhilfe zu gehen, und gab die Rechtsvertreterin dazu an, dass er dies seit seinem Sturz Anmerkung 26.01.2025) mit nachfolgender Operation nicht mehr könne. Die fachärztliche Sachverständige führte dazu aus, dass es sich dabei um eine Verletzung des Sprunggelenkes mit Verletzung des Innen- und Außenknöchels gehandelt habe, die operativ versorgt worden sei, und dies kein Grund sei, ein Jahr nach dieser Verletzung immer noch mit zwei Krücken zu gehen. Nachdem die fachärztliche Sachverständige den Beschwerdeführer in weiterer Folge ersuchte mit einer Krücke zu gehen, gab er an, dass er nicht mit einer Krücke gehen könne, da er kein Gleichgewicht habe, es fühle sich an, als ob ihm jemand einen „Schubs“ gebe oder ihn drücke. Wenn er stehe und die Augen zu mache, spüre er, dass er nach rechts oder nach links falle, er könne nicht gerade stehen. Auf die Frage der Sachverständigen, ob er die Krücken nun aufgrund der vorgebrachten Gleichgewichtsstörung oder der Sprunggelenksverletzung verwende, antwortete der Beschwerdeführer, seit dem Unfall sei sein Gleichgewicht ganz schlecht, sein Fuß sei wie ein Stock, er habe kein Gefühl in den Beinen und nach wenigen Minuten habe er eine Schwellung. Befragt, ob er frei stehen könne, verneinte der Beschwerdeführer und gab an, er müsse sich mindestens mit einer Hand festhalten.

Die fachärztliche Sachverständige führte dazu in der mündlichen Verhandlung aus, dass eine Verschlechterung der Polyneuropathie aufgrund der Sprunggelenksfraktur auszuschließen sei. Dem heute vorgelegten neurologischen Patientenbrief vom 19.01.2026 sei zu entnehmen, dass der Armhalteversuch und der Finger-Nase-Versuch mit geschlossenen Augen unauffällig gewesen sei. Diese beiden Versuche gingen nur im freien Stehen, und liege nunmehr eine gewisse Diskrepanz zu dem in der Verhandlung getätigten Vorbringen des Beschwerdeführers vor. Zur diesbezüglichen Antwort des Beschwerdeführers, wonach er bei diesen Versuchen gesessen sei, führte die fachärztliche Sachverständige aus, dass ein Armhalteversuch im Sitzen nicht durchgeführt werde, da dies keinen Sinn mache. Auf das weitere Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach er gelegen sei und mit dem Zeigefinger seine Zehen berühren sowie seine Beine heben habe müssen, antwortete die Sachverständige, dass es sich dabei um den Knie-Hacken-Versuch handle und beschrieb das von ihr beim Beschwerdeführer in der Verhandlung wahrgenommene Gangbild als leicht vorgeneigt, etwas verlangsamt, minimal rechts hinkend bei normaler Spurbreite und seitengleicher Schrittlänge. Insgesamt sei es ein nicht breitbeiniges, rhythmisches Gehen. Beim Aufstehen und Gehen um den Pult habe beim Manöver die seitlich liegende Krücke wegzugeben und wieder zu ergreifen eine Unsicherheit nicht festgestellt werden können, der Beschwerdeführer habe sich unauffällig und ohne Unsicherheit im Stand drehen und seitlich hinunterbeugen können, wobei er sich mit der rechten Hand angehalten habe. Zusammenfassend sei ein breitbeiniges, dysmetrisches, ataktisches Bewegen und Gehen nicht festzustellen gewesen. Auch wenn man sich mit einer Hand anhalte, könne man eine Ataxie nicht so kompensieren, dass man nicht trotzdem versuche mit beiden Beinen breitbeinig zu stehen, um eine Unsicherheit zu kompensieren. Breitbeiniges Gehen, auch mit Anhalten, sei unerlässlich für eine Ataxie. Auf die Frage der Rechtsvertreterin, ob die fachärztliche Sachverständige demnach eine Ataxie zur Gänze ausschließe, antwortete die Gutachterin, dass sie weder anlässlich der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers noch nach Beobachtung in der mündlichen Verhandlung eine Ataxie festgestellt habe. Zum Hinweis der Rechtsvertreterin, wonach der Elektrophysiologie vom 12.11.2025 zu entnehmen sei „Der Befund wäre vor allem mit einer sensiblen axonalen Polyneuropathie vereinbar“, führte die Sachverständige aus, dass dies nicht im Widerspruch mit ihrer gutachterlichen Beurteilung stehe, wonach die Polyneuropathie entsprechend der vorliegenden Befunde der Nervenleitgeschwindigkeit - wie auch bereits im neurologischen Gutachten vom 20.01.2025 - mit 30% eingestuft worden sei, und darin seien die mäßigen sensomotorischen Ausfälle erfasst. Dass eine Polyneuropathie vorliege sei unbestritten, ausschlaggebend sei aber, wie stark diese Funktionseinschränkung ausgeprägt sei.

Die Rechtsvertreterin brachte weiters vor, dass sie nicht verstehe, aus welchem Grund - entsprechend den Ausführungen im Patientenbrief vom 19.01.2026 „H.a. sensible axonale PNP, bei Schmerzen ausstrahlend in beide UE-Versuch mit Pregabalin“ - mit dem Medikament begonnen werde, wenn gar keine Ataxie vorliege. Dazu führte die fachärztliche Sachverständige aus, H.a. bedeute Hinweis auf sensible axonale Polyneuropathie, und genau das sei

eingestuft worden. Schmerzen und Ataxie seien verschiedene Dinge und man könne mit Pregabalin die Schmerzen und die unangenehmen Missempfindungen bei Polyneuropathie lindern. Das Medikament Pregabalin habe eine kurze Halbwertszeit und müsse deshalb mehrmals, zumindest zwei Mal täglich eingenommen werden. Wenn der Beschwerdeführer nunmehr angibt, er habe das Medikament eine Woche nicht mehr eingenommen und er habe es auch nicht sofort wieder organisiert, sei davon auszugehen, dass die Schmerzen nicht so groß seien. Bei einer Polyneuropathie komme es darauf an, wie stark ausgeprägt die Funktionsstörungen seien und es galt zu beurteilen, wie stark die für eine Polyneuropathie typischen Gangbild- und Gleichgewichtsstörungen seien. Sehr ausgeprägt seien sie im gegenständlichen Fall nicht, da sonst – wie im neurologischen Patientenbrief vom 19.01.2026 beschrieben – der Armhalteversuch und der Nasen-Finger-Versuch nicht unauffällig gewesen wären.

Zum weiteren Hinweis der Rechtsvertreterin, dass im Patientenbrief vom 19.01.2026 im neurologischen Status auch festgehalten sei „KHV links > rechts Ataktisch (i.S. einer sensorischen Ataxie)“, führte die fachärztliche Sachverständige aus, wenn es im Liegen im Knie-Hacken-Versuch ataktisch sei, dann passe dies zur Polyneuropathie im eingestuften Ausmaß und stehe das nicht im Widerspruch dazu. Es könne bei einem Funktionstest schon eine ataktische Störung festgestellt werden, diese wirke sich aber nicht auf das Gangbild aus.

Die Gutachterin wies weiters darauf hin, dass bei Polyneuropathien mit ataktischen Gangstörungen funktionelle Verbesserungen durch Therapie, Physiotherapie, Gleichgewichtstraining und Hilfsmittelversorgung möglich seien.

Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die Inanspruchnahme von Therapien grundsätzlich zumutbare Therapieoptionen darstellen, eine Therapierefraktion – das heißt keine therapeutische Option ist mehr offen – wurde vom Beschwerdeführer nicht nachgewiesen. Zur Absolvierung von Therapien in der mündlichen Verhandlung befragt gab der Beschwerdeführer an, er habe bis Weihnachten 2025 Physiotherapie in Anspruch genommen, derzeit gehe er nicht zur Therapie, da er wieder auf Termine warten müsse, privat könne er sich eine Therapie nicht leisten.

Zum Krankheitsverlauf führte die Sachverständige weiters aus, dass dieser undulierend sein könne, sodass sich Gangunsicherheit, Sensibilitätsstörungen oder Schmerzen phasenweise verstärken oder abschwächen. Maßgeblich sei die aktuell objektivierte funktionelle Einschränkung, welche mehrmals in den Gutachten und im nachgereichten neurologischen Befund dokumentiert sei. Im Falle des Beschwerdeführers sei ein rasch progredienter Verlauf den Beweismitteln jedenfalls nicht zu entnehmen.

Auf die Frage der beisitzenden Richterin, ob es auch bei der Einschätzung unter der Positionsnummer 04.06.01 der Anlage zur Einschätzungsverordnung bliebe falls eine leichte Ataxie vorliege, antwortete die Gutachterin, dass die Positionsnummer 04.06.01 sensible und motorische Ausfälle leichten Grades umfasse und genau dies liege beim Beschwerdeführer vor. Diesbezüglich könne auch auf den in der Verhandlung vorgelegten Patientenbrief vom 19.01.2026 verwiesen werden, wonach die Kraftgrade mit zwei Mal KG 4 und sonst KG 5 (Anm. KG5 = Maximum) angegeben wurden, also leichten Grades. Zu den sensiblen Ausfällen sei zu sagen, dass die Gefühlsstörungen vom Beschwerdeführer sehr unterschiedlich angegeben würden. Im neurologischen Patientenbrief vom 19.01.2026 würden Sensibilitätsstörungen in den Zehen angegeben, dies decke sich mit den Angaben anlässlich der persönlichen Untersuchung, nämlich „spüre die Zehen nicht, abwärts von den Kniegelenken Gefühlsstörungen“ und sei das mit einem leichtem Grad vereinbar. Diese Position beziehe sich auf sensible und motorische Störungen und man müsse die Tiefensensibilität, welche Gleichgewichtsstörungen verursache, mit aufnehmen. Diese seien jedoch geringen Grades ausgeprägt und gäbe es daher keinen Hinweis dafür von der gewählten Position abzuweichen. Diesbezüglich hat die fachärztliche Sachverständige bereits im Gutachten vom 06.12.2025 ausgeführt, dass subjektive Gleichgewichtsbeschwerden durch den klinischen Status nicht in einem Ausmaß bestätigt würden, dass sie eine höhere funktionelle Beeinträchtigung oder eine höhere Einschätzung des Grades der Behinderung rechtfertigen würden. Die dokumentierte leichte Gangveränderung sei durch die bekannte Polyneuropathie und posttraumatische Veränderungen plausibel, jedoch seien diese bereits in der Einschätzung von Leiden 1 mit dem Rahmensatz 30% berücksichtigt worden. Festzuhalten ist, dass sich dies auch mit der Einschätzung von Leiden 1 „Polyneuropathie“ im neurologischen Gutachten vom 20.01.2025 deckt, wonach lediglich mäßige Funktionsausfälle objektiviert werden konnten und eine wesentliche Gangstörung nicht festgestellt werden konnte. Der neurologische Sachverständige stellte weiters fest, dass der Mangel an Therapienachweisen auf eine Verbesserung schließen lasse. Auf die Frage der beisitzenden Richterin, ob es auch bei der Einschätzung unter der Positionsnummer 04.06.01 der Anlage zur Einschätzungsverordnung bliebe falls eine leichte Ataxie vorliege, antwortete die Gutachterin, dass die Positionsnummer 04.06.01 sensible und motorische Ausfälle leichten Grades umfasse und genau dies liege beim

Beschwerdeführer vor. Diesbezüglich könne auch auf den in der Verhandlung vorgelegten Patientenbrief vom 19.01.2026 verwiesen werden, wonach die Kraftgrade mit zwei Mal KG 4 und sonst KG 5 Anmerkung KG5 = Maximum) angegeben wurden, also leichten Grades. Zu den sensiblen Ausfällen sei zu sagen, dass die Gefühlsstörungen vom Beschwerdeführer sehr unterschiedlich angegeben würden. Im neurologischen Patientenbrief vom 19.01.2026 würden Sensibilitätsstörungen in den Zehen angegeben, dies decke sich mit den Angaben anlässlich der persönlichen Untersuchung, nämlich „spüre die Zehen nicht, abwärts von den Kniegelenken Gefühlsstörungen“ und sei das mit einem leichtem Grad vereinbar. Diese Position beziehe sich auf sensible und motorische Störungen und man müsse die Tiefensensibilität, welche Gleichgewichtsstörungen verursache, mit aufnehmen. Diese seien jedoch geringen Grades ausgeprägt und gäbe es daher keinen Hinweis dafür von der gewählten Position abzuweichen. Diesbezüglich hat die fachärztliche Sachverständige bereits im Gutachten vom 06.12.2025 ausgeführt, dass subjektive Gleichgewichtsbeschwerden durch den klinischen Status nicht in einem Ausmaß bestätigt würden, dass sie eine höhere funktionelle Beeinträchtigung oder eine höhere Einschätzung des Grades der Behinderung rechtfertigen würden. Die dokumentierte leichte Gangveränderung sei durch die bekannte Polyneuropathie und posttraumatische Veränderungen plausibel, jedoch seien diese bereits in der Einschätzung von Leiden 1 mit dem Rahmensatz 30% berücksichtigt worden. Festzuhalten ist, dass sich dies auch mit der Einschätzung von Leiden 1 „Polyneuropathie“ im neurologischen Gutachten vom 20.01.2025 deckt, wonach lediglich mäßige Funktionsausfälle objektiviert werden konnten und eine wesentliche Gangstörung nicht festgestellt werden konnte. Der neurologische Sachverständige stellte weiters fest, dass der Mangel an Therapienachweisen auf eine Verbesserung schließen lasse.

Die fachärztliche Sachverständige führte in der mündlichen Verhandlung ergänzend aus, auch wenn man sich nur auf die Gleichgewichtsstörungen unter der Positionsnummer 12.03 der Anlage zur Einschätzungsverordnung beziehen würde, wäre bei einer Einschätzung mit 50% eine schwere Gleichgewichtsstörung mit erheblichen Unsicherheiten sowie erhebliche Schwierigkeiten beim Gehen und Stehen vorliegend, welche - wie oben bereits umfassend dargelegt - beim Beschwerdeführer allerdings definitiv nicht gegeben seien.

Zum Vorbringen der Rechtsvertreterin in der mündlichen Verhandlung und der Beschwerde, wonach in einem Vorgutachten aus dem Jahr 2019 eine „Gangstörung mit Ataxie, axonale sensomotorische Polyneuropathie, Muskelschwäche (50%)“ diagnostiziert worden sei und ob diese jetzt weggefallen sei, führte die fachärztliche Sachverständige bereits im Gutachten vom 06.12.2025 aus, dass weder in der aktuellen gutachterlichen Beurteilung noch im neurologischen Vorgutachten vom 20.01.2025 eine relevante ataktische Gangbildstörung objektivierbar gewesen sei. Somit liege auch eine Besserung vor und sei ein Grund zur Neueinstufung gegeben. Auch die vorliegenden Befunde seien mit einer 50%-Schädigung nicht kompatibel, da diese typischerweise eine ausgeprägte funktionelle Störung – wie deutliche Gangunsicherheit, wesentliche Einschränkungen der Stand- und Gehfähigkeit, schwere sensorische oder motorische Ausfälle, manifeste psychische Einschränkungen – voraussetze. Auch eine Muskelschwäche liege nicht vor.

In der mündlichen Verhandlung wurde diese Einschätzung fachärztlich bekräftigt und führte die Gutachterin dazu wiederholt aus, es liege eine einschätzungsrelevante Polyneuropathie vor und könnten die damit einhergehenden Gangbildstörungen einen undulierenden Verlauf nehmen, manchmal besser, manchmal schlechter. Im Jahr 2019 könnte auch eine Aggravierungstendenz vorgelegen sein, dass lasse sich aber jetzt nicht mehr nachvollziehen. Das Wesentliche seien aber die aktuell objektivierbaren Funktionseinschränkungen und die seien eingestuft worden. Eine Muskelschwäche liege auch heute nicht vor.

Zu den Leiden 3 „Gastroösophagealer Reflux“ und 4 „Depressio und Somatisierung“ wurde in der mündlichen Verhandlung kein Vorbringen erstattet und wurden die diesbezüglichen gutachterlichen Einschätzungen nicht beanstandet.

Aufgrund vorgelegter psychotherapeutischer Bestätigungen hat die fachärztliche Sachverständige in ihrem Gutachten vom 06.12.2025 dazu ausgeführt, dass auf Basis der vorgelegten Unterlagen für Leiden 4 weiterhin der untere Rahmensatz von 10% der Positionsnummer 03.06.01 der Anlage zur Einschätzungsverordnung zur Anwendung komme und gerechtfertigt sei. Ein höherer Grad wäre nur bei mittelgradigen oder schweren funktionellen Einschränkungen wie deutliche Antriebsstörung, soziale Rückzugstendenz, ausgeprägte Affektstarre angezeigt, dies sei jedoch im vorliegenden Status nicht dokumentiert. Gegenteiliges kam in der mündlichen Verhandlung auch nicht hervor.

Zum Vorbringen in der Beschwerde, wonach erhöhte Blutzucker- und Cholesterinwerte bei der gutachterlichen Einschätzung nicht berücksichtigt worden seien, führte die fachärztliche Sachverständige im Gutachten vom 06.12.2025 aus, dass sich in dokumentierten Befunden keine Hinweise auf eine diagnostizierte Diabetes-Erkrankung, diabetische Folgeerkrankungen, Gefäßkomplikationen oder eine behandlungsbedürftige Dyslipidämie finden würden. Es seien auch keine diesbezüglichen Laborbefunde vorgelegt worden und es fehle eine bestehende medikamentöse Therapie. In der mündlichen Verhandlung wurde kein Vorbringen dazu erstattet.

Die fachärztliche Sachverständige hat ihre gutachterlichen Beurteilungen in der mündlichen Verhandlung am 12.03.2026 bekräftigt und zusammenfassend ausgeführt, dass sich auch nach den Ergebnissen der mündlichen Verhandlung, nach Durchsicht der Stellungnahme vom 13.01.2026 und der vorgelegten medizinischen Beweismittel keine Änderung ihrer gutachterlichen Beurteilung ergibt.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass alle medizinisch nachgewiesenen Beschwerden und Leiden in den zu Grunde gelegten fachärztlichen Sachverständigengutachten entsprechend der Anlage zur Einschätzungsverordnung beurteilt wurden.

Zur Feststellung, dass Leiden 1 durch die übrigen Leiden nicht weiter erhöht wird, da kein maßgebliches ungünstiges Zusammenwirken vorliegt, hat die fachärztliche Sachverständige im Gutachten vom 06.12.2026 bekräftigt, dass sich aus dem Status kein höhergradiges Zusammenwirken mit anderen Leiden ergibt.

Insgesamt hat der rechtlich vertretene Beschwerdeführer sohin weder mit seiner Stellungnahme noch in seiner Beschwerde noch in der mündlichen Verhandlung Einwendungen erhoben bzw. medizinische Beweismittel vorgelegt, welche das Ergebnis des Ermittlungsverfahrens zu entkräften vermochten. Der Beschwerdeführer ist den ärztlichen Sachverständigengutachten auch nicht auf gleicher fachlicher Ebene entgegengetreten, er hat kein Sachverständigengutachten oder eine sachverständige Aussage vorgelegt, in welcher die Auffassung vertreten worden wäre, dass die Annahmen und Schlussfolgerungen der befassten fachärztlichen Sachverständigen unschlüssig oder unzutreffend seien.

Seitens des Bundesverwaltungsgerichtes bestehen daher keine Zweifel an der Richtigkeit, Vollständigkeit und Schlüssigkeit der fachärztlichen Sachverständigengutachten vom 20.01.2025, vom 06.12.2025, vom 12.03.2026 und der ergänzenden fachärztlichen Stellungnahme vom 07.03.2025 - ergänzt durch die fachärztlichen Ausführungen in der mündlichen Verhandlung am 12.03.2026 -, und wurden diese daher in freier Beweiswürdigung der Entscheidung zu Grunde gelegt.

3. Rechtliche Beurteilung:

Gemäß § 6 BVwGG entscheidet das Bundesverwaltungsgericht durch Einzelrichter, sofern nicht in Bundes- oder Landesgesetzen die Entscheidung durch Senate vorgesehen ist. Gemäß Paragraph 6, 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 Antragstellung eines Behindertenpasses, auf Vornahme von Zusatzeintragungen oder auf Einschätzung des Grades der Behinderung die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts durch Senat zu erfolgen. Gegenständlich liegt somit Senatzuständigkeit vor. Gemäß Paragraph 45, Absatz 3, BBG hat in Verfahren auf Antragstellung eines Behindertenpasses, auf Vornahme von Zusatzeintragungen oder auf Einschätzung des Grades der Behinderung die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts durch Senat zu erfolgen. Gegenständlich liegt somit Senatzuständigkeit vor.

Gemäß § 28 Abs. 1 VwGVG hat das Verwaltungsgericht, sofern die Beschwerde nicht zurückzuweisen oder das Verfahren einzustellen ist, die Rechtssache durch Erkenntnis zu erledigen. Gemäß Paragraph 28, Absatz eins, VwGVG hat das Verwaltungsgericht, sofern die Beschwerde nicht zurückzuweisen oder das Verfahren einzustellen ist, die Rechtssache durch Erkenntnis zu erledigen.

Zu Spruchpunkt A) Abweisung der Beschwerde:

Gemäß § 40 Abs. 1 Bundesbehindertengesetz (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 Gemäß Paragraph 40, Absatz eins, Bundesbehindertengesetz (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 (Paragraph 45,) ein Behindertenpass auszustellen, wenn

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

Gemäß § 40 Abs. 2 BBG ist 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 hierzu ermächtigt ist. Gemäß Paragraph 40, Absatz 2, BBG ist Menschen, die nicht dem im Absatz eins, 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 hierzu ermächtigt ist.

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

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

Gemäß § 42 Abs. 1 BBG ist der Behindertenpass ein amtlicher Lichtbildausweis und hat den Vornamen sowie den Familiennamen, das Geburtsdatum, eine allfällige Versicherungsnummer und den festgestellten Grad der Behinderung oder 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 Menschen mit Behinderungen zulässig. Die Eintragung ist vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen vorzunehmen. Gemäß Paragraph 42, Absatz eins, BBG ist der Behindertenpass ein amtlicher Lichtbildausweis und hat den Vornamen sowie den Familiennamen, das Geburtsdatum, eine allfällige Versicherungsnummer und den festgestellten Grad der Behinderung

oder 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 Menschen mit Behinderungen 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 Paragraph 42, Absatz 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 beim Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen einzubringen. Gemäß Paragraph 45, Absatz eins, BBG sind Anträge auf Ausstellung eines Behindertenpasses, auf Vornahme einer Zusatzeintragung oder auf Einschätzung des Grades der Behinderung unter Anschluss der erforderlichen Nachweise beim Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen einzubringen.

Gemäß § 45 Abs. 2 BBG ist ein Bescheid nur dann zu erteilen, wenn einem Antrag gemäß Abs. 1 leg. cit. nicht stattgegeben, das Verfahren eingestellt (§ 41 Abs. 3) der Behindertenpass gemäß § 43 Abs. 1 oder der Parkausweis für Menschen mit Behinderungen gemäß § 43 Abs. 1a eingezogen wird. Dem ausgestellten Behindertenpass kommt Bescheidcharakter zu. Der Behindertenpass ist kein Nachweis im Sinne des § 14 Abs. 1 des Behinderteneinstellungsgesetzes (BEinstG), BGBl. Nr. 22/1970, in der jeweils geltenden Fassung. Gemäß Paragraph 45, Absatz 2, BBG ist ein Bescheid nur dann zu erteilen, wenn einem Antrag gemäß Absatz eins, leg. cit. nicht stattgegeben, das Verfahren eingestellt (Paragraph 41, Absatz 3,) der Behindertenpass gemäß Paragraph 43, Absatz eins, oder der Parkausweis für Menschen mit Behinderungen gemäß Paragraph 43, Absatz eins a, eingezogen wird. Dem ausgestellten Behindertenpass kommt Bescheidcharakter zu. Der Behindertenpass ist kein Nachweis im Sinne des Paragraph 14, Absatz eins, des Behinderteneinstellungsgesetzes (BEinstG), Bundesgesetzblatt Nr. 22 aus 1970,, in der jeweils geltenden Fassung.

Gemäß § 35 Abs. 1 EStG steht dem Steuerpflichtigen, der außergewöhnliche Belastungen durch eine eigene körperliche oder geistige Behinderung hat und weder der Steuerpflichtige noch sein (Ehe-)Partner noch sein Kind eine pflegebedingte Geldleistung (Pflegegeld, Pflegezulage, Blindengeld oder Blindenzulage) erhält, ein Freibetrag gemäß Abs. 3 leg. cit. zu. Gemäß Paragraph 35, Absatz eins, EStG steht dem Steuerpflichtigen, der außergewöhnliche Belastungen durch eine eigene körperliche oder geistige Behinderung hat und weder der Steuerpflichtige noch sein (Ehe-)Partner noch sein Kind eine pflegebedingte Geldleistung (Pflegegeld, Pflegezulage, Blindengeld oder Blindenzulage) erhält, ein Freibetrag gemäß Absatz 3, leg. cit. zu.

Gemäß § 35 Abs. 2 EStG bestimmt sich die Höhe des Freibetrages nach dem Ausmaß der Minderung der Erwerbsfähigkeit (Grad der Behinderung). Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (Grad der Behinderung) richtet sich in Fällen, Gemäß Paragraph 35, Absatz 2, EStG bestimmt sich die Höhe des Freibetrages nach dem Ausmaß der Minderung der Erwerbsfähigkeit (Grad der Behinderung). Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (Grad der Behinderung) richtet sich in Fällen,

1. in denen Leistungen wegen einer Behinderung erbracht werden, nach der hierfür maßgebenden Einschätzung,
 2. in denen keine eigenen gesetzlichen Vorschriften für die Einschätzung bestehen, nach § 7 und § 9 Abs. 1 des Kriegsoferversorgungsgesetzes 1957 bzw. nach der Einschätzungsverordnung, BGBl. II Nr. 162/2010, die die von ihr umfassten Bereiche.
2. in denen keine eigenen gesetzlichen Vorschriften für die Einschätzung bestehen, nach Paragraph 7 und Paragraph 9, Absatz eins, des Kriegsoferversorgungsgesetzes 1957 bzw. nach der Einschätzungsverordnung, Bundesgesetzblatt Teil 2, Nr. 162 aus 2010,, die die von ihr umfassten Bereiche.

Die Tatsache der Behinderung und das Ausmaß der Minderung der Erwerbsfähigkeit (Grad der Behinderung) sind durch eine amtliche Bescheinigung der für diese Feststellung zuständige Stelle nachzuweisen.

Zuständige Stelle ist:

? der Landeshauptmann bei Empfängern einer Opferrente (§ 11 Abs. 2 des Opferfürsorgegesetzes, BGBl. Nr. 183/1947)? der Landeshauptmann bei Empfängern einer Opferrente (Paragraph 11, Absatz 2, des Opferfürsorgegesetzes, Bundesgesetzblatt Nr. 183 aus 1947,)

? Die Sozialversicherungsträger bei Berufskrankheiten oder Berufsunfällen von Arbeitnehmern.

? In allen übrigen Fällen sowie beim Zusammentreffen von Behinderungen verschiedener Arten das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen; diese hat den Grad der Behinderung durch Ausstellung eines Behindertenpasses nach §§ 40 ff des Bundesbehindertengesetzes, im negativen Fall durch einen in Vollziehung diese Bestimmungen ergangen Bescheid zu erstellen.? In allen übrigen Fällen sowie beim Zusammentreffen von Behinderungen verschiedener Arten das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen; diese hat den Grad der Behinderung durch Ausstellung eines Behindertenpasses nach Paragraphen 40, ff des Bundesbehindertengesetzes, im negativen Fall durch einen in Vollziehung diese Bestimmungen ergangen Bescheid zu erstellen.

Die maßgebenden Bestimmungen der Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz betreffend nähere Bestimmungen über die Feststellung des Grades der Behinderung, BGBl. II 261/2010 idF BGBl II 251/2012 (Einschätzungsverordnung), lauten: Die maßgebenden Bestimmungen der Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz betreffend nähere Bestimmungen über die Feststellung des Grades der Behinderung, Bundesgesetzblatt Teil 2, 261 aus 2010, in der Fassung Bundesgesetzblatt Teil 2, 251 aus 2012, (Einschätzungsverordnung), lauten:

„Behinderung

§ 1. Unter Behinderung im Sinne dieser Verordnung ist 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, insbesondere am allgemeinen Erwerbsleben, zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten. Paragraph eins, Unter Behinderung im Sinne dieser Verordnung ist 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, insbesondere am allgemeinen Erwerbsleben, zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten.

Grad der Behinderung

§ 2. (1) Die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen sind als Grad der Behinderung zu beurteilen. Der Grad der Behinderung wird nach Art und Schwere der Funktionsbeeinträchtigung in festen Sätzen oder Rahmensätzen in der Anlage dieser Verordnung festgelegt. Die Anlage bildet einen Bestandteil dieser Verordnung. Paragraph 2, (1) Die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen sind als Grad der Behinderung zu beurteilen. Der Grad der Behinderung wird nach Art und Schwere der Funktionsbeeinträchtigung in festen Sätzen oder Rahmensätzen in der Anlage dieser Verordnung festgelegt. Die Anlage bildet einen Bestandteil dieser Verordnung.

(2) Bei Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen, die nicht in der Anlage angeführt sind, ist der Grad der Behinderung in Analogie zu vergleichbaren Funktionsbeeinträchtigungen festzulegen.

(3) Der Grad der Behinderung ist nach durch zehn teilbaren Hundertsätzen festzustellen. Ein um fünf geringerer Grad der Behinderung wird von ihnen mit umfasst. Das Ergebnis der Einschätzung innerhalb eines Rahmensatzes ist zu begründen.

Gesamtgrad der Behinderung

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

(2) Bei der Ermittlung des Gesamtgrades der Behinderung ist zunächst von jener Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, für die der höchste Wert festgestellt wurde. In der Folge ist zu prüfen, ob und inwieweit dieser durch die weiteren Funktionsbeeinträchtigungen erhöht wird. Gesundheitsschädigungen mit einem Ausmaß von weniger als 20

v.H. sind außer Betracht zu lassen, sofern eine solche Gesundheitsschädigung im Zusammenwirken mit einer anderen Gesundheitsschädigung keine wesentliche Funktionsbeeinträchtigung verursacht.

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

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

? sich eine Funktionsbeeinträchtigung auf eine andere besonders nachteilig auswirkt,

? zwei oder mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, die gemeinsam zu einer wesentlichen Funktionsbeeinträchtigung führen.

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

Wie bereits in der Beweiswürdigung ausgeführt, wurden die Leiden des Beschwerdeführers entsprechend der Anlage zur Einschätzungsverordnung von fachärztlichen Sachverständigen mit einem Gesamtgrad der Behinderung im Ausmaß von 30 v.H. eingestuft und der Gesamtgrad der Behinderung damit begründet, dass Leiden 1 durch die weiteren Leiden nicht erhöht wird, da kein maßgebliches ungünstiges Zusammenwirken vorliegt.

„Grundlage der Einschätzung

§ 4. (1) Die Grundlage für die Einschätzung des Grades der Behinderung bildet die Beurteilung der Funktionsbeeinträchtigungen im körperlichen, geistigen, psychischen Bereich oder in der Sinneswahrnehmung in Form eines ärztlichen Sachverständigengutachtens. Erforderlichenfalls sind Experten aus anderen Fachbereichen - beispielsweise Psychologen - zur ganzheitlichen Beurteilung heran zu ziehen. Paragraph 4, (1) Die Grundlage für die Einschätzung des Grades der Behinderung bildet die Beurteilung der Funktionsbeeinträchtigungen im körperlichen, geistigen, psychischen Bereich oder in der Sinneswahrnehmung in Form eines ärztlichen Sachverständigengutachtens. Erforderlichenfalls sind Experten aus anderen Fachbereichen - beispielsweise Psychologen - zur ganzheitlichen Beurteilung heran zu ziehen.

(2) Das Gutachten hat neben den persönlichen Daten die Anamnese, den Untersuchungsbefund, die Diagnosen, die Einschätzung des Grades der Behinderung, eine Begründung für die Einschätzung des Grades der Behinderung innerhalb eines Rahmensatzes sowie die Erstellung des Gesamtgrades der Behinderung und dessen Begründung zu enthalten.“

Betreffend die beim Beschwerdeführer vorliegenden Leiden ist der Anlage zur Einschätzungsverordnung Nachfolgendes zu entnehmen:

„02.02 Generalisierte Erkrankungen des Bewegungsapparates

Es ist die resultierende Gesamtfunktionseinschränkung bei entzündlich rheumatischen Systemerkrankungen, degenerative rheumatischen Erkrankungen und systemischen Erkrankungen der Muskulatur einzuschätzen.

Falls sie mit Lähmungserscheinungen einhergehen, sind sie entsprechend den funktionellen Defiziten nach Abschnitt 04. „Neuromuskuläre Erkrankungen“ im Kapitel „Nervensystem“ zu beurteilen.

02.02.01 Mit funktionellen Auswirkungen geringen Grades 10 – 20 %

Leichte Beschwerden mit geringer Bewegungs- und Belastungseinschränkungen

03.06 Affektive Störungen Manische, depressive und bipolare Störungen

03.06.01 Depressive Störung – Dysthymie - leichten Grades

Manische Störung – Hypomanie - leichten Grades 10 % - 40 %

Keine psychotischen Symptome, Phasen mindestens 2 Wochen andauernd

20%: Unter Medikation stabil, soziale Integration

04.06 Polyneuropathien und Polyneuritiden

Die Einstufung orientiert sich an den jeweiligen Ausfallserscheinungen.

04.06.01 Sensible und motorische Ausfälle leichten Grades 10 – 40 %

07.03 Speiseröhre

07.03.05 Gastroösophagealer Reflux 10 % - 40 %

Einteilung nach Savary und Miller: 10%: Stadium I – isolierte Schleimhauterosion Ia: oberflächliche Erosion – roter Fleck Ib: tiefe Erosion mit fibrinoider Nekrose (roter Fleck und weißliches Zentrum)“ Einteilung nach Savary und Miller: 10%: Stadium römisch eins – isolierte Schleimhauterosion Ia: oberflächliche Erosion – roter Fleck Ib: tiefe Erosion mit fibrinoider Nekrose (roter Fleck und weißliches Zentrum)“

In den fachärztlichen Sachverständigengutachten vom 20.01.2025 und vom 06.12.2025, die vom Bundesverwaltungsgericht als schlüssig, nachvollziehbar und widerspruchsfrei gewertet wurden, wurde ein Gesamtgrad der Behinderung von 30 v.H. festgestellt.

Sohin waren die Voraussetzungen zur Ausstellung eines Behindertenpasses nicht erfüllt.

Der Beschwerdeführer ist dem fachärztlichen Sachverständigengutachten auch nicht auf gleicher fachlicher Ebene entgegengetreten. Steht es dem Antragsteller, so er der Auffassung ist, dass seine Leiden nicht hinreichend berücksichtigt wurden, nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes doch frei, das im Auftrag der Behörde erstellte Gutachten durch die Beibringung eines Gegengutachtens eines Sachverständigen seiner Wahl zu entkräften (vgl. VwGH 27.06.2000, 2000/11/0093). Der Beschwerdeführer ist dem fachärztlichen Sachverständigengutachten auch nicht auf gleicher fachlicher Ebene entgegengetreten. Steht es dem Antragsteller, so er der Auffassung ist, dass seine Leiden nicht hinreichend berücksichtigt wurden, nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes doch frei, das im Auftrag der Behörde erstellte Gutachten durch die Beibringung eines Gegengutachtens eines Sachverständigen seiner Wahl zu entkräften vergleiche VwGH 27.06.2000, 2000/11/0093).

Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass bei einer späteren Verschlechterung des Leidenszustandes die neuerliche Beurteilung des Grades der Behinderung in Betracht kommt.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass gemäß § 41 Abs. 2 BBG, falls der nochmalige Antrag innerhalb eines Jahres seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung gestellt wird, eine offenkundige Änderung des Leidenszustandes glaubhaft geltend zu machen ist, ansonsten der Antrag ohne Durchführung eines Ermittlungsverfahrens zurückzuweisen ist (vgl. VwGH 16.09.2008, 2008/11/0083). In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass gemäß Paragraph 41, Absatz 2, BBG, falls der nochmalige Antrag innerhalb eines Jahres seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung gestellt wird, eine offenkundige Änderung des Leidenszustandes glaubhaft geltend zu machen ist, ansonsten der Antrag ohne Durchführung eines Ermittlungsverfahrens zurückzuweisen ist vergleiche VwGH 16.09.2008, 2008/11/0083).

Aus den dargelegten Gründen war spruchgemäß zu entscheiden und die Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

Zu Spruchpunkt B) Unzulässigkeit der Revision:

Gemäß § 25a Abs. 1 VwGG hat das Verwaltungsgericht im Spruch seines Erkenntnisses oder Beschlusses auszusprechen, ob die Revision gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG zulässig ist. Der Ausspruch ist kurz zu begründen. Gemäß Paragraph 25 a, Absatz eins, VwGG hat das Verwaltungsgericht im Spruch seines Erkenntnisses oder Beschlusses auszusprechen, ob die Revision gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG zulässig ist. Der Ausspruch ist kurz zu begründen.

Die Revision ist gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG nicht zulässig, weil die Entscheidung nicht von der Lösung einer Rechtsfrage abhängt, der grundsätzliche Bedeutung zukommt. Weder weicht die gegenständliche Entscheidung von der bisherigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes ab, noch fehlt es an einer Rechtsprechung; weiters ist die vorliegende Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes auch nicht als uneinheitlich zu beurteilen. Auch liegen keine sonstigen Hinweise auf eine grundsätzliche Bedeutung der zu lösenden Rechtsfrage vor. Die Revision ist gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG nicht zulässig, weil die Entscheidung nicht von der Lösung einer Rechtsfrage abhängt, der grundsätzliche Bedeutung zukommt. Weder weicht die gegenständliche Entscheidung von der bisherigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes ab, noch fehlt es an einer Rechtsprechung; weiters ist die vorliegende Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes auch nicht als uneinheitlich zu beurteilen. Auch liegen keine sonstigen Hinweise auf eine grundsätzliche Bedeutung der zu lösenden Rechtsfrage vor.

Konkrete Rechtsfragen grundsätzlicher Bedeutung sind weder in der gegenständlichen Beschwerde vorgebracht

worden, noch im Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht hervorgekommen. Das Bundesverwaltungsgericht konnte sich bei allen erheblichen Rechtsfragen auf eine ständige Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes bzw. auf eine ohnehin klare Rechtslage stützen.

Schlagworte

Behindertenpass Grad der Behinderung Sachverständigengutachten

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:BVWG:2026:W166.2314188.1.00

Im RIS seit

11.05.2026

Zuletzt aktualisiert am

11.05.2026

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at