OÖ. LANDESVERWALTUNGSGERICHT

4021 Linz / Volksgartenstraße 14
Telefon: +43 732 7075-18004
Fax: +43 732 7075-218018
E-Mail: post@lvwg-ooe.gv.at / www.lvwg-ooe.gv.at

Geschäftszeichen:
LVwG-652417/7/JP

Datum:
Linz, 18. August 2022

IM NAMEN DER REPUBLIK

Das Landesverwaltungsgericht Oberösterreich erkennt durch seine Richterin MMag. Polgar über die Beschwerde des S P, x, St. F, gegen den Bescheid der Bezirkshauptmannschaft Schärding vom 20. April 2022, GZ: BHSDBSS-2022-13817/6-Fel, betreffend Einschränkung der Lenkberechtigung

zu Recht:

I. Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen.

II. Gegen diese Entscheidung ist eine Revision unzulässig.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e

I.1.1. Mit Bescheid der belangten Behörde vom 20. April 2022 wurde die Lenkberechtigung des Beschwerdeführers für die Klassen AM, A (A1, A2), B, C1, C, BE, C1E, CE und F bis 20. April 2027 befristet und angeordnet, dass der Beschwerdeführer (jährlich) bis spätestens 20. April 2023, 20. April 2024, 20. April 2025 und 20. April 2026 unaufgefordert einen aktuellen internistischen Befundbericht und zur Nachuntersuchung eine internistische Stellungnahme, welche zum Zeitpunkt der Erstattung des amtsärztlichen Gutachtens nicht älter als sechs Monate sein darf, vorzulegen hat. Begründend wurde ausgeführt, dass bei der amtsärztlichen Begutachtung stark zusammengefasst festgestellt wurde, dass aufgrund der beim Beschwerdeführer vorliegenden Risikofaktoren, nämlich unter anderem einer arteriellen Hypertonie, einer Hyperlipidämie, 50-75%ige Stenosen mehrerer Herzkranzgefäße, die jährlich zu erfolgende Vorlage eines aktuellen internistischen Befundberichtes und zur Beurteilung des zukünftigen Krankheitsverlaufes die Vorlage einer aktuellen internistischen Stellungnahme in fünf Jahren als notwendig erachtet werde.

1.2. Gegen diesen Bescheid erhob der Beschwerdeführer durch seinen Rechtsvertreter rechtzeitig Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht Oberösterreich. Begründend wurde zusammengefasst ausgeführt, dass die koronare Situation des Beschwerdeführers derzeit stabil sei und insbesondere laut Arztbrief des Facharztes für Innere Medizin Dr. H vom 23. März 2022 keine Einwände gegen das Lenken von Kraftfahrzeugen gegeben seien. Dieser Arztbrief sei von der Behörde nicht berücksichtigt worden. Außerdem sei nicht berücksichtigt worden, dass der Beschwerdeführer nunmehr durch Bewegung und Diät 10 kg abgenommen sowie das Rauchen eingestellt habe. Es liege beim Beschwerdeführer kein erhöhtes Gesundheitsrisiko vor. Der Beschwerde beigelegt wurde außerdem eine ärztliche Bestätigung des Allgemeinmediziners Dr. G L vom 17. Mai 2022, aus der ebenfalls hervorgeht, dass die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers derzeit stabil sei.

1.3. Mit Schreiben vom 19. Mai 2022 legte die belangte Behörde die Beschwerde unter Anschluss des Verwaltungsstrafaktes, ohne eine Beschwerde-vorentscheidung zu erlassen, dem Landesverwaltungsgericht Oberösterreich zur Entscheidung vor. Mit der Aktenvorlage ergibt sich die Zuständigkeit des Landesverwaltungsgerichtes Oberösterreich zur Entscheidungsfindung (Art. 130 Abs. 1 Z 1 iVm Art. 131 Abs. 1 B-VG iVm § 3 VwGVG). Gemäß Art. 135 Abs. 1 erster Satz B-VG iVm § 2 VwGVG entscheidet das Landesverwaltungsgericht Oberösterreich durch die nach der Geschäftsverteilung zuständige Einzelrichterin.

2.1. Das Landesverwaltungsgericht Oberösterreich hat Beweis erhoben durch Einsichtnahme in den Akt der belangten Behörde und in die Beschwerde. Mit Schreiben vom 25. Mai 2022 wurde die medizinische Amtssachverständige Dr. C H vom Landesverwaltungsgericht Oberösterreich um Erstellung eines schriftlichen Gutachtens, insbesondere unter Berücksichtigung der fachärztlichen Stellungnahme von Dr. B H vom 23. März 2022 und der Stellungnahme des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. G L vom 17. Mai 2022, ersucht. Das medizinische Gutachten wurde dem Landesverwaltungsgericht Oberösterreich mit Schreiben vom 15. Juni 2022 vorgelegt. Gemeinsam mit dem Gutachten legte die medizinische Amtssachverständige jene Unterlagen vor, die sie ergänzend zur Gutachtenserstellung eingeholt hat, nämlich den Arztbrief der Abteilung für Innere Medizin II des Klinikums Wels-Grieskirchen vom 29. August 2021 bezüglich eines Krankenhausaufenthaltes des Beschwerdeführers.

Das Gutachten wurde dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 27. Juni 2022 zur Kenntnis und Stellungnahmemöglichkeit bis 20. Juli 2022 übermittelt. Mit Schreiben vom 15. Juli 2022 wurde dem Gericht vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mitgeteilt, dass das Mandatsverhältnis nicht mehr aufrecht ist. Auf telefonische Nachfrage wurde bekanntgegeben, dass dem Beschwerdeführer das Gutachten der Amtssachverständigen übermittelt wurde. Der Beschwerdeführer hat keine Stellungnahme zum Gutachten der Amtssachverständigen abgegeben. Mit Schreiben vom 4. August 2022 legte die Behörde einen weiteren Arztbrief von Dr. B H vom 1. August 2022 vor, wonach von einem stabilen Gesamtzustand des Beschwerdeführers auszugehen ist und keine internistischen Einwände gegen eine weitere Verlängerung vorlägen.

Da bereits auf Grund der Aktenlage feststeht, dass eine mündliche Erörterung eine weitere Klärung der Rechtssache nicht erwarten lässt, konnte gemäß § 24 Abs. 4 VwGVG von der Durchführung einer öffentlichen mündlichen Verhandlung abgesehen werden. Dass dem Entfall der Verhandlung Art. 6 EMRK oder Art 47 der EU-Charta der Grundrechte entgegenstünde, vermag nicht erkannt zu werden.

2.2. Es steht folgender entscheidungsrelevanter S a c h v e r h a l t fest:

Der Beschwerdeführer wurde im August 2021 aufgrund typischer pectanginöser Beschwerden vom Krankenhaus Schärding in das Klinikum Wels-Grieskirchen zur Akutkoronarangiographie verlegt. Die Beschwerden bestanden bereits seit 14 Tagen vor der stationären Aufnahme. Der Beschwerdeführer zeigte zu dieser Zeit steigende Herzenzyme, das EKG war auffällig (T-Negativierung über der Vorderwand), er hatte einen NSTEMI (Nicht-ST-Hebungsinfarkt).

Am 09.08.2021 wurde eine Koronarangiographie durchgeführt, dabei zeigte sich folgender Befund:
Koronare Herzerkrankung mit

- kollateralisiertem Verschluss der dominanten RCA im mittleren Abschnitt
- 70-75%ige ostiale LAD-Stenose mit 50%iger Stenose im proximalen Abschnitt
- 50-70%ige Abgangsstenose des Ramus intermedius, 50%ige Stenose im mittleren Abschnitt
- Sklerose der Art. circumflexus mit 50%iger Stenose im mittleren Abschnitt, 50%ige Stenose des hauptmarginalen Astes

Des Weiteren wurde eine Myokardszintigraphie durchgeführt bei Verdacht auf eine relevante LAD-Stenose, diese zeigte eine reversible Ischämie. Außerdem hatte der Beschwerdeführer bei der Myokardszintigraphie eine mittelgradige reduzierte linksventrikuläre Pumpfunktion, eine aneurysmatische Ausbuchtung basal inferior sowie Hypokinesien anterior, apikal und distal inferior.

Der Beschwerdeführer hat sich, nach Einholung eines fachärztlich-psychiatrischen Konsils im Klinikum Wels-Grieskirchen, unter Aufklärung über Risiken inklusive möglicher Todesfolge selbst aus dem Klinikum entlassen und wurde zurück ins Krankenhaus Schärding verlegt. Eine Stent-Implantation ist laut dem Krankenhausbefund und dem Befund der Koronarangiographie nicht erfolgt.

Der Beschwerdeführer erhielt eine dem akuten Myokardinfarkt und der koronaren Herzerkrankung entsprechende medikamentöse Therapie, inklusive einer dualen Plättchenaggregationshemmung (ASS und Plavix).

Der Beschwerdeführer hat die kardiovaskulären Risikofaktoren reduziert (Gewichtsreduktion, Lipide unter medikamentöser Therapie im Normbereich, Nikotinkarenz, regelmäßige Bewegung, optimale Blutdruckeinstellung, regelmäßige hausärztliche Kontrollen). Derzeit hat der Beschwerdeführer keine pectanginöse Beschwerdesymptomatik, keine Dyspnoe in Ruhe - auch nicht unter Belastung. Die Echokardiographie vom 23. März 2022 zeigte eine gute Pumpfunktion, eine posteriore aneurysmatische Ausweitung sowie eine apikale Hypokinesie. Bei der Ergometrie sind keine höhergradigen Herzrhythmusstörungen oder körperlichen Beschwerden aufgetreten. Das EKG während der Ergometrie war auffällig, dies entspricht einer Belastungsischämie bei o.g. Befund der Herzkranzgefäße. Ein Langzeit-EKG liegt nicht vor.

Die medizinische Amtssachverständige führt in ihrem Gutachten vom 15. Juni 2022 aus, dass eine koronare Herzerkrankung das Ergebnis von Gefäßverengung bzw. -verschluss im Bereich der Herzkranzgefäße ist. Dies kann akut oder chronisch sein. Bei einer akuten koronaren Herzerkrankung kommt es zu einem Verschluss durch z. B. Blutgerinnsel, die Folge davon kann ein akuter Myokardinfarkt oder plötzlicher Herztod sein. Eine chronische Herzerkrankung liegt vor, wenn sich die Herzkranzgefäße aufgrund von Gefäßverkalkungen verengen und es in weiterer Folge zu einer Unterversorgung des Herzmuskels (Ischämie)

kommt. Auch hier kann es zu einem akuten Myokardinfarkt, Herzrhythmusstörungen bis hin zur Synkope, plötzlichem Herztod oder - bei längerem Bestehen einer nicht ausreichend behandelten koronaren Herzerkrankung - zur Ausbildung einer Herzinsuffizienz kommen. Die Herzinsuffizienz birgt erneut das Risiko, höhergradige Herzrhythmusstörungen bis hin zur Synkope oder einen plötzlichen Herztod zu erleiden. Eine koronare Herzerkrankung ist nach medizinischem Stand des Wissens ausreichend behandelt, wenn relevante Gefäßverengungen adäquat versorgt wurden (Stentimplantation bzw. operative Revaskularisierung) und eine medikamentös indizierte Therapie eingeleitet wurde. Kardiovaskuläre Risikofaktoren können von einem Klienten selbst beeinflusst werden. Diese sind unter anderem: Nikotinkarenz, Gewichtsreduktion bei Adipositas, regelmäßige Bewegung, optimale Blutdruckeinstellung, optimale Einstellung eines ev. vorhandenen Diabetes mellitus, Senkung der Lipidwerte, regelmäßige Medikamenteneinnahme, jährliche kardiologische Verlaufskontrollen sowie regelmäßiger Kontakt mit dem Hausarzt zur Beurteilung des Krankheitsverlaufes allgemein.
Bei Erfüllung all dieser Kriterien ist eine koronare Herzerkrankung ausreichend behandelt, eine Progredienz jedoch nicht ausgeschlossen.

Auch wenn der Beschwerdeführer derzeit keine körperlichen Beschwerden bzw. keine höhergradigen Herzrhythmusstörungen hat und eine gute Compliance hinsichtlich der Medikamenteneinnahme (all dies ergibt sich aus dem zuletzt vorgelegten Arztbrief vom 1. August 2022) sowie der regelmäßige Kontakt mit dem Hausarzt bestehen, so liegt eine koronare Mehrgefäßerkrankung mit Indikation zur operativen Revaskularisation vor. Eine adäquate Versorgung der Stenosen der Herzkranzgefäße nach medizinischem Stand des Wissens ist bis dato nicht erfolgt, in Folge dessen ist die koronare Mehrgefäßerkrankung nicht ausreichend behandelt, trotz des Nicht-Vorhandenseins von Beschwerden, der Reduktion der Risikofaktoren und der bestehenden Compliance.

Diese nicht ausreichend behandelte koronare Mehrgefäßerkrankung birgt laut medizinischem Amtssachverständigengutachten folgende Risiken, welche jederzeit auftreten können:

1. Auftreten eines erneuten akuten Myokardinfarktes
2. Auftreten höhergradiger Herzrhythmusstörungen bis hin zur Synkope
3. Plötzlicher Herztod
4. Ausbildung einer Herzinsuffizienz im weiteren Verlauf

Die Gabe von dualen Thrombozytenaggregationshemmern (ASS und Plavix) erfolgt nur nach Stentimplantation über einen bestimmten Zeitraum oder, wenn überhaupt, bei Hochrisikopatienten. Die Bildung von Blutgerinnsel wird dadurch nicht gehemmt, jedoch die Wahrscheinlichkeit der Ausbildung eben solcher reduziert. Der Beschwerdeführer zählt mit der koronaren Mehrgefäßerkrankung mit o.g. Befund zu den Hochrisikopatienten.

Aufgrund dieser eben beschriebenen Konstellation, dass bei Herrn P eine koronare Mehrgefäßerkrankung mit Indikation zur operativen Revaskularisation besteht - welche die Risiken eines neuerlichen akuten Myokardinfarktes, eines plötzlichen Herztodes, Ausbildung höhergradiger Herzrhythmusstörungen mit nachfolgender Synkope oder die Entstehung einer Herzinsuffizienz birgt - ist der Beschwerdeführer laut Gutachten der medizinischen Amtssachverständigen lediglich bedingt geeignet zum Lenken eines KFZ der Gruppe 1 und 2.

2.3. Der festgestellte Sachverhalt ergibt sich widerspruchsfrei aus den dem Landesverwaltungsgericht Oberösterreich vorliegenden Unterlagen, insbesondere dem vollständigen, ausführlichen, nachvollziehbaren und schlüssigen Gutachten der beauftragten medizinischen Amtssachverständigen vom 15. Juni 2022.

3. In rechtlicher Hinsicht ist Folgendes auszuführen:

3.1. Nach § 3 Abs 1 Führerscheingesetz (FSG) darf eine Lenkberechtigung nur Personen erteilt werden, die:
1. das für die angestrebte Klasse erforderliche Mindestalter erreicht haben (§ 6),
2. verkehrszuverlässig sind (§ 7),
3. gesundheitlich geeignet sind, ein Kraftfahrzeug zu lenken (§§ 8 und 9),
4. fachlich zum Lenken eines Kraftfahrzeuges befähigt sind (§§ 10 und 11) und
5. den Nachweis erbracht haben, in lebensrettenden Sofortmaßnahmen bei einem Verkehrsunfall oder, für die Lenkberechtigung für die Klasse D, in Erster Hilfe unterwiesen worden zu sein.

§ 8 FSG lautet:
„(1) Vor der Erteilung einer Lenkberechtigung hat der Antragsteller der Behörde ein ärztliches Gutachten vorzulegen, daß er zum Lenken von Kraftfahrzeugen gesundheitlich geeignet ist. Das ärztliche Gutachten hat auszusprechen, für welche Gruppe(n) von Lenkberechtigungen der Antragsteller gesundheitlich geeignet ist, darf im Zeitpunkt der Entscheidung nicht älter als 18 Monate sein und ist von einem in die Ärzteliste eingetragenen sachverständigen Arzt gemäß § 34 zu erstellen. Die militärärztliche Feststellung der gesundheitlichen Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einer oder mehrerer Gruppe(n) gilt für die Dauer von 18 Monaten ab ihrer Ausstellung auch als solches ärztliches Gutachten.
(2) Sind zur Erstattung des ärztlichen Gutachtens besondere Befunde oder im Hinblick auf ein verkehrspsychologisch auffälliges Verhalten eine Stellungnahme einer verkehrspsychologischen Untersuchungsstelle erforderlich, so ist das ärztliche Gutachten von einem Amtsarzt zu erstellen; der Antragsteller hat diese Befunde oder Stellungnahmen zu erbringen. Wenn im Rahmen der amtsärztlichen Untersuchung eine sichere Entscheidung im Hinblick auf die gesundheitliche

Eignung nicht getroffen werden kann, so ist erforderlichenfalls eine Beobachtungsfahrt anzuordnen.

(2a) Personen, die aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung eine befristete Lenkberechtigung erhalten und zu deren Verlängerung ein ärztliches Gutachten erbringen müssen, sind hinsichtlich der zur Erlangung des ärztlichen Gutachtens erforderlichen Schriften und der Ausstellung des neuen Führerscheines im Zuge dieser Verlängerung von Stempelgebühren und Verwaltungsabgaben befreit. Für die Ausstellung des Führerscheines ist jedoch ein Kostenersatz zu leisten, der jener Gebietskörperschaft zukommt, die den Aufwand für die Behörde zu tragen hat, die die Herstellung des Führerscheines in Auftrag gegeben hat. Die Höhe dieses Kostenersatzes ist durch Verordnung der Bundesministerin für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie festzusetzen.

(3) Das ärztliche Gutachten hat abschließend auszusprechen: ‚geeignet', ‚bedingt geeignet', ‚beschränkt geeignet' oder ‚nicht geeignet'. Ist der Begutachtete nach dem ärztlichen Befund

1. gesundheitlich zum Lenken von Kraftfahrzeugen einer oder mehrerer Klassen ohne Einschränkung geeignet, so hat das Gutachten ‚geeignet' für diese Klassen zu lauten;
2. zum Lenken von Kraftfahrzeugen einer oder mehrerer Klassen nur unter der Voraussetzung geeignet, dass er Körperersatzstücke oder Behelfe oder dass er nur Fahrzeuge mit bestimmten Merkmalen verwendet oder dass er sich ärztlichen Kontrolluntersuchungen unterzieht, so hat das Gutachten ‚bedingt geeignet' für die entsprechenden Klassen zu lauten und Befristungen, Auflagen oder zeitliche, örtliche oder sachliche Beschränkungen der Gültigkeit anzuführen, unter denen eine Lenkberechtigung ohne Gefährdung der Verkehrssicherheit erteilt werden kann; dies gilt auch für Personen, deren Eignung nur für eine bestimmte Zeit angenommen werden kann und bei denen amtsärztliche Nachuntersuchungen erforderlich sind;
3. zum Lenken nur eines bestimmten Fahrzeuges nach § 2 Z 24 KFG 1967 geeignet, so hat das Gutachten ‚beschränkt geeignet' zu lauten und anzugeben, durch welche körperlichen Beeinträchtigungen die Eignung beschränkt ist und in welcher Form diese körperlichen Beeinträchtigungen ausgeglichen werden können;
4. zum Lenken von Kraftfahrzeugen einer oder mehrerer Klassen nicht geeignet, so hat das Gutachten ‚nicht geeignet' für die entsprechenden Klassen zu lauten.

(3a) Die Dauer der Befristung ist vom Zeitpunkt der Ausfertigung des amtsärztlichen Gutachtens zu berechnen. Einen Antrag auf Verlängerung einer Lenkberechtigung kann die antragstellende Person bei der Behörde ihrer Wahl innerhalb des Bundesgebietes einbringen; diese Behörde hat darüber zu entscheiden.

(4) Wenn das ärztliche Gutachten die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen von der Erfüllung bestimmter Auflagen, wie insbesondere die Verwendung von bestimmten Behelfen oder die regelmäßige Beibringung einer fachärztlichen

Stellungnahme abhängig macht, so sind diese Auflagen beim Lenken von Kraftfahrzeugen zu befolgen.
(5) [...]
(6) [...]“

§ 24 FSG lautet:
„(1) Besitzern einer Lenkberechtigung, bei denen die Voraussetzungen für die Erteilung der Lenkberechtigung (§ 3 Abs. 1 Z 2 bis 4) nicht mehr gegeben sind, ist von der Behörde entsprechend den Erfordernissen der Verkehrssicherheit
1. die Lenkberechtigung zu entziehen oder
2. die Gültigkeit der Lenkberechtigung durch Auflagen, Befristungen oder zeitliche, örtliche oder sachliche Beschränkungen einzuschränken. Diesfalls ist gemäß § 13 Abs. 5 ein neuer Führerschein auszustellen.
Für den Zeitraum einer Entziehung der Lenkberechtigung für die Klassen A1, A2, A, B oder F ist auch das Lenken von vierrädrigen Leichtkraftfahrzeugen unzulässig, es sei denn es handelt sich
1. um eine Entziehung gemäß § 24 Abs. 3 achter Satz oder
2. um eine Entziehung der Klasse A mangels gesundheitlicher Eignung, die ausschließlich mit dem Lenken von einspurigen Kraftfahrzeugen zusammenhängt.
Bei besonders berücksichtigungswürdigen Gründen kann von der Entziehung der Klasse AM hinsichtlich der Berechtigung zum Lenken von Motorfahrrädern abgesehen werden. Dies ist auch dann möglich, wenn der Betreffende die Lenkberechtigung für die Klasse AM nur im Wege des § 2 Abs. 3 Z 7 besitzt.
(2) Die Entziehung oder Einschränkung der Lenkberechtigung kann auch nur hinsichtlich bestimmter Klassen ausgesprochen werden, wenn der Grund für die Entziehung oder Einschränkung nur mit der Eigenart des Lenkens dieser bestimmten Klasse zusammenhängt. Die Entziehung bestimmter Klassen ist, wenn zumindest noch eine weitere Lenkberechtigung aufrecht bleibt, in den Führerschein einzutragen. Eine Entziehung der Lenkberechtigung für die Klasse B zieht jedenfalls eine Entziehung für die Klassen C (C1) CE(C1E), D(D1) und DE(D1E) nach sich, eine Entziehung einer der Klassen C (C1) CE(C1E), D(D1) oder DE(D1E) zieht die Entziehung der jeweils anderen Klasse nach sich.
(3) Bei der Entziehung oder Einschränkung der Lenkberechtigung kann die Behörde begleitende Maßnahmen (Nachschulung und dgl.) oder die Beibringung eines amtsärztlichen Gutachtens über die gesundheitliche Eignung anordnen. Die Behörde hat unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 3a eine Nachschulung anzuordnen:
1. wenn die Entziehung in der Probezeit (§ 4) erfolgt,
2. wegen einer zweiten in § 7 Abs. 3 Z 4 genannten Übertretung innerhalb von zwei Jahren oder
3. wegen einer Übertretung gemäß § 99 Abs. 1 oder 1a StVO 1960.
Die Behörde hat unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 3a und sofern es sich nicht um einen Probeführerscheinbesitzer handelt, bei der erstmaligen Übertretung gemäß § 99 Abs. 1b StVO 1960 ein Verkehrscoaching zur Bewusstmachung der

besonderen Gefahren des Lenkens von Kraftfahrzeugen unter Alkoholeinfluss oder Suchtgiftbeeinträchtigung und dessen Folgen, bei Begehung einer Übertretung gemäß § 99 Abs. 1b StVO 1960 innerhalb von fünf Jahren ab der Begehung einer Übertretung gemäß § 99 Abs. 1 bis 1b StVO 1960 jedoch eine Nachschulung anzuordnen. Im Rahmen des amtsärztlichen Gutachtens kann die Beibringung der erforderlichen fachärztlichen oder einer verkehrspsychologischen Stellungnahme aufgetragen werden. Bei einer Übertretung gemäß § 99 Abs. 1 StVO 1960 ist unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 3a zusätzlich die Beibringung eines von einem Amtsarzt erstellten Gutachtens über die gesundheitliche Eignung gemäß § 8 sowie die Beibringung einer verkehrspsychologischen Stellungnahme anzuordnen. Wurde eine dieser Anordnungen innerhalb der festgesetzten Frist nicht befolgt oder wurden die zur Erstellung des ärztlichen Gutachtens erforderlichen Befunde nicht beigebracht oder wurde die Mitarbeit bei Absolvierung der begleitenden Maßnahme unterlassen, so endet die Entziehungsdauer nicht vor Befolgung der Anordnung. Wurde von einem Probeführerscheinbesitzer die Anordnung der Nachschulung nicht befolgt oder die Mitarbeit bei dieser unterlassen, so ist die Lenkberechtigung bis zur Befolgung der Anordnung zu entziehen. Wurde die Anordnung der Absolvierung der fehlenden Stufe(n) gemäß § 4c Abs. 2 nicht befolgt oder wurde dabei die Mitarbeit unterlassen, so ist die Lenkberechtigung jener Klasse, für die die angeordnete(n) Stufe(n) nicht absolviert wurde(n), bis zur Befolgung der Anordnung zu entziehen. Eine diesbezügliche Entziehung der Klasse B zieht jedenfalls eine Entziehung der Klassen C(C1), CE(C1E), D(D1) und DE(D1E) nach sich. Die Anordnung der begleitenden Maßnahme oder des ärztlichen Gutachtens hat entweder im Bescheid, mit dem die Entziehung oder Einschränkung ausgesprochen wird, oder in einem gesonderten Bescheid zugleich mit dem Entziehungsbescheid zu erfolgen. Die Behörde hat eine angemessene Frist zu setzen, innerhalb derer das Verkehrscoaching zu absolvieren ist. Wird das Verkehrscoaching nicht innerhalb dieser Frist absolviert, hat die Behörde die Lenkberechtigung bis zur Befolgung der Anordnung zu entziehen.

(3a) Stellt sich im Laufe des gemäß Abs. 3 durchgeführten Entziehungsverfahrens heraus, dass der Betreffende von Alkohol abhängig ist, ist von einer Anordnung oder Absolvierung der noch nicht durchgeführten Untersuchungen oder Maßnahmen abzusehen. Vor der Wiederausfolgung des Führerscheines oder der Wiedererteilung der Lenkberechtigung nach einer solchen Entziehung hat der Betreffende jedoch alle bereits angeordneten Maßnahmen und Untersuchungen zu absolvieren. Maßnahmen oder Untersuchungen, die anzuordnen gewesen wären, von denen gemäß Satz 1 aber abgesehen wurde, sind von der Behörde anzuordnen und ebenfalls zu absolvieren.

(4) Bestehen Bedenken, ob die Voraussetzungen der gesundheitlichen Eignung noch gegeben sind, ist ein von einem Amtsarzt erstelltes Gutachten gemäß § 8 einzuholen und gegebenenfalls die Lenkberechtigung einzuschränken oder zu entziehen. Bei Bedenken hinsichtlich der fachlichen Befähigung ist ein Gutachten gemäß § 10 einzuholen und gegebenenfalls die Lenkberechtigung zu entziehen. Leistet der Besitzer der Lenkberechtigung innerhalb der festgesetzten Frist einem

rechtskräftigen Bescheid, mit der Aufforderung, sich amtsärztlich untersuchen zu lassen, die zur Erstattung des amtsärztlichen Gutachtens erforderlichen Befunde zu erbringen oder die Fahrprüfung neuerlich abzulegen, keine Folge, ist ihm die Lenkberechtigung bis zur Befolgung der Anordnung zu entziehen.
(5) [...]
(5a) [...]
(6) [...]“

§ 10 Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (FSG-GV) lautet:
„(1) Personen mit nachfolgend genannten Herz-Kreislauf-Erkrankungen darf eine Lenkberechtigung der jeweils genannten Gruppe(n) nur erteilt oder belassen werden, wenn die Erkrankung wirksam behandelt wurde und eine befürwortende fachärztliche Stellungnahme beigebracht wurde; erforderlichenfalls ist die Lenkberechtigung unter der Auflage amtsärztlicher Kontrolluntersuchungen und amtsärztlicher Nachuntersuchungen zu erteilen oder zu belassen:
1. bradykarde Herzrhythmusstörungen (Sinusknotenerkrankungen und Störungen des Reizleitungssystems) und tachykarde Herzrhythmusstörungen (supraventrikuläre und ventrikuläre Herzrhythmusstörungen) mit Anamnese von Synkopen oder synkopalen Episoden aufgrund von Herzrhythmusstörungen (gilt für Gruppe 1 und Gruppe 2);
2. bradykarde Herzrhythmusstörungen: Sinusknotenerkrankungen und Störungen des Reizleitungssystems mit AV-Block zweiten Grades Mobitz Typ II, AV-Block dritten Grades oder alternierendem Schenkelblock (gilt nur für Gruppe 2);
3. tachykarde Herzrhythmusstörungen (supraventrikuläre und ventrikuläre Herzrhythmusstörungen) mit
a. strukturellen Herzerkrankungen und anhaltenden ventrikulären Tachykardien (VT) (gilt für Gruppe 1 und 2), oder
b. polymorphen nichtanhaltenden VT, anhaltenden ventrikulären Tachykardien oder mit Indikation für einen Defibrillator (gilt nur für Gruppe 2);
4. Angina-Symptomatik (gilt für Gruppe 1 und Gruppe 2);
5. Implantation oder Austausch eines permanenten Schrittmachers (gilt nur für Gruppe 2);
6. Implantation oder Austausch eines Defibrillators oder angemessene oder nicht angemessene Schockabgabe (gilt nur für Gruppe 1);
7. Synkope (vorübergehender Verlust des Bewusstseins und Tonusverlust, gekennzeichnet durch plötzliches Einsetzen, kurze Dauer und spontane Erholung, zurückzuführen auf eine globale Minderdurchblutung des Gehirns, vermutlich reflexvermittelt, Ursache unbekannt, ohne Anzeichen einer bestehenden Herzerkrankung) (gilt für Gruppe 1 und Gruppe 2);
8. akutes Koronarsyndrom (gilt für Gruppe 1 und Gruppe 2);
9. stabile Angina, wenn Symptome bei leichter körperlicher Beanspruchung nicht auftreten (gilt für Gruppe 1 und Gruppe 2);
10. perkutane Koronarintervention (PCI) (gilt für Gruppe 1 und Gruppe 2);
11. Koronararterien-Bypass (CABG) (gilt für Gruppe 1 und Gruppe 2);

12. Schlaganfall/vorübergehende Durchblutungsstörung (TIA) (gilt für Gruppe 1 und Gruppe 2);
13. signifikante Verengung der Halsschlagader (gilt nur für Gruppe 2);
14. maximaler Aortendurchmesser übersteigt 5,5 cm (gilt nur für Gruppe 2);
15. Herzversagen: — New York Heart Association (NYHA) Stadien I, II, III (gilt nur für Gruppe 1), — NYHA Stadien I und II, vorausgesetzt, die linksventrikuläre Ejektionsfraktion beträgt mindestens 35 % (gilt nur für Gruppe 2);
16. Herztransplantation (gilt für Gruppe 1 und Gruppe 2);
17. herzunterstützendes Gerät (gilt nur für Gruppe 1);
18. Herzklappenchirurgie (gilt für Gruppe 1 und Gruppe 2);
19. maligne Hypertonie (Erhöhung des systolischen Blutdrucks ≥ 180 mmHg oder des diastolischen Blutdrucks ≥ 110 mmHg, verbunden mit drohender oder progressiver Organschädigung) (gilt für Gruppe 1 und Gruppe 2);
20. Blutdruck Stadium III (diastolischer Blutdruck ≥ 110 mmHg und/oder systolischer Blutdruck ≥ 180 mmHg) (gilt nur für Gruppe 2);
21. angeborene Herzerkrankung (gilt für Gruppe 1 und Gruppe 2);
22. hypertrophe Kardiomyopathie, wenn keine Synkope auftritt (gilt nur für Gruppe 1);
23. Long-QT-Syndrom mit Synkope, Torsade des Pointes oder QTc > 500 ms (gilt nur für Gruppe 1).
(2) Bei folgenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen darf die Lenkberechtigung für die jeweils genannte(n) Gruppe(n) nur in besonderen Ausnahmefällen nach Beibringung einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme und unter der Auflage amtsärztlicher Kontrolluntersuchungen und amtsärztlicher Nachuntersuchungen erteilt oder belassen werden:
1. Implantation eines Defibrillators (gilt nur für Gruppe 2);
2. periphere Gefäßerkrankung — thorakales und abdominales Aortenaneurysma, wenn der maximale Aortendurchmesser zu einer Prädisposition für ein signifikantes Risiko einer plötzlichen Ruptur und folglich einer unvermittelten Fahrunfähigkeit führt (gilt für Gruppe 1 und Gruppe 2);
3. Herzversagen:
a. NYHA Stadium IV (gilt nur für Gruppe 1),
b. NYHA Stadium III und IV (gilt nur für Gruppe 2),
4. herzunterstützende Geräte (gilt nur für Gruppe 2);
5. Herzklappenerkrankung mit Aorteninsuffizienz, Aortenstenose, Mitralinsuffizienz oder Mitralstenose, wenn die funktionelle Fähigkeit als NYHA Stadium IV eingeschätzt wird oder wenn synkopale Episoden aufgetreten sind (gilt nur für Gruppe 1);
6. Herzklappenerkrankung im NYHA Stadium III oder IV oder mit Ejektionsfraktion (EF) unter 35 %, Mitralstenose und schwerer pulmonaler Hypertonie oder mit schwerer echokardiographischer Aortenstenose oder Aortenstenose, die Synkopen auslöst; außer für vollständig asymptomatische schwere Aortenstenose, wenn die Anforderungen des Belastungstests erfüllt sind (gilt nur für Gruppe 2);

7. strukturelle und elektrische Kardiomyopathien — hypertrophe Kardiomyopathie mit Anamnese von Synkopen oder wenn zwei oder mehr der folgenden Probleme bestehen: Wanddicke der linken Herzkammer (LV) > 3 cm, nichtanhaltende ventrikuläre Tachykardie, Familienanamnese von plötzlichem Tod (bei Verwandten ersten Grades), keine Erhöhung des Blutdrucks unter Belastung (gilt nur für Gruppe 2);
8. Long-QT-Syndrom mit Synkope, Torsade des Pointes und QTc > 500 ms (gilt nur für Gruppe 2);
9. Brugada-Syndrom mit Synkope oder Zustand nach erfolgreicher Reanimation (gilt für Gruppe 1 und 2).
(3) Beim Vorliegen von anderen als die in Abs. 1 und 2 genannten Kardiomyopathien (z. B. arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie, Non-Compaction-Kardiomyopathie, katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie und Short-QT-Syndrom) die das Risiko plötzlich eintretender Ereignisse umfassen, die zum Verlust der Fahrtüchtigkeit führen, kann eine Lenkberechtigung für die Gruppe 1 oder 2 nur erteilt oder belassen werden, wenn dies durch eine befürwortende fachärztliche Stellungnahme begründet ist. Gegebenenfalls kann auch die Auflage von Kontrolluntersuchungen mit amtsärztlichen Nachuntersuchungen vorgeschrieben werden.

3.2. Nach den oben ausführlich dargestellten Feststellungen besteht beim Beschwerdeführer jedenfalls eine Kardiomyopathie, die das Risiko plötzlich eintretender Ereignisse umfasst, die zum Verlust der Fahrtüchtigkeit führen können.
Die nicht ausreichend behandelte koronare Mehrgefäßerkrankung des Beschwerdeführers birgt laut medizinischem Amtssachverständigengutachten folgende Risiken, welche jederzeit auftreten können:

1. Auftreten eines erneuten akuten Myokardinfarktes
2. Auftreten höhergradiger Herzrhythmusstörungen bis hin zur Synkope
3. Plötzlicher Herztod
4. Ausbildung einer Herzinsuffizienz im weiteren Verlauf

Aufgrund der beschriebenen Konstellation, dass beim Beschwerdeführer eine koronare Mehrgefäßerkrankung mit Indikation zur operativen Revaskularisation besteht - welche die Risiken eines neuerlichen akuten Myokardinfarktes, eines plötzlichen Herztodes, Ausbildung höhergradiger Herzrhythmusstörungen mit nachfolgender Synkope oder die Entstehung einer Herzinsuffizienz birgt – muss genau von einer solchen Erkrankung iSd § 10 Abs 3 FSG-GV ausgegangen werden.

Der Beschwerdeführer ist derzeit daher bedingt geeignet zum Lenken eines KFZ der Gruppe 1 und 2 mit jährlicher Vorlage eines fachärztlich-internistischen Befundberichtes.

II. Unzulässigkeit der ordentlichen Revision:

Die ordentliche Revision ist unzulässig, da keine Rechtsfrage im Sinne des Art. 133 Abs. 4 B-VG zu beurteilen war, der grundsätzliche Bedeutung zukommt. Weder weicht die gegenständliche Entscheidung von der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes ab, noch fehlt es an einer Rechtsprechung. Weiters ist die dazu vorliegende Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes auch nicht als uneinheitlich zu beurteilen. Es liegen auch keine sonstigen Hinweise auf eine grundsätzliche Bedeutung der zu lösenden Rechtsfrage vor.

R e c h t s m i t t e l b e l e h r u n g

Gegen diese Entscheidung besteht innerhalb von sechs Wochen ab dem Tag der Zustellung die Möglichkeit der Erhebung einer Beschwerde beim Verfassungsgerichtshof und/oder einer außerordentlichen Revision beim Verwaltungsgerichtshof. Eine Beschwerde an den Verfassungsgerichtshof ist unmittelbar bei diesem einzubringen, eine Revision an den Verwaltungsgerichtshof beim Landesverwaltungsgericht Oberösterreich. Die Abfassung und die Einbringung einer Beschwerde bzw. einer Revision müssen durch einen bevollmächtigten Rechtsanwalt bzw. eine bevollmächtigte Rechtsanwältin erfolgen. Für die Beschwerde bzw. Revision ist eine Eingabengebühr von je 240 Euro zu entrichten. Sie haben die Möglichkeit, auf die Revision beim Verwaltungsgerichtshof und die Beschwerde beim Verfassungsgerichtshof zu verzichten. Ein solcher Verzicht hat zur Folge, dass eine Revision an den Verwaltungsgerichtshof und eine Beschwerde an den Verfassungsgerichtshof nicht mehr erhoben werden kann. Ein Verzicht ist schriftlich bekanntzugeben oder zu Protokoll zu erklären. Wurde der Verzicht nicht von einem berufsmäßigen Parteienvertreter oder im Beisein eines solchen abgegeben, so kann er binnen drei Tagen schriftlich oder zur Niederschrift widerrufen werden.

H i n w e i s

Verfahrenshilfe ist einer Partei zur Gänze oder zum Teil zu bewilligen, wenn die Partei außerstande ist, die Kosten der Führung des Verfahrens ohne Beeinträchtigung des notwendigen Unterhalts zu bestreiten und die beabsichtigte Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung nicht als offenbar mutwillig oder aussichtslos erscheint.
Einer juristischen Person oder einem sonstigen parteifähigen Gebilde ist die Verfahrenshilfe zu bewilligen, wenn die zur Führung des Verfahrens erforderlichen Mittel weder von ihr/ihm noch von den an der Führung des Verfahrens wirtschaftlich Beteiligten aufgebracht werden können, und die beabsichtigte

Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung nicht als offenbar mutwillig oder aussichtslos erscheint; das Gleiche gilt für ein behördlich bestelltes Organ oder einen gesetzlichen Vertreter, die für eine Vermögensmasse auftreten, wenn die zur Führung des Verfahrens erforderlichen Mittel weder aus der Vermögensmasse noch von den an der Führung des Verfahrens wirtschaftlich Beteiligten aufgebracht werden können.

Für das Beschwerdeverfahren ist ein Antrag auf Verfahrenshilfe innerhalb der Rechtsmittelfrist beim Verfassungsgerichtshof einzubringen.

Für das Revisionsverfahren ist ein Antrag auf Verfahrenshilfe innerhalb der Rechtsmittelfrist beim Verwaltungsgerichtshof einzubringen. Im Antrag ist, soweit zumutbar, kurz zu begründen, warum die Revision entgegen dem Ausspruch des Verwaltungsgerichtes für zulässig erachtet wird.

Landesverwaltungsgericht Oberösterreich

MMag. Polgar