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-652825/46/FP

Datum: Linz, 14. März 2024

IM NAMEN DER REPUBLIK

Das Landesverwaltungsgericht Oberösterreich erkennt durch seinen Richter Mag. Pohl über die Beschwerde von F W, geb. x, x, gegen den Bescheid der Landespolizeidirektion Oberösterreich vom 1. Juni 2023, GZ: FE-969/22, PAD/22/00806347/002/VW betreffend die Einschränkung der Lenkberechtigung, nach Durchführung einer öffentlichen mündlichen Verhandlung

zu Recht:

I. Der Beschwerde wird dahin teilweise Folge gegeben, dass der Spruch des behördlichen Bescheids unter Entfall der dortigen Anordnungen wie folgt abgeändert wird:

„Ihre Lenkberechtigung (Führerschein 23/204797) der Klassen AM, B und BE wird wie folgt eingeschränkt:
- Befristung auf drei (3) Jahre ab dem 5. März 2024, sohin bis zum 5. März 2027
- Sie haben der Führerscheinbehörde in den Jahren 2025 und 2026 jeweils zwischen 1. und 15. März einen aktuellen lungenfachärztlichen und einen aktuellen fachärztlichen internistischen Befund samt HbA1c-Wert vorzulegen. (Code 104)
- Sie haben der Führerscheinbehörde halbjährlich, jeweils zwischen 1. und 15. September (beginnend im September 2024) und zwischen 1. und 15. März - wobei die letzte Auswertung im Jahr 2027 spätestens bei der amtsärztlichen Nachuntersuchung vorliegen muss - aktuelle Auswertedaten (Compliancedaten) des CPAP-Geräts vorzulegen.
(Code 104)
- Sie haben sich zum Ende der Befristung einer amtsärztlichen Nachuntersuchung zu unterziehen und zum Zwecke der Erstattung des amtsärztlichen Gutachtens eine aktuelle lungenfachärztliche Stellungnahme und eine aktuelle fachärztlich internistische Stellungnahme samt HbA1c-Wert vorzulegen.
- Sie haben beim Lenken von Kraftfahrzeugen einen geeigneten Sehbehelf zu tragen. (Code 01.06.)“

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. Mit dem im Rubrum genannten, mündlich verkündeten, Bescheid schränkte die belangte Behörde die Lenkberechtigung des Bf der Klassen AM, B und BE ein, indem sie diese bis zum 11. Mai 2024 befristete und dem Bf vorschrieb, er habe alle sechs Monate einen Kontrollbefund eines Facharztes für Innere Medizin inkl. HbA1C Befund vorzulegen. Weiters habe er sich vor Ablauf der Befristung unter Vorlage von fachärztlichen Stellungnahmen aus den Fächern Neurologie, Interne und einer Fahreignungsüberprüfung beim ÖAMTC einer amtsärztlichen Untersuchung zu unterziehen.
Die belangte Behörde beschränkte die Lenkberechtigung des Bf zudem durch Eintragung von technischen Fahrhilfen, zB Handgas und –bremse, Automatik, bzw. generell durch eine Einrichtung um das KFZ ohne Verwendung der Füße bedienen zu können.

I.2. Gegen diesen Bescheid erhob der Bf rechtzeitig Beschwerde in der er auf das Wesentliche zusammengefasst Verfahrensfehler darlegte und die „Aufhebung der Auflagen“ anstrebte.

I.3. Die belangte Behörde legte dem Verwaltungsgericht die Beschwerde samt Verfahrensakt mit Schreiben vom 15. Juni 2023 zur Entscheidung vor, ohne eine Beschwerdevorentscheidung zu fällen.

II.1. Das Landesverwaltungsgericht Oberösterreich hat Beweis erhoben durch Einsichtnahme in den vorliegenden Akt, vom Bf vorgelegte medizinische Unterlagen, öffentliche mündliche Verhandlung und Einholung eines amtsärztlichen Gutachtens Dris. C H.

II.2. Nachstehender entscheidungswesentlicher S A C H V E R H A L T steht fest:

Das Gutachten MMag. G-P, MSc „Fahreignungsüberprüfung“ lautet:

„[…]

FAHREIGNUNGSÜBERPRÜFUNG
Zusammenstellung und Interpretation der Überprüfungsfahrten sowie der Fahrverhaltensanalyse vom 8. Mai 2023 im ÖAMTC-Fahrsicherheitszentrum Marchtrenk mit Gesamtempfehlung

Die Ergebnisse der Reliabilitäts- und Validitätsanalysen belegen die Verfahrensgüte und somit die Einsatztauglichkeit der nachfolgend durchgeführten Fahreignungsüberprüfung

auf Basis mehrerer Ebenen. 1 Die Prüfungsleistungen werden entsprechend einheitlicher Standards dokumentiert und nach einer festgelegten Methodik bewertet. 2

Überprüfte Person:
Ing. F W, geb. am x, x
Die Legitimation erfolgte mit österreichischem Personalausweis PA 149.

Überprüfungsgrund: Analyse der Voraussetzungen zum Lenken eines Pkws vor Wiedererteilung der Lenkberechtigung (Führerscheingruppe 1) bei
-chronischer Herzinsuffizienz, -ischämischer Kardiomyopathie,
-koronarer Herzkrankheit, -Mittelklappeninsuffizienz,
-persistierendes Vorhofflimmern, -schweres vorwiegend zentrales Schlafapnoesyndrom,
-Leberfibrose Grad IV, -Diabetes Melitus II mit diabetischer Polyneuropathie in beiden UE

Überprüfte Führerscheinklasse: B, Gruppe 1
Ergebnis der Überprüfung: WENN VON FACHÄRZTEN BEFÜRWORTET, DANN (ZEITLICH BEFRISTET) FAHRTAUGLICH (Detaillierte Beschreibung der Überprüfungsfahrten ab Seite 6; Endergebnis: Seite 8)

Überprüfungsteam:
MMag. E G-P, MSc (Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte SV für „Überprüfung der Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges (Pkw und Lkw) und Feststellung notwendiger Fahrhilfen zum Ausgleich motorischer Defizite“, Mobilitätsexpertin, Gründerin CLUB M, Psychologin, Autorin div. Verkehrssicherheitsstudien, ...)

S R (Fahrsicherheitsinstruktor und Fahrlehrer, Spezialgebiet: Sonder- und Schwerfahrzeuge)

Untersuchungsfähigkeit, Fahrvoraussetzung, Fahrerfahrung:
Herr Ing. F W fühlte sich am Tag der Fahrverhaltensanalyse nach eigener Aussage weder durch Medikamente, Alkohol oder Drogen noch durch Müdigkeit respektive Folgeerscheinungen der festgestellten Erkrankungen leistungsfähig beeinträchtigt.

Herr Ing. W habe von 23.03.1989 bis Ende 2022 eine Lenkberechtigung für die Führerscheinklassen A, B, F - Gruppe 1 besessen, die nach einem komplexen Vorfall auf einem Parkplatz und einer negativen Stellungnahme seiner damaligen Neurologin Dr. S in basierend u. a. auf einer eindeutig negativ zu bewertenden Überprüfungsfahrt (Feststellung der kraftfahrspezifischen Leistungsfähigkeiten in der Praxis, Bewertung der Voraussetzungen zum Lenken eines Kraftfahrzeuges und Analyse des Verkehrsverhaltens,) von der für ihn zuständigen Behörde PK Wels wegen gesundheitlicher Nichteignung entzogen werden musste.

Nach 8 Monaten wandte sich Herr Ing. W mit einer befürwortenden Stellungnahme des Neurologen Dr. A im Auftrag der Behörde vor Wiedererteilung der Lenkberechtigung erneut an die Gerichtssachverständige, um am 8. Mai 2023 eine weitere Überprüfungsfahrt bei CLUB M abzulegen.

Die komplexe medizinische Vorgeschichte von Herrn Ing. W wird als bekannt vorausgesetzt.

Der Proband legte seiner Aussage nach in den Jahren vor seinem Führerscheinentzug jährlich bis zu 50.000 km mit dem Auto zurück.

Die Mobilität mit dem Pkw ist dem Probanden „sehr wichtig“. Falls die Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges besteht, würde Herr Ing. W den Pkw für Privatfahrten bis zu einer maximalen Tagesdistanz von 400 km sowie für den Arbeitsweg und beruflich einsetzen. Gröbere Verkehrsstrafen und Verkehrsdelikte (weitere Führerscheinentzugsverfahren, Lenkererhebungen wegen Geschwindigkeitsübertretungen, Falschparken, verursachte Unfälle - mit Ausnahme eines Auffahrunfalls) wurden von ihm verneint.

Als Alternative zum Auto, um mobil sein zu können, nannte Herr Ing. W die Verwendung öffentlicher Verkehrsmittel. Seinen Gesundheitszustand bezeichnete er im Allgemeinen als „gut bis sehr gut“.

Der Proband gab im Gespräch an, in den letzten Jahren keine Veränderungen im kognitiven Bereich hinsichtlich

• Fehleranfälligkeit bei komplexen Situationen;
• Verlangsamung der Reaktion;
• Merkfähigkeit;
• Erinnerungsleistung/Kurzzeitgedächtnis;
• Angemessenheit, Richtigkeit und Geschwindigkeit von Entscheidungsprozessen;
• Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit sowie
• verlangsamten Denkens

festzustellen.

Zusammengefasst bestätigte der Proband durch seine Unterschrift die Richtigkeit der gemachten Angaben und erklärte, sich bei der Überprüfung gesundheitlich geeignet zum Lenken eines Kraftfahrzeuges zu fühlen.

Herr Ing. F W kam in einem Taxi zur Feststellung der Pkw-Fahrtauglichkeit.

Fahrzeug:
Da Herr Ing. W privat ein Fahrzeug mit Schaltgetriebe besitzt, wollte er die standardisierten Strecken im Schonbereich der Straße und im Straßenverkehr in einem Pkw (Führerscheinklasse B) mit

• Schaltgetriebe

absolvieren.
Aufgrund der diabetischen Polyneuropathie in beiden unteren Extremitäten wäre ihm von der allgemein zertifizierten und gerichtlich beeideten Sachverständigen für „Feststellung der Ausgleichseinrichtungen für körperliche Defizite“, Frau MMag. E G-P, MSc., das Fahren in einem Pkw (Führerscheinklasse B) mit

• 10.02. Automatischer Wahl des Getriebegangs

und eventuell Fahrhilfen empfohlen worden:

• 20.06 Mit der Hand betätigte Bremse
• 25.04 Handgas
• 40.11 Assistenzeinrichtung am Lenkrad
• 35.05 Gebrauch der Bedienvorrichtungen möglich, ohne Lenkvorrichtung und Beschleunigungs- und Bremsvorrichtungen loszulassen (Bedienvorrichtungen = Schalter für Licht, ScheibenwischerZ-waschanlage, akustisches Signal, Fahrtrichtungsanzeiger usw.)
• 31.03 Maßnahme, um eine Blockierung oder Betätigung des Gas- und des Bremspedals zu verhindern, wenn Pedale nicht mit dem Fuß betätigt werden

Herr Ing. F W wollte die Überprüfungsfahrten in einem Schaltgetriebefahrzeug durchführen.

WICHTIG: Die Bedienung des Schaltgetriebefahrzeuges konnte trotz der diagnostizierten Polyneuropathie in den UE überraschenderweise auch am 08.05.2023 ausreichend korrekt erfolgen.

Um sowohl die Umsetzung der StVO, die kraftfahrspezifischen Leistungsfähigkeiten (Reaktion, Konzentration, Aufmerksamkeit, Überblicksgewinnung, ...) als auch die generelle Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges der Führerscheinklasse B, Gruppe 1 bei Herrn Ing. W in der Praxis überprüfen zu können, wurde ihm der für CLUB M als Fahrschulfahrzeug genehmigte Pkw

• SKODA Karoq,

für die Praxisfahrten zur Verfügung gestellt.

Fahrverhalten:
Im Zuge der Datenerhebung und Überprüfungserklärung wurde auf alle gesetzeskonformen Verhaltensweisen, die bei der Fahrt umzusetzen waren, eingegangen. Das Hauptaugenmerk in der CLUB M-Fahrverhaltensbeobachtung wurde zum einen auf die Bedienung des Fahrzeugs und zum anderen auf die dazu unbedingt notwendige kognitive Flexibilität gelegt, d. h. auf Reaktions-, Konzentrations- und Wahrnehmungsfähigkeit. Herrn Ing. F W wurde im Zuge der Vorbesprechung bewusst gemacht, dass die Fähigkeiten, das Fahrzeug ordnungsgemäß zu bedienen, alle Handlungsabläufe vorausschauend zu planen bzw. selbständig umzusetzen, die Fahrlinie einzuhalten, alle Verkehrszeichen und Reize (Personen, Fahrzeuge, ...) wahrzunehmen und darauf zu reagieren, die Höchstgeschwindigkeit auf der gesamten Strecke einhalten zu können, die Abbiegemanöver korrekt durchzuführen sowie ein sicheres Verkehrsverhalten zu zeigen, das Ergebnis bestimmen würden. Im standardisierten Streckenverlauf konnten alle für die Teilnahme am Straßenverkehr notwendigen Leistungsfähigkeiten bei Herrn Ing. F W in der Praxis festgestellt werden.

Während der Fahrt wurden folgende kognitive Variablen analysiert:
Aufmerksamkeit, Aufmerksamkeitsaktivierung, Reaktionsgeschwindigkeit, Reaktionssicherheit, Konzentrationsleistung, Wahrnehmung, Planen und Umsetzen von Handlungsabläufen, Fahrzeugbedienung, Fahrzeugbeherrschung, Spurgestaltung, Spurgestaltung, Geschwindigkeitswahl, Fahrstreifenwechsel, Fahrstreifenwahl, Abstandverhalten, Vorbeifahren/Überholen, Blicktechnik, Überblicksgewinnung, Regelbeachtung, Regelumsetzung, Zeichensetzung, Interaktion mit anderen Verkehrsteilnehmern im Ortsgebiet, auf der Freilandstraße und der Autobahn.

Überprüfungsablauf und Fahrstrecken:
Nachdem Frau MMag. E G-P, MSc mit dem Probanden ein Explorationsgespräch betreffend subjektive Wahrnehmung der gesundheitlichen Eignung sowie die aktuelle Teilnahme am und das richtige Verhalten im Straßenverkehr eingehend geführt hatte, wurde im Schonbereich der Straße von den Fahrhilfenexperten des CLUB M festgestellt, ob die Fahrt im Schonbereich und im Straßenverkehr mit dem zur Verfügung gestellten Fahrzeug technisch sicher absolviert werden könne. Damit der Betroffene das Fahrschulfahrzeug kennenlernen konnte, wurden unter Anleitung des Fahrlehrers R sehr einfache, aber aussagekräftige Übungen im ÖAMTC Fahrtechnikzentrum Marchtrenk durchgeführt.

Das Fahrverhalten wurde anschließend auf einer standardisierten Strecke im öffentlichen Verkehr beobachtet; die Fahrt im Straßenverkehr dauerte bei Herrn W 44 Minuten, von 08.21 Uhr bis 09.05 Uhr.

Fahrprobe im Schonbereich der Straße:
Bei der Fahrprobe im Schonbereich der Straße konnten von Herrn Ing. W die einfachen, aber aussagekräftigen Übungen, welche sowohl mit dem BMK. (ehemals BMVIT) als auch mit dem Dachverband österreichischer Fahrschulen vereinbart wurden, zufriedenstellend absolviert werden. Erwähnt muss jedoch werden, dass bei diesen Übungen ausschließlich Reize, die den zentralen Sehbereich betreffen, wahrgenommen werden müssen, um die Aufgaben korrekt umsetzen zu können.

Fahrverhaltensanalyse im Straßenverkehr:
Bei Herrn W konnte von den Fahrverhaltensbeobachtern G-P und
R während der 44-minütigen standardisierten Fahrverhaltensbeobachtung Routine betreffend Umsetzung der StVO beobachtet werden.

Er zeigte trotz der diagnostizierten Spurabweichung beim Gehen (Stellungnahme zur Fahrtauglichkeit vom 22.03.2023, Dr. A) eine tadellose Spurgestaltung auf geraden und kurvigen Straßen in allen Geschwindigkeitsbereichen (Ortsgebiet, Freiland, Autobahn). Die Wahl des Fahrstreifens (Rechtsfahrordnung) entsprach ebenfalls den gesetzlichen Vorschriften.

Die Brems- und Beschleunigungsmanöver erfolgen korrekt. Die Abstände zum Vordermann und zur Seite wurden optimal gewählt. Bei Abbiegemanövern waren Kontroll- und Sicherungsblicke auf bevorrangte Kraftfahrzeuglenker, Fußgänger und Radfahrer zu beobachten.

Die Wahl der Fahrgeschwindigkeit wurde sowohl an die gesetzlichen Bestimmungen als auch an die jeweilige Situation angepasst. Überschreitungen der erlaubten Höchstgeschwindigkeit konnten nicht beobachtet werden.

Alle für eine sichere Teilnahme am Straßenverkehr relevanten Handlungen konnten parallel ausgeführt und vorausschauend geplant werden. Sowohl rechts- als auch linksseitig der Straße aufgestellte Verkehrszeichen und Reize konnten -bis auf 3 Ausnahmen- wahrgenommen und korrekt interpretiert werden.

Der Streckenabschnitt auf der Autobahn (Auf- und Abfahren, Einordnen, Spurwechsel, Spurhaltung usw.) konnte problemlos absolviert werden. Der Proband führte sowohl während der Fahrt als auch vor und bei jedem Abbiege-, Spurwechsel- und Überholmanöver Kontroll- und Sicherungsblicke nach rechts und links durch.

Bei Straßenkreuzungen und anderen Querstellen zeigte Herr Ing. W stets ein korrektes, partnerschaftlich orientiertes Verhalten mit guter Übersicht hinsichtlich der Verkehrslage und des Verhaltens der anderen Verkehrspartner.

Da bei Herrn Ing. W in der Praxis sowohl ein ausreichend schnelles Umsetzen der kraftfahrspezifischen Leistungsfähigkeiten (Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Reaktion, Konzentration, Überblicksgewinnung, ...) als auch ein sicheres Fahrverhalten zu beobachten war, konnte seine Verkehrstüchtigkeit von beiden mitfahrenden Beobachtern als positiv beurteilt werden.

Zusammenfassung aufgrund der Gesamtergebnisse:
Vorausgesetzt, dass auch die gesundheitliche Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges bei Herrn Ing. F W gegeben ist, kann aus Sicht beider CLUB M- M, die in seine Fahreignungsüberprüfung am 8. Mai 2023 involviert waren,
bestätigt werden, dass der Proband aufgrund der gezeigten Leistung derzeit in der Lage ist, mit einem Pkw (FS-Klasse B) verkehrssicher am Straßenverkehr teilzunehmen.

Die Wiedererteilung der Lenkberechtigung für die Führerscheinklasse B, Gruppe 1 kann zeitlich befristet (maximal 12 Monate) befürwortet werden.

Die Voraussetzungen für Führerscheine anderer Führerscheinklassen wurden nicht überprüft und können daher auch nicht befürwortet werden.

Aufgrund einer möglichen Progredienz der Erkrankung wird eine neuerliche Fahreignungsüberprüfung in maximal 12 Monaten empfohlen.

ANMERKUNG:
• Die endgültige Feststellung der gesundheitlichen Eignung sowie fachlichen Befähigung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges bleibt ausschließlich der zuständigen Wohnsitzbehörde vorbehalten.
• Die gesundheitlichen Voraussetzungen zum Lenken eines Kraftfahrzeuges der Klasse B, Gruppe 1 sind von zuständigen Fachärztinnen/ zuständigen Fachärzten zu bestätigen.

• Die Lenkberechtigung ist mittels Auflagen (eventuell lenkerspezifische Auflagen wie zeitliche Befristungen, Vorlage ärztlicher Stellungnahmen) einzuschränken. Hierüber wird ein neuer Führerschein ausgestellt, in welchem die benötigten Fahrhilfen mit Zahlencodes einzutragen sind.
• Herr Ing. W absolvierte die Fahrprobe mit einem Sehbehelf (Brille) 01. 01
• Fahrbahnbeschaffenheit: trocken
• Wetter/Temperatur: bewölkt, 7,5°C
[…]

[Fahrverhaltensbeobachtung Club-M AS 88 – 92]

Die Begründung des polizeiamtsärztlichen Gutachtens Dris. E lautet:

Der Proband kommt wegen FE bei dzt. gesundheitlicher Nichteigung zur aä. Untersuchung. Bei der klinischen Untersuchung ist Hr. W bis auf seine Gangart unauffällig. Der beigebrachte Befund FA Neuro v. 22.3.2023 attestiert für die Kl. B eine grundsätzliche Fahrtauglichkeit bei Z.n. diab. PNP mit sensomotorischeem Defizit in distal-symmetr. Verteilung, mit einer ev. Überprüfungsfahrt um sicher zu gehen, dass das Handling der Pedale mit den Füßen nicht beeinträchtigt ist. Der beigebrachte Befund FA Interne v. 21.3.2023 mit der Diagnose chron. Herzinsuffizienz, ischäm. Kardiomyopahtie, koron. Atherosklerose, Mitralklappeninsuffizienz II, pers. Vorhofflimmern, art. Hypertonie, chron. Niereneinsuffizienz Stadium 3a, DM II, obstr. Schlafapnoesyndrom, Leberfibrose Grad IV, Stauungsdermatitis bei Ulcus cruris varicosum, Eypsipe St.p., attestiert für die FS KL. B eine pos. Stellungnahme. Es besteht ein echokardiografisch stabiler Befund, die Fortsetzung d. Herzinsuffizienztherapie ist unbedingt notwendig. Regelm. kardiolog.-nternistische Kontrolluntersuchungen erscheinen halbjährlich notwendig. Die durchgeführte Fahreignungsüberprüfung beim ÖAMTC-Fahrsicherheitszentrum mit MMag. E G-P ergibt aufgrund der gezeigten Leistung, dass Hr. W dzt. in der Lage ist, mit einem Kfz der Kl. B verkehrssicher am Straßenverkehr teilzunehmen. Die Wiedererteilung kann zeitlich befristet auf max. 1 Jahr befürwortet werden. Aufgrund der möglichen Progredienz der Erkrankung wird eine neuerliche Fahreignungsprüfung in max. 12 Mo empfohlen. Aus verkehrsmedizinischer Sicht empfehle ich die Gewährung eines befr. Führerscheines auf 1 Jahr mit der halbjährlichen Beibringung eines Kontrollbefund des FA Interne (inkl. HbA1c). Bei Fristablauf ist ein Gutachten im Sinne der FSG-GV des FA Interne u. Neuro notwendig, sowie eine neuerliche Fahreignungsüberprüfung. Weiters sind folgende Einschränkungen zu vermerken: 20.06 mit der Hand betätigte Bremse, 25.04
Handgas, 40.11 Assistenzeinrichtung am Lenkrad, 35.05 Gebrauch d. Bedienvorrichtung – ohne Lenkvorrichtung u. Beschleuningungs- und Bremsvorrichten loszulassen (Schalter f. Licht, Scheibenwischer, Blinker, akust. Signal), 31.03 Maßnahme, um eine Blockierung oder Betätigung des Gas u. des Bremspedals zu verhindern, wenn Pedale nicht mit dem Fuß betätigt werden, 10. 02 - autom. Wahl des Getriebegangs.

Der Visus Naturalis des Bf beträgt rechts: 0,125 und links: 0,5
[polizeiamtsärztliches Gutachten Dris. E]

Das amtsärztliche Gutachten Dris C H vom 12. November 2023 lautet:

„[…]
GUTACHTEN:
Das Gutachten stützt sich auf folgende Unterlagen:
- Arztbrief, Klinikum W-G, 30.08.2017
- Ärztlicher Entlassungsbericht, Herzkreislauf Zentrum Groß-Gerungs, 16.07.2019
- Reha-Wels, Zentrum für ambulante medizinische Rehabilitation, Kardiologie, 06.12.2022
- Anzeige PI Gmunden, 14.04.2022
- Neurologisch-fachärztliche Stellungnahme nach dem Führerscheingesetz, Dr. K S, 12.07.2022
- Kurzarztbrief, Barmherzige Brüder, 11.08.2022
- Fahreignungsüberprüfung, MMag. E G-P, MSc, 02.09.2022
- Amtsärztliches Gutachten LPD Wels, Dr. E, 07.09.2022
- Patientenbrief (Internistische Stellungnahme), OA Dr. M S, 21.03.2023
- Neurologische Stellungnahme zur Fahrtauglichkeit, Dr. med. W A, 22.03.2023
- Fahreignungsüberprüfung, MMag. E G-P, MSc, 08.05.2023
- Amtsärztliches Gutachten, LPD Wels, Dr. E, 11.05.2023
- Ärztlicher Befundbericht, Dr. E S, 11.08.2023
- Lungenfachärztliche Stellungnahme, Dr. B F, 16.10.2023

Chronologische Darstellung der Vorgeschichte laut Aktenlage:
Bei Herrn Ing. W liegen mehrmalige kardiale Dekompensationen vor, erstmalig 2017. Der Blutdruck war bei 200/140mmHg. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes 2017 wurde eine Koronarangiographie durchgeführt, welche hämodynamisch relevante Koronarstenose ausgeschlossen hat. Folgender Befund wurde diagnostiziert: Diffuse Sklerose der dominanten RCA, 50%ige Tandemstenose der PLA, deutliche periphere Sklerose der LAD, 70%ige Abgangsstenose eines diagonalen Astes, 70%ige Stenose im proximalen Abschnitt des unteren hauptmarginalen Astes der Arteria circumflexa. Des Weiteren hatte Herr Ing. W ein paroxysmales tachykardes Vorhofflimmern, welches spontan in den Sinusrhythmus konvertierte. Als kardiovaskuläres Risikoprofil waren die arterielle Hypertonie sowie der Diabetes mellitus gegeben. Z.n. Nikotinabusus,
Cholezystolithiasis, Steatosis hepatis. Echokardiographisch wurde eine geringe zentrale Mitralklappeninsuffizienz diagnostiziert. Laborchemisch zeigte sich eine eingeschränkte Nierenfunktion als auch ein erhöhter HbA1c von 12%. Eine Pulmonalarterienembolie wurde ausgeschlossen. Durch Einleitung einer Herzinsuffizienztherapie und einer antidiabetischen Therapie besserte sich der Zustand des Klienten. Eine Antikoagulation wurde aufgrund des paroxysmalen Vorhofflimmerns begonnen.
Herr Ing. W war 2019 im Herzkreislauf-Zentrum in Groß Gerungs auf Reha. Damals war der HbA1c bei 10,7 %. Hinzu kamen als Diagnosen schwere degenerative Wirbelsäulen-Veränderungen (HWS: C3, C4 und C6, C7 Diskushernie mit Spondylochondrose, LWS: L5/S1 Diskusprolaps mit Bedrängen beider Wurzeln L5 und Spondylolithese, erosive Osteochondrose – von der neurochirurgischen Begutachtung kein Befund vorliegend) und ein höhergradiges Schlafapnoe-Syndrom, welches mit CPAP-Gerät mit Sauerstoffkonzentrat therapiert wurde. Die Medikation wurde im Rahmen der Reha angepasst, das Reha-Ziel wurde laut Arztbrief erreicht.
Anfang 2022 wurde Herr Ing. W durch die Verkehrsbehörde zur amtsärztlichen Untersuchung aufgefordert, um die gesundheitliche Eignung zum Lenken eines KFZ zu überprüfen. Grund hierfür war, dass Herr Ing. W in seinem KFZ „verwirrt“ vorgefunden wurde. Laut Akt hatte er Lähmungserscheinungen der Beine und konnte das Auto nicht

verlassen. Er wurde mit dem Rettungsauto ins Krankenhaus gebracht. Im Rahmen des Verfahrens hat Herr Ing. W eine Stellungnahme vom Facharzt für Neurologie und eine Fahreignungsüberprüfung von Club M vorgelegt.
Die fachärztliche Stellungnahme vom Frau Dr. K S vom 12.07.2022 hat anamnestisch erhoben, wie der Vorfall aus Sicht des Klienten war. Am Vorfalltag sei er mit dem Auto gefahren und sei dann müde geworden, habe sein Auto abgestellt und habe dann dort geschlafen. Gegen 17:00 Uhr wurde er von der Polizei geweckt, die Rettung war auch schon da. Er hatte Schmerzen in den Beinen wegen chronischer Ulcera, Ödemen und auch diabetogenen Veränderungen. Aufgrund der Lähmungserscheinungen wurde er ins Krankenhaus gebracht. Er hatte eine massive Infektion im Bereich beider Unterschenkel und hat sich nach zwei Tagen selbst entlassen. Vom 04. bis 17. Mai war er neuerlich stationär im Krankenhaus wegen globaler kardialer Dekompensation. Des Weiteren ergibt sich anamnestisch, dass bei Herrn Ing. W bereits seit vielen Jahren ausgeprägte Veränderungen der HWS und LWS festgestellt wurden, die angeblich operiert werden müssten, Unterlagen gibt es diesbezüglich keine. Er gab an, dass sich die Wirbelsäule im Brustbereich immer wieder versteife und teilweise könne er die Beine dann schlechter bewegen. Diese Blockaden löse er selbst. Bereits 2016 hatte er eine Lähmung der rechten Körperhälfte für ca. 15 Minuten. Eine Diagnose gab es nicht. Im Bereich der unteren Extremität wurde ein pathologischer Befund erhoben (Muskeleigenreflexe fehlend, ausgeprägte Unterschenkelödeme mit massiven trophischen Störungen und Ulcera cruris, teilweise wegen Wasseraustritt mit Bandagen versorgt. Vorfußfunktion motorisch und sensorisch nicht beurteilbar, soweit distal kein sicheres motorisches Defizit, von Seiten der Hüftbeugung bds. KG 4-, Kniestreckung regelrecht, Adduktion und Abduktion in der Hüfte soweit kräftig, das Vibrationsempfinden beidseits bis in Kniehöhe aufgehoben. Das Gangbild stark unsicher, breitbasig). Durch die relevante Schwäche der Hüftbeugung beidseits in Kombination mit ausgeprägten sensiblen Störungen an den Füßen erschien aus Sicht der Neurologin das Bedienen von Pedalen beim Autofahren nicht ausreichend gewährleistet. Eine definitive Lähmung lag nicht vor. Es wurde eine Fahrüberprüfung empfohlen. Die Neurologin beschrieb ebenfalls, dass die Angaben des Patienten zum Teil sehr vage und kryptisch und neurologisch nur eingeschränkt nachvollziehbar waren.
Bevor die Fahreignungsüberprüfung stattfinden konnte, war Herr Ing. W erneut in stationärer Behandlung (26.07. – 11.08.2022). Laut Anamnese habe er 3 Tage lange keine Medikamente mehr eingenommen, um zu sehen, ob es ohne gehe. Herr Ing. W hatte ein Erysipel im rechten Oberschenkel sowie Abdomen rechts und war global kardial dekompensiert bei ischämischer Kardiomyopathie mit hochgradig eingeschränkter linksventrikulärer Funktion. Das 2017 diagnostizierte paroxysmale Vorhofflimmern ist 2022 nun ein persistierendes Vorhofflimmern, intermittierend tachykard.
Der Diabetes mellitus war zu diesem Zeitpunkt gut eingestellt, der HbA1c war bei 7,4 %. Eine neuerliche Koronarangiographie wurde nicht durchgeführt. Die 2017 beschriebene geringgradige zentrale Mitralklappeninsuffizienz wurde als mittelgradig hämodynamisch wirksame Mitralklappeninsuffizienz beschrieben. Einer weiteren Abklärung für die Optimierung des Therapiemanagements hat Herr Ing. W abgelehnt (non vult laut Kurzarztbrief vom 11.08.2022). Die Gangstörung bei propriozeptivem Defizit wird als Folgeerscheinung der fortgeschrittenen Polyneuropathie gesehen. Das ambulant diagnostizierte schwere vorwiegende zentrale Schlafapnoe-Syndrom (primärer AHI 49/h) wurde zum damaligen Zeitpunkt nicht mehr therapiert (derzeit Patient non vult laut Kurzarztbrief vom 11.08.2022).

Während des stationären Aufenthaltes verschlechterte sich die chronische Niereninsuffizienz und ging über in ein akutes Nierenversagen. Insgesamt verschlechterte sich der klinische Gesamtzustand von Herrn Ing. W, sodass er auf der Intensivstation übernommen wurde. Dort erhielt er intensivmedizinische Betreuung und Therapie inkl. einer Hämofiltration. Unter maximaler Herzinsuffizienztherapie besserte sich der Zustand von Herrn Ing. W. Die Medikation wurde für die Entlassung in die Häuslichkeit angepasst, ein mobiler Dienst für die weitere Versorgung hinzugezogen.
Die von Frau S empfohlene Fahrüberprüfung fand am 02.09.2022 statt. Das Ergebnis lautete „Nicht fahrtauglich“. Das Bedienen der Pedale stellte während der gesamten Fahrüberprüfung kein Problem dar.
Es zeigten sich folgende Leistungsmängel: verlangsamte Reaktion und reduzierte Aufmerksamkeitsaktivierung mit erhöhter Fehleranfälligkeit, die optischen Informationen wurden in ihrem Bedeutungsinhalt nicht ausreichend schnell und sicher bzw. überhaupt nicht wahrgenommen, die Konzentration und Wahrnehmung waren von Beginn an eingeschränkt, die Aufmerksamkeitsbelastung war zu gering, Herr Ing. W schien auch auf der kurzen ihm bekannten Strecke oftmals überfordert. Aufgrund dessen war Herr Ing. W nicht geeignet, einen PKW verkehrssicher zu lenken und am Straßenverkehr teilzunehmen. Das daraufhin erstellte amtsärztliche Gutachten lautete ebenfalls nicht geeignet.
Im Oktober 2022 hat Herr Ing. W erneut eine Reha angetreten. Diese fand aufgrund eines Antrages während seines letzten stationären Aufenthaltes statt. Die Diagnosen sind mit dem stationären Aufenthalt vom Juli 2022 gleich. Bei der durchgeführten Ergometrie zeigte sich bei persistierendem Vorhofflimmern kein eindeutiger Hinweis für eine belastungsinduzierte Myokardischämie. Das Rehabilitationsziel wurde erreicht. Die Maßnahmen hat Herr Ing. W konsequent durchgeführt, die Medikamente regelmäßig eingenommen. Aus kardiologischer Sicht war ein erfreulicher Verlauf dokumentierbar. Die Fortführung des regelmäßigen Herz-Kreislauftrainings wurde empfohlen, ebenso halbjährliche echokardiographische Kontrolluntersuchungen. Im Herzultraschall zeigte sich weiterhin eine Kardiomyopathie mit mäßiggradig reduzierter linksventrikulärer Funktion und einer Mitralklappeninsuffizienz II° (stark exzentrisch).
Herr Ing. W hat am 21.03.2023 eine internistische Stellungnahme für das Wiedererlangen seiner Lenkberechtigung eingeholt. Diese hat die bereits angeführten Diagnosen bestätigt. Zum Zeitpunkt der Untersuchung lag aus kardiologisch-internistischer Sicht eine stabile Befundkonstellation bei derzeitiger Medikamentencompliance vor. Regelmäßige halbjährliche kardiologisch-internistische Kontrolluntersuchungen schienen aufgrund der Diagnosen notwendig.
Herr Dr. A, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, dokumentierte im neurologischen Untersuchungsbefund, dass im Bereich der unteren Extremität im Sprunggelenksbereich eine Extensionsschwäche KG 4 besteht. Des Weiteren hatte Herr Ing. W ein Oberflächendefizit beim Fußballen und Zehenbereich mäßigen Ausmaßes, das Vibrationsempfinden im Zehenbereich war beidseits (links > rechts) abgeschwächt. Der Einbeinstand war unsicher, beim Gehen zeigte der Klient unsystematisches Spurabweichen. Aus nervenärztlicher Sicht liegt eine diabetische Polyneuropathie mit sensomotorischem Defizit in distal-symmetrischer Verteilung vor, in der Vorgeschichte (~ 2016) kurzfristige Hemisymptomatik rechts. Die Fahrtauglichkeit war prinzipiell gegeben, allerdings sollte eine Überprüfungsfahrt für das Handling der Pedale mit den Füßen, erfolgen.
Die neuerliche Fahrüberprüfung bei Club M fand am 08.05.2023 statt. Auch in diesem Fall wurden Herrn Ing. W entsprechende Ausgleichsvorrichtungen empfohlen. Diese hat er

jedoch abgelehnt. Bei der Fahrt ohne Ausgleichsvorrichtungen gab es keine Auffälligkeiten. Während der Fahrverhaltensbeobachtung konnte eine Routine betreffend der Umsetzung der StVO beobachtet werden.
Herr Ing. W hatte eine tadellose Spurgestaltung auf geraden und kurvigen Straßen in allen Geschwindigkeitsbereichen. Die Brems- und Beschleunigungsmanöver erfolgten korrekt, die Abstände zum Vordermann wurden optimal gewählt. Die Fahrgeschwindigkeit erfolgte nach den gesetzlichen Bestimmungen und wurde ebenfalls an die jeweilige Situation angepasst. Alle für eine sichere Teilnahme am Straßenverkehr relevanten Handlungen konnten parallel ausgeführt und vorausschauend geplant werden. Der Streckenabschnitt auf der Autobahn wurde problemlos absolviert. Die kraftfahrspezifische Leistungsfähigkeit als auch das sichere Fahrverhalten wurden positiv beurteilt. Eine neuerliche Fahreignungsüberprüfung aufgrund der Progredienz der Erkrankung wurde empfohlen.
Das amtsärztliche Gutachten vom 11.05.2023 ergab eine bedingte Eignung mit Befristung auf 1 Jahr. Herr Ing. W sollte halbjährliche Befundkontrollen von einem Internisten inkl. HbA1c vorlegen. Zur Nachuntersuchung sollte eine Stellungnahme von einem Facharzt für Interne Medizin als auch von einem Facharzt für Neurologie vorgelegt werden. Des Weiteren sollte Herr Ing. W in 12 Monaten eine neuerliche Fahrverhaltensüberprüfung absolvieren. Das KFZ sollte mit den im amtsärztlichen Gutachten angeführten Ausgleichsvorrichtungen adaptiert werden.
Herr Ing. W hat daraufhin Beschwerde erhoben.
Die Einholung einer ergänzenden internistischen Stellungnahme vom 11.08.2023 zeigte einen gut eingestellten Diabetes mellitus. In den letzten 12 Monaten gab es keine Hypoglykämien. Es besteht kein erhöhtes Risiko für schwere Hypoglykämien wegen der guten Compliance. Es besteht keine Spätschädenproblematik, die das sichere Lenken beeinträchtigen. Laut dem ärztlichen Befundbericht vom 11.08.2023 wird das schwere obstruktive Schlafapnoe-Syndrom mit CPAP-Maske therapiert.
Bezüglich der im Kurzarztbrief von 2022 dokumentierten schweren Schlafapnoe wurde eine lungenfachärztliche Stellungnahme seitens der Amtsärztin angefordert.

Folgende Aspekte sind zu beachten:

Koronare Herzerkrankung:
Eine koronare Herzerkrankung ist das Ergebnis von Gefäßverengung / -verschluss im Bereich der Herzkranzgefäße. 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.

Mitralklappeninsuffizienz:
Die Mitralklappeninsuffizienz ist die Schlussunfähigkeit der Herzklappe zwischen linkem Vorhof und linkem Ventrikel. Sie verhindert das Zurückfließen des Blutes in den Vorhof bei Kontraktion des linken Ventrikels in der Systole.
Die Mitralklappeninsuffizienz kann akut oder chronisch, primär oder sekundär auftreten. Zu den Auslösern gehören:
- Herzschwäche anderer Ursache mit Erweiterung der Herzhöhlen und Auseinanderweichen der Mitralklappensegel
- Herzinfarkt
- Dysfunktion eines Papillarmuskels bei Myokardischämie (KHK)
- Riss der Sehnenfäden (bei Mitralklappenprolaps)
- Alterung (Verkalkung und Degeneration der Klappen)
- Herzklappenentzündung (seltener)

Während eine akute Mitralinsuffizienz die gleichen Symptome wie ein akuter Herzfehler (Dyspnoe, Müdigkeit, Schwäche, Lungenödem bis hin zum kardiogenen Schock mit Blutdruckabfall und den daraus resultierenden Multiorganschäden) verursacht, sind die Symptome einer chronischen Mitralinsuffizienz initial asymptomatisch. Der Organismus kann durch Adaptationsmechanismen eine chronische Mitralinsuffizienz längere Zeit tolerieren. Durch die Vergrößerung des linken Vorhofs steigt der pulmonalarterielle und -venöse Druck und der linke Ventrikel dekompensiert.

Die Diagnose wird durch die Echokardiographie bestätigt. Sie dient zur Beurteilung folgender Parameter:
Ursache der Mitralinsuffizienz, Schweregrad der Insuffizienz, Mitralklappenmechanismus, Größe des linken Ventrikels, linksventrikuläre Funktion, Auswirkungen auf den linken Vorhof, Ausmaß einer pulmonalen Hypertonie, Möglichkeit einer Mitralklappenrekonstruktion. Die Einteilung in mittelschwere und ausgeprägte Insuffizienzen muss sorgfältig und kritisch bestimmt werden, um das weitere Procedere adäquat und bestmöglich für den Betroffenen planen zu können.
Bei asymptomatischer Mitralinsuffizienz mit einer linksventrikulären Pumpfunktion > 60 Prozent und einem endsystolischen linksventrikulären Durchmesser < 45 mm hat sich die Follow-up Methode etabliert.
Hierbei erfolgen halbjährliche oder jährliche echokardiographische Verlaufskontrollen. Therapiebedürftige Grund- und Begleiterkrankungen wie beispielsweise eine koronare Herzerkrankung und arterielle Hypertonie sollten zusätzlich mitbehandelt werden.
Mit beginnender Funktionseinschränkung des linken Ventrikels haben sich frühzeitige operative Interventionen bewährt. Dies gilt bei einer linksventrikulären Pumpfunktion < 60 Prozent, einem endsystolischen linksventrikulären Durchmesser > 45 mm, einem systolischen pulmonalarteriellen Druck in Ruhe > 50 mmHg in Ruhe oder > 60 mmHg unter Belastung, bei neu aufgetretenem Vorhofflimmern.

Durch eine ausführlichere Echokardiographie wird die Mitralinsuffizienz in ihrer Schwere weiter bewertet.
Eine transösophageale Echokardiographie wird durchgeführt um ein genaueres Bild der Mitralklappe und des linken Vorhofs zur Verfügung zu stellen. Valvuläre Thromben und eine Endokarditis werden ebenfalls mit einer transösophagealen Echokardiographie ausgeschlossen. Ursachen für eine Mitralinsuffizienz müssen abgeklärt werden, um eine adäquate Therapie wie Herzinsuffizienztherapie, Therapie einer vorhandenen koronaren Herzerkrankung oder ggf. eine operative Therapie einleiten zu können.
Regelmäßige kardiologische Verlaufskontrollen im Sinne einer Echokardiographie sind unerlässlich. Nur so kann eine Progredienz zeitnah erkannt und eine entsprechende operative Therapie eingeleitet werden.

Schlafapnoe Syndrom:
Bei dem Schlafapnoesyndrom handelt es sich um eine sehr häufige schlafbezogene Atmungsstörung mit intermittierendem Sistieren oder Reduktion des Atemgasflusses an Nase und Mund. Beim obstruktiven Schlafapnoesyndrom kommt es zu einer inspiratorisch funktionellen Obstruktion der oberen Atemwege.
Davon abzugrenzen gilt es das zentrale Schlafapnoesyndrom, wo es zu einer Störung des Atemantriebes im Gehirn kommt. Das zentrale Schlafapnoe-Syndrom kann zusätzlich durch Herzprobleme, Hirntumore, Lungenmedikation oder Leben in großen Höhen begünstigt werden.
Klinisch imponieren eine abnorme Tagesmüdigkeit mit Einschlafneigung bei monotonen Tätigkeiten und lautes und unregelmäßiges Schnarchen mit Atemstillständen. Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Persönlichkeitsveränderung, morgendlicher Kopfschmerz sind weitere klinische Symptome.
Das Schlafapnoesyndrom ist ein unabhängiger Risikofaktor für arterielle Hypertonie und Atherosklerose und erhöht das Risiko für myokardiale Ischämien, kardiale Arrhythmien und Schlaganfall. Die Diagnose wird durch eine ambulante kardiorespiratorische Polygraphie („Apnoe-Screening“) und in weiterer Folge mittels Polysomnographie im Schlaflabor gestellt.
Eingeteilt wird das Schlafapnoesyndrom in drei Schweregrade. Dabei ist die Einteilung nach der Anzahl der Atmungsereignisse pro Stunde Schlaf (Apnoe-Hypopnoe-Index, AHI) üblich:
- Leicht: AHI > 5 und < 15 / h
- Mittelgradig: AHI 15 – 30 / h
- Schwer: > 30 AHI / h

Zusätzlich müssen noch weitere Faktoren mit in die Bewertung miteinbezogen werden, wie die klinische Symptomatik als auch die Begleit- und Folgeerkrankungen (kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Potenzstörungen).
Die Therapie erfolgt einerseits durch die Reduktion aggravierender Faktoren (Gewichtsreduktion bei Adipositas, Schlafhygiene mit Karenz von Alkohol, Nikotin, meiden der Rückenlage, Therapie von Apnoe begünstigenden Faktoren / Erkrankungen) als auch apparativ mittels
- nächtlicher kontinuierlicher Überdruckbeatmung über Nasenmaske
- Gabe von zusätzlichem Sauerstoff
- ggf. Unterkieferprotrusionsschiene als orales Hilfsmittel
- implantierten Nervenschrittmacher zur Stimulation des Nervus hypoglossus im Schlaf, um den Rachenraum bei der Inspiration zu erweitern.

Die Obstruktion kann auch chirurgisch therapiert werden. Da die Maskenbeatmung allerdings eine Erfolgsrate von > 90 % hat, ist diese Option als ultima ratio anzusehen.

Diabetes mellitus:
Ist eine Stoffwechselerkrankung, die auf Insulinresistenz oder Insulinmangel beruht. Gekennzeichnet ist sie durch einen chronisch erhöhten Blutzuckerspiegel. Es kommt zu einer Störung des Sauerstofftransportes und -austausches. Daraus resultieren Durchblutungsstörungen. Des Weiteren kommt es zu Gefäßveränderungen. Der gestörte Sauerstofftransport und -austausch mit den nachfolgenden Durchblutungsstörungen als auch die Gefäßveränderungen resultieren aus dem chronisch erhöhten Blutzucker. Diese Veränderungen gehen Hand in Hand.
Der Diabetes mellitus ist mit einem deutlich erhöhten Risiko für schwere Begleit- und Folgeerkrankungen gekennzeichnet. Dies sind Mikro- und Makroangiopathien, das heißt, es kommt zu Gefäßverdickungen, welche zu Durchblutungsstörungen führen, da der Sauerstofftransport und -austausch in den einzelnen Geweben nicht mehr ordnungsgemäß stattfindet. Zeitgleich werden auch die Nerven durch die erhöhten Blutzuckerwerte geschädigt.

Bei einer Makroangiopathie handelt es sich um die koronare Herzerkrankung (55 % der Diabetiker sterben am Herzinfarkt), periphere arterielle Verschlusskrankheit und die arterielle Verschlusskrankheit der Hirnarterien und nachfolgendem ischämischen Hirninfarkt.
Die Mikroangiopathien manifestieren sind als diabetische Nephropathie, diabetische Retinopathie und die diabetische Neuropathie.

Diabetische Neuropathie und Polyneuropathie:
Bei der diabetischen Neuropathie sind verschiedene Nerven an verschiedenen Stellen im Körper durch hohe Blutzuckerwerte geschädigt. Die Nerven leiten dabei weniger Impulse. Bestimmte Körperfunktionen funktionieren daher nicht mehr. Sind mehrere Nerven betroffen, so spricht man von einer Polyneuropathie.
Von der peripher diabetischen Polyneuropathie (Nerven für Bewegung der Muskeln und Berührungsempfindungen der Haut) ist die vegetative diabetische Neuropathie (Nerven welche die Organe im Körper steuern) zu unterscheiden.
Die periphere Polyneuropathie zeigt sich auf unterschiedliche Weise. Das Spüren von Berührungen, Temperaturunterschieden oder Schmerzreizen ist verringert oder nicht mehr vorhanden. Es kommt zu Missempfindungen wie Kribbeln, Pelzigkeit oder Brennen bis hin zu starken Schmerzen. Des Weiteren kann es zu schwächeren Muskeln in den Beinen, Gangunsicherheit und Schwindel auftreten. Mit geschlossenen Augen findet sich auch kein sicherer Gang. Muskeleigenreflexe gehen verloren.
Durch die Polyneuropathie werden Verletzungen und Druckstellen an den Füßen schlechter wahrgenommen, die Wundheilung ist verzögert.
Sind bei einer vegetativen Polyneuropathie die inneren Organe betroffen, so zeigen sich unterschiedliche Symptome. Zum Beispiel kann es im Bereich des Magen-Darm-Traktes zu Übelkeit, Völlegefühl, Durchfall oder auch Verstopfungen führen. Störungen beim Entleeren der Blase können eine Folge der vegetativen Neuropathie sein.
Beim Herz-Kreislauf-System z. B. kann es zu Herzrhythmusstörungen kommen. Da die Schmerzempfindung oftmals gestört ist, sind die typischen Symptome eines Herzinfarktes

für Betroffene nicht spürbar, sie erleiden sogenannte „stumme“ Herzinfarkte. Das Risiko für den plötzlichen Herztod ist erhöht. Dies gilt auch für den Schlaganfall.

Diabetische Polyneuropathie vs. Wirbelkanalstenose:
Die diabetische Polyneuropathie ist einer Wirbelkanalverengung oft ähnlich. Beide Erkrankungen gehen oft mit Schwindel und Taubheit / Kribbeln / brennenden Schmerzen der Hände und Füße einher.
Bei der Wirbelkanalstenose kommen noch zusätzlich Rückenschmerzen hinzu. Kribbeln, Brennen und Taubheitsgefühle können oft auch einseitig in den Beinen vorhanden sein. Ev. Erhaltene Muskeleigenreflexe können sogar gesteigert sein. Gewöhnlich bessern sich die Symptome beim Vornüberbeugen oder Hinsetzen. Wirbelkanalverengung werden mittels MRT abgeklärt und können gut therapiert werden. Unentdeckte Spinalkanalstenosen, welche mit einer Polyneuropathie verwechselt werden, stellen eine Bedrohung der Gehfähigkeit im Alter dar.

Diabetische Retinopathie:
Die diabetische Retinopathie ist eine Folgeerkrankung des Diabetes mellitus Typ 1 und 2. Sie ist die früheste Manifestationsform einer diabetischen Mikroangiopathie. Durch den Diabetes kommt es zu Durchblutungsstörungen der Netzhaut. Nervenzellen sterben in der Netzhaut ab. Dadurch verschlechtert sich die Sehkraft. Nach oft jahrelanger völliger Beschwerdefreiheit kann die diabetische Retinopathie zur Erblindung führen. Diabetes ist die häufigste Ursache nicht-traumatischer Erblindungen im Erwachsenenalter.

Verkehrspsychologische Überprüfungsfahrt:

Bei einer Fahrverhaltensbeobachtung im Sinne der Wiener Fahrprobe, ähnlich dem CLUB M, wird zum einen auf die Bedienung des Fahrzeugs und zum anderen auf die dazu unbedingt notwendige kognitive Flexibilität Wert gelegt, d. h. auf Reaktions-, Konzentrations- und Wahrnehmungsfähigkeit. Alle detailliert beschriebenen Aufgaben sind vorausschauend zu planen und selbstständig umzusetzen. Die Aufmerksamkeit, Reaktionsgeschwindigkeit, Reaktionssicherheit, Konzentrationsleistung, Wahrnehmung, Planen und Umsetzen von Handlungsabläufen, Fahrzeugbedienung und -beherrschung, Spurgestaltung und Spurhalten, Überblicksgewinnung, Regelbeachtung, Regelumsetzung und Zeichensetzung werden im Zuge der Fahrverhaltensbeobachtung überprüft.
Dies sind alles die Mindestanforderungen, welche üblicherweise an Straßenverkehrsteilnehmer gesetzt werden. Bei einer Fahrverhaltensbeobachtung wird verkehrspsychologisch überprüft, ob Einschränkungen oder Beeinträchtigungen bestehen bzw. ob diese ausreichend kompensiert werden oder nicht.
Die verkehrspsychologische Überprüfungsfahrt erfolgt in einem Fahrschulauto in Begleitung eines Fahrlehrers und in Begleitung einer PsychologIn, welche das reale Fahrverhalten und die Kommunikation mit den anderen Verkehrsteilnehmern beobachten. Im Rahmen dieser Fahrt wird auf das Handling und die Fahrzeugführung, das antizipatorische Verhalten, die Kommunikation mit anderen Verkehrsteilnehmern und kritische Situationen geachtet. Daraus lassen sich Aussagen über die Verkehrssicherheit treffen. Ein festgelegter Weg im öffentlichen Straßenverkehr gilt als Teststrecke, die Fahrtdauer ist mit 30 – 60 Minuten definiert. Bei dieser Untersuchungsmethode wird einerseits die Fähigkeit bestimmte Leistungsschwächen auszugleichen gut erkennbar, andererseits dient diese Methode auch als Ergänzung zur verkehrspsychologischen

Untersuchung. Ebenso werden Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsschwierigkeiten während der Dauer der Fahrprobe beobachtet.

Zusammenfassung:

Bei Herrn Ing. W besteht ein langjähriger Diabetes mellitus.
Bereits vor erster Diagnosestellung besteht aufgrund von Adipositas, ungesunder Ernährung, Bewegungsmangel, etc., ein diabetogener Stoffwechsel, welcher Schädigungen im Körper, vorzugsweise an Gefäßen und Nerven, verursacht. Bei Diagnosestellung sind bereits Schädigungen durch den Diabetes vorhanden, auch wenn diese noch nicht eindeutig nachweisbar sind. Der Diabetes mellitus ist verantwortlich für viele weitere Erkrankungen. Insbesondere entstehen diese Erkrankungen, wenn der Diabetes mellitus nicht bzw. nicht adäquat therapiert wird und die Risikofaktoren nicht beseitigt bzw. reduziert werden. Ein Diabetes ist initial medikamentös, in weiterer Folge bei unzureichender Einstellung, mittels Insulinspritzen zu therapieren. Eine ideale Stoffwechsellage liegt vor, wenn der HbA1c zwischen 6,5 und 7,5 % liegt. Ist der Diabetes mellitus schlecht eingestellt (HbA1c von 8 % und noch höher), so ist die Therapie zu optimieren. Herr Ing. W hatte nach der Diagnosestellung bereits mehrfach deutlich überhöhte HbA1c-Werte. Mittlerweile ist der Diabetes mellitus gut eingestellt. Der letzte HbA1c- Wert war laut Stellungnahme von Frau Dr. E S bei 7,1%.
2017 hatte Herr Ing. W eine kardiale Dekompensation. Eine darauffolgende Koronarangiographie ergab, dass Herr Ing. W eine koronare Herzerkrankung hat, mit mehreren Veränderungen an den Herzkranzgefäßen. Es erfolgte keine Intervention, da es sich scheinbar hauptsächlich um distale Stenosen der Koronarien handelte und eine Stentimplantation in diesem Fall nicht indiziert war. Ein Hauptaugenmerk ist, dass der Diabetes mellitus initial zuerst die distalen Herzkranzgefäße befällt und im weiteren Verlauf nach oben wandert, insbesondere, wenn der Diabetes mellitus nicht adäquat therapiert wird. Bis dato erfolgte keine neuerliche Koronarangiographie, der aktuelle Status der Koronarien ist unbekannt. 2017 wurde ebenfalls ein paroxysmales tachykardes Vorhofflimmern als auch eine geringe zentrale Mitralinsuffizienz diagnostiziert. Die medikamentöse Therapie wurde weitergeführt.
2022 kam es zu einer neuerlichen kardialen Dekompensation. Zum damaligen Zeitpunkt hatte Herr Ing. W bei stationärer Aufnahme stauungsbedingte Ulcera und eine Stauungsdermatitis der unteren Extremität aufgrund rezidivierender kardialer Dekompensationen bei ischämischer Kardiomyopathie laut dem Kurzarztbrief zum damaligen Zeitpunkt. Aus der Anamnese geht hervor, dass Herr Ing. W die Medikamente für drei Tage vor stationärer Aufnahme nicht eingenommen hat, um zu sehen wie es ohne gehe. Des Weiteren hatte Herr Ing. W zum Aufnahmezeitpunkt 2022 ein persistierendes Vorhofflimmern, intermittierend tachykard. Im Rahmen dieses stationären Aufenthaltes kam es zu einer deutlichen Verschlechterung des Zustandes des Klienten, sodass eine intensivmedizinische Betreuung erfolgte. Hierbei erfolgte auch Hämofiltration aufgrund eines akuten Nierenversagens.
Stauungsbedingte Ulcera als auch eine Stauungsdermatitis entstehen, wenn die Medikation über einen längeren Zeitraum nicht ordnungsgemäß eingenommen wurde oder die verschriebene Medikation nicht ausreichend ist oder wenn die Medikation nicht ordnungsgemäß eingenommen und in weiterer Folge selbstständig abgesetzt wird.

Aus dem Kurzarztbrief geht hervor, dass im Juli 2022 eine mittelgradig hämodynamisch wirksame Mitralinsuffizienz bestanden hat. Herr Ing. W hat keine weitere Abklärung gewünscht.
Vergleicht man den stationären Aufenthalt von 2017 mit dem stationären Aufenthalt von 2022, wird ersichtlich, dass durchaus eine Progredienz im Bereich der kardiologischen Erkrankungen vorliegt. Das paroxysmale Vorhofflimmern ist 2022 ein permanentes Vorhofflimmern mit intermittierenden tachykarden Phasen. Die geringgradige Mitralklappeninsuffizienz von 2017 ist 2022 mittelgradig und hämodynamisch wirksam. Die stabile Situation wurde im März 2023 von OA Dr. S bestätigt, allerdings muss die Progredienz von 2017 bis 2022 mitberücksichtigt werden.
Eine hämodynamisch wirksame Mitralklappeninsuffizienz führt, wenn die Medikation unzureichend ist bzw. nicht ordnungsgemäß eingenommen wurde, zu neuerlichen kardialen Dekompensationen. Ebenso können rezidivierende Tachyarrhythmien alleine als auch in Kombination mit einer mittelgradigen Mitralinsuffizienz zu kardialen Dekompensationen führen. Kardiale Dekompensationen führen zu nachfolgenden stationären Aufenthalten und beeinflussen so die kardiale Situation als auch alle anderen Organe nachhaltig negativ und schädigen diese auch. Zum Beispiel entsteht aufgrund von Luftnot eine schlechte Versorgung der Organe mit ausreichend Sauerstoff. Derzeit besteht eine medikamentöse Therapie. Ob diese ausreichend ist, ist unklar, da Herr Ing. W eine fortführende Abklärung der Mitralinsuffizienz abgelehnt hat.
Herr Ing. W hat, laut der lungenfachärztlichen Stellungnahme vom 16.10.2023 ein schweres zentrales / gemischt obstruktives Schlafapnoesyndrom, mit Apnoen von bis zu 73 Sekunden, mit 44,2 Ereignissen pro Stunde, einhergehend mit moderaten bis mittelgradigen Sauerstoffentsättigungen im Schlaf. Des Weiteren hatte Herr Ing. W bei der Untersuchung bei Dr. F tachykardes Vorhofflimmern mit einer Herzfrequenz von 149/min. Die Tachykardie hat Herr Ing. W nicht wahrgenommen, subjektiv besteht außerdem wenig Symptomatik hinsichtlich der Schlafapnoe. Aus lungenfachärztlicher Sicht besteht die klare Indikation zur Einleitung einer Therapie, mittels BIPAP Beatmung, gegebenenfalls auch Sauerstoffsubstitution. Herr Ing. W ist einer Therapie nicht zugänglich, weshalb aus lungenfachärztlicher Sicht Herr Ing. W nicht geeignet ist zum Lenken eines KFZ der Gruppe 1. Eine Neubewertung der Situation wäre nur im Fall einer adäquaten Therapieeinleitung zu empfehlen.
Das zentrale Schlafapnoesyndrom tritt aufgrund einer Störung des Atemantriebes im Gehirn und / oder eine mangelnde Übertragung der Nervenimpulse auf die Atemmuskulatur auf. Eine Störung des Atemantriebes im Gehirn resultiert aus einer nervalen Schädigung. Eine mangelnde Übertragung der Nervenimpulse auf die Atemmuskulatur resultiert ebenfalls aus einer nervalen Schädigung bereits im Gehirn. Diese kann jedoch auch im Verlauf der peripheren Nerven, welche die Atemmuskulatur innervieren, auftreten. Zieht man nun die Vorgeschichte des Klienten heran, so wird ersichtlich, dass Herr Ing. W, zusätzlich zur diabetischen peripheren und vegetativen Polyneuropathie, schwere degenerative Wirbelsäulen-Veränderungen im Bereich der HWS (C3, C4, und C6, C7 Diskushernie mit Spondylochondrose) hat. Nerven, welche die Atemmuskulatur versorgen, gehen von der Halswirbelsäule ab. Vor allem ist hier auch das Zwerchfell zu beachten, welches vom Nervus phrenicus innerviert wird, der aus C4 entspringt.
Ein gemischtes Schlafapnoe-Syndrom beinhaltet auch die obstruktive Variante, bei welcher es zu einer morphologischen und funktionellen Einengung der oberen Atemwege während des Schlafes kommt. Zieht man nun als Grunderkrankung den Diabetes mellitus heran, welcher Gefäße und Nerven schädigt, als auch die bereits bestehende ausgeprägte

Polyneuropathie von Herrn W im Bereich der unteren Extremitäten, so ist davon auszugehen, dass auch Nerven im Bereich des Gehirns durch die diabetogene Stoffwechsellage bereits geschädigt sind und es dadurch zu einer Störung der Übertragung der Nervenimpulse auf die Atemmuskulatur kommt. Des Weiteren beeinflussen auch Veränderungen der Halswirbelsäule die Abgänge der Nerven, welche die Atemmuskulatur innervieren, negativ. Aus der Anamnese von Herrn Ing. W gehen Veränderungen der HWS hervor, welche ebenfalls die Übertragung der Nervenimpulse auf die Atemmuskulatur beeinflussen können. Welche Ursache im vorliegenden Fall nun vordergründig ist, ist unerheblich. Eine adäquate Therapie ist bei einem schweren Schlafapnoesyndrom indiziert. Hinzu kommt, dass bei Herrn Ing. W ebenfalls eine kardiale Erkrankung vorliegt. Die zentrale Schlafapnoe wird durch kardiologische, nephrologische oder neurologische Erkrankungen ausgelöst.

Im Grunde besteht bei Herrn Ing. W eine Multimorbidität. Das heißt, dass in einem Menschen mehrere Erkrankungen vorliegen. Durch adäquate therapeutische Maßnahmen lassen sich Risikofaktoren minimieren und die einzelnen Erkrankungen ausreichend gut therapieren, so dass eine gute Prognose hinsichtlich der Multimorbidität besteht. Die Voraussetzungen hierfür sind die entsprechende Diagnostik und anschließende Therapie sowie eine gute Compliance des Klienten. Unter Compliance versteht man die Bereitschaft eines Patienten zur Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen. Dies schließt diagnostische Schritte im Vorfeld mit ein.
Eine gute Compliance liegt bei Herrn Ing. W nicht vor. Damit Erkrankungen mit medikamentöser Therapie adäquat therapiert werden können, ist die regelmäßige Einnahme der ärztlich verordneten Medikation erforderlich. Wie bereits angeführt entstehen stauungsbedingte Ulcera bzw. eine Stauungsdermatitis nicht durch das Absetzen der Medikamente von ca. drei Tage. Hierfür ist ein wesentlich längerer Zeitraum über Wochen, je nach Umstand auch über Monate erforderlich. Des Weiteren liegt eine Progredienz der Herzerkrankung zwischen 2017 und 2022 vor. Auch wenn die derzeitige Situation laut der fachärztlichen Stellungnahme von Dr. S vom März 2023 stabil ist, so wurde bei der lungenfachärztlichen Untersuchung eine Tachykardie mit einer Herzfrequenz von 149/min detektiert. In der fachärztlichen Stellungnahme von Dr. S liegt kein Befund eines Langzeit-EKGs vor. Im Ruhe-EKG selbst ist nur der momentane Herzrhythmus zu sehen. Erst bei einem Langzeit-EKG sieht man, wie sich die Herzfrequenz bzw. auch das Vorhofflimmern im Tagesverlauf des Patienten verhält und ob ev. Therapieoptimierungen zu erfolgen haben. Andererseits erkennt man, ob andere höhergradige Herzrhythmusstörungen auftreten, welche einer weiteren kardiologischen Diagnostik (inkl. Neuer Koronarangiographie um eine Progredienz der koronaren Herzerkrankung auszuschließen) zugeführt werden müssen. Auch hat Herr Ing. W eine fortführende Diagnostik bzgl. Der Mitralklappeninsuffizienz während des letzten stationären Aufenthaltes 2022 abgelehnt. Da eine Mitralklappeninsuffizienz hämodynamisch wirksam werden und eine kardiale Dekompensation hervorrufen kann, ist diagnostisch zu eruieren, ob eine fortführende Medikation als Therapie ausreichend ist.

Laut der lungenfachärztlichen Stellungnahme ist Herr Ing. W derzeit nicht geeignet zum Lenken eines KFZ der Gruppe1. Es besteht ein schweres zentrales / gemischtes Schlafapnoesyndrom, welches die Indikation zur Beatmungstherapie und ggf. Sauerstofftherapie stellt. Dies lehnt Herr Ing. W ab.

Auch wenn Herr Ing. W angegeben hat, dass er subjektiv keine Symptome verspürt, so liegen dennoch verschiedene Erkrankungen vor, welche nicht ausreichend therapiert sind. Die subjektive Wahrnehmung der Betroffenen weicht von der Wahrnehmung von außenstehenden Personen oftmals ab.
Dies betrifft im vorliegenden Fall insbesondere bei der Schlafapnoe die auftretende Tagesmüdigkeit.
Aufgrund von langen und häufigen Apnoephasen kommt es zu einem Abfall der Sauerstoffkonzentration im Blut, welche die Konzentration und Reaktionsgeschwindigkeit im Verlauf des Tages beeinträchtigt. Bei der Tagesmüdigkeit handelt es sich um die Neigung während des Tages einzuschlafen. Es ist ein Zeichen reduzierter zentralnervöser Aktivität. Die Tagesmüdigkeit führt zu vorübergehenden kognitiven Leistungseinbußen, die das Führen von Fahrzeugen oder das Bedienen von Maschinen beeinträchtigen.
Dies spielt im Rahmen des Straßenverkehrs eine zentrale Rolle. In der Routine bzw. bekannten Umgebung kann die Tagesmüdigkeit im Straßenverkehr eventuell noch ausgeglichen werden. Ein Problem stellen jedoch Stresssituationen (auch in der bekannten Umgebung) oder eine unbekannte Umgebung dar, bei welcher sich der Straßenverkehrsteilnehmer außerordentlich konzentrieren muss, um adäquat reagieren und agieren zu können.
Herr Ing. W lehnt weitere diagnostische Schritte seitens der Herzerkrankung als auch therapeutische Schritte hinsichtlich seiner Schlafapnoe ab. Diese sind aus medizinischer Sicht erforderlich um eine adäquate Therapie für Herrn Ing. W zu etablieren.

Zieht man die Erkrankungen von Herrn Ing. W heran und parallelisiert diese mit dem klinischen Zustand zum Vorfallzeitpunkt am 14.04.2023 so wird ersichtlich, dass es bei Herrn Ing. W ein „Circulus vitiosus“ vorliegt. Alle Erkrankungen beeinflussen sich, bei nicht adäquater Therapie negativ.
Das schwere Schlafapnoesyndrom führt zu einer Progredienz der vorliegenden Herzerkrankung. Ebenso begünstigt eine Herzerkrankung die Entwicklung bzw. das Fortschreiten vor allem eines zentralen Schlafapnoesyndroms.
Aufgrund des Absetzens der Medikation durch Herrn Ing. W selbst verschlechterte sich einerseits die Herzfunktion. Über eine Tachykardie, steigenden Blutdruck sowie der bereits vorbestehenden Erkrankungen (koronare Herzerkrankung, Mitralklappeninsuffizienz II°) folgte die Dekompensation der Herzfunktion. Bei Herrn Ing. W lag eine chronische Dekompensation des Herzens vor, dass heißt, dass das Absetzen der Medikation zu einer schleichenden Verschlechterung der Herzfunktion führt. Die schlechte Herzfunktion führte zu einer Sauerstoffunterversorgung des Blutes und somit auch des Gehirns. Daraus resultierten Konzentrationsmangel und Müdigkeit. Die kardiale Dekompensation mit nachfolgendem Sauerstoffmangel beeinflusste andererseits wiederum das nicht therapierte schwere Schlafapnoesyndrom. Beim Schlafapnoesyndrom bestand ohnehin schon ein Sauerstoffmangel aufgrund der langen und multiplen Apnoephasen während der Schlafzeit von Herrn Ing. W. Die Tagesmüdigkeit mit kognitiven Leistungseinbußen wurde nun noch weiter gefördert.
Dieser Kreislauf erklärt, warum Herr Ing. W am 14.04.2023 schlafend, bei laufendem Motor, im Auto vorgefunden wurde und er beim Auffinden abwesend wirkte. Die Lähmungserscheinungen bei den Beinen sind auf die chronische kardiale Dekompensation mit daraus resultierenden chronischen Unterschenkelödemen und Ulcera zurückzuführen.

Herr Ing. W ist aktuell aus medizinischer Sicht gesundheitlich nicht geeignet zum Lenken eines KFZ der Gruppe 1. Insbesondere stellt die Nicht-Therapie der schweren zentralen / gemischten Schlafapnoe eine Kontraindikation zum Lenken eines KFZ der Gruppe 1 dar. Die Therapie der Schlafapnoe ist erforderlich, um die gesundheitliche Eignung zum Lenken von KFZ durch Herrn Ing. W wiederherzustellen. Die langen und multiplen Apnoephasen als auch der damit verbundene Sauerstoffabfall im Blut werden durch die nichtinvasive Beatmungstherapie reduziert. Die Konzentration und Reaktionsgeschwindigkeit werden positiv beeinflusst und die Erkrankung wird somit ordnungsgemäß therapiert. Des Weiteren beeinflusst die CPAP-Therapie die bestehenden multiplen Erkrankungen von Herrn Ing. W ebenfalls positiv. Erst mit nachweislicher adäquater Therapie und neuerlicher lungenfachärztlichen Einschätzung kann die derzeitige medizinische gesundheitlich Nicht-Eignung neu beurteilt werden.

Seitens der kraftfahrspezifischen Leistungsfähigkeit als auch der Bereitschaft zur Verkehrsanpassung gibt es aus verkehrspsychologischer Sicht, aufgrund der verkehrspsychologischen Überprüfungsfahrt vom 12.09.2023, derzeit keine Hinweise auf Einschränkungen. […]“

Die lungenfachärztliche Stellungnahme Dris. B F vom 7. Februar 2024 lautet:

„[…]
LUNGENFACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME

Auftrag vom 13.2.2024 durch das Amt der oberösterreichischen Landesregierung/amtsärztlicher Dienst Frau Dr. C H:
Vorgeschichte ist bekannt aus dem letzten Gutachten, zwischenzeitlich wurde eine CPAP-Therapie eingeleitet.
Fragestellung ist die Tauglichkeit gemäß Führerscheingesetz zum Führen eines Kfz.

Zwischenanamnese:
Eine Kontrollmessung vom Oktober 2023 zeigte erneut ein schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom - und somit auch eine klare Indikation zum Wiederbeginn einer CPAP-Therapie. Diese wurde im Oktober 2023 verordnet, und der Patient erneut eingeschult auf die CPAP-Therapie.

Befunde vom 7.2.2024:

Blutgasanalyse:
pO2 liegt im Referenzbereich, ebenso pC02 - AaDo2 normal unter Ruhebedingungen - normale Oxygenierung, ausgeglichene resp./metabolische Situation.
Lungenfunktion:
Die Ruhe Spirometrie ist unauffällig: normaler zentraler Atemwegswiderstand, keine restriktive Funktionsminderung, normale Atemmittellage. Nach Histamin Provokation mit 10 AZ Histamin (0,3%) zeigt sich keine vermehrte bronchiale Reagibilität.

Lungenröntgen:

unverändertes Lungenröntgen im Vergleich zur Voruntersuchung keine Befundänderung, keine rezente Infiltration, kein Erguss, Cor in der Norm. - vergleichend zu 10.2023 - unverändert der Herd subpleural rechts interlobäre Position.

NNH Röntgen:
unauffällige DL der NNH. Sofern verfahrenstechnisch erkennbar normale Pneumatisation, keine Spiegelbildung, keine Verschattungen im Bereich der NNH.

Schlaflabor Kontrolluntersuchung unterlaufender CPAP-Therapie (full face -Maske):
unter ffCPAP Therapie derzeit optimale Therapiewirkung gegeben – komplette Unterdrückung der Apnoen und Hypopnoen, normale O2 Sättigung, keine Desaturationen, optimale Druckregulation durch das CPAP-Gerät. Derzeit keine Änderung der Einstellung erforderlich.

Beurteilung:
Der Führerscheinwerber hat seit der letzten Untersuchung von 10.2024 die CPAP-Therapie erhalten, und diese regelmäßig angewandt.
Die heute durchgeführten Untersuchungen zeigen optimales Ansprechen auf die Therapie, mit praktisch kompletter Unterdrückung der Apnoen und Hypoventilationen, auch der Sauerstoff Desaturation.
Bei konsequenter Anwendung der CPAP-Therapie besteht aktuell kein Einwand mehr für das Führen eines Kfz, bei ausgezeichneter Kontrolle des Schlafapnoesyndroms.

Ich empfehle die Kontrolle der Compliancedaten (kann der Patient selbst über seinen technischen Betreuer des CPAP-Gerätes auslesen lassen und übermitteln) in sechs Monaten, Schlaflabor Kontrolle ist in zwölf Monaten vorgesehen, bei günstigem Verlauf.
Die übrigen erhobenen Befunde bringen keine Aspektveränderung im Verlauf. […]“

Die wesentlichen Passagen des Gutachtens Dris. C H vom 5. März 2024 lauten:

„[…]
Das Gutachten stützt sich auf folgende Unterlagen:
- Amtsärztliches Gutachten Dr. H vom 12.11.2023
- Verhandlungsprotokoll über die öffentlich-mündliche LVwG-Verhandlung vom 07.12.2023
- Lungenfachärztliche Stellungnahme, Dr. F, 07.02.2024

Abschließendes GUTACHTEN:

Die Vorgeschichte darf freundlicherweise als bekannt vorausgesetzt werden.

Aktuell hat Herr W eine lungenfachärztliche Stellungnahme vorgelegt.
Diese war erforderlich, da die lungenfachärztliche Stellungnahme von Dr. F vom 16.10.2023 eine Nicht-Eignung zum Lenken eines KFZ der Gruppe 1 bei schwerem Schlafapnoe-Syndrom ohne adäquate Therapie ergab.
Dies geht bereits aus dem amtsärztlichen Gutachten vom 12.11.2023 sowie vom Verhandlungsprotokoll über die öffentlich-mündliche LVwG-Verhandlung vom 07.12.2023 hervor.

Die nun aktuelle lungenfachärztliche-Stellungnahme zeigt, dass die im Oktober 2023 begonnene CPAP-Therapie bei bekanntem schweren Schlafapnoe-Syndrom regelmäßig angewandt wurde.

Bei einem konsequent therapierten schwerem Schlafapnoesyndrom werden die Atemwege freigehalten. Aufgrund dessen werden die Apnoe sowie Hypoventilationen verhindert. Dies führt in weiterer Folge zu einer besseren Schlafqualität, die klinische Symptomatik wie abnorme Tagesmüdigkeit mit Einschlafneigung bei monotonen Tätigkeiten, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Persönlichkeitsveränderungen oder morgendlicher Kopfschmerz werden somit behoben. Des Weiteren wirkt ein therapiertes Schlafapnoesyndrom sekundären Risikofaktoren, wie z. B. einer koronaren Herzerkrankung entgegen. Ein adäquat therapiertes Schlafapnoesyndrom stellt keine Kontraindikation zum Lenken eines KFZ dar, da durch den gesteigerten Wachheitsgrad die Teilnahme am Straßenverkehr auch in Stresssituationen (auch in einer bekannten Umgebung) oder in einer unbekannten Umgebung die Konzentration deutlich besser ist und Gefährdungsmomente drastisch reduziert werden.

Es zeigt sich zum Untersuchungszeitpunkt beim Lungenfacharzt ein optimales Ansprechen auf die Therapie. Durch die CPAP-Therapie werden die Apnoen und Hypoventilationen praktisch komplett unterdrückt. Wenn die CPAP-Therapie weiterhin konsequent angewendet wird, besteht aktuell aus lungenfachärztlicher Sicht, unter Auflagen, kein Einwand für das Lenken eines KFZ der Gruppe 1.

Conclusio:

Aus amtsärztlicher Sicht ist Herr Ing. W derzeit für 5 Jahre bedingt geeignet zum Lenken eines KFZ der Gruppe 1.

Dies begründet sich folgendermaßen:

1. Schlafapnoesyndrom:
Das Schlafapnoesyndrom wird derzeit mittels CPAP therapiert. Die Therapie wird regelmäßig angewendet, es liegt ein optimales Ansprechen auf die Therapie vor.
Die konsequente Therapie des Schlafapnoesyndroms ist mittels halbjährlicher Vorlage von Compliancedaten durch Herrn Ing. W nachzuweisen. Der Klient kann diesen Nachweis selbst über seinen technischen Betreuer des CPAP-Gerätes auslesen lassen und an die zuständige Behörde übermitteln. Des Weiteren ist die jährliche Vorlage eines fachärztlichen Befundberichtes erforderlich.
Für die Verlängerung der Lenkberechtigung ist in 5 Jahren die Vorlage einer lungenfachärztlichen Stellungnahme erforderlich.

2. Koronare Herzerkrankung, Mittelgradige Mitralklappeninsuffizienz, Diabetes mellitus:
Bei Herrn Ing. W besteht, wie bereits in der Stellungnahme vom 12.11.2023 angeführt, eine koronare Herzerkrankung, eine mittelgradige Mitralklappeninsuffizienz als auch ein Diabetes mellitus. Der Diabetes mellitus ist laut der fachärztlichen Stellungnahme vom 11.08.2023 mit einem HbA1c von 7,1 % gut eingestellt. Allerdings hat Herr Ing. W eine fortführende Abklärung der von 2017 bis 2022 progredienten Mitralklappeninsuffizienz abgelehnt. Des Weiteren hat er die Medikation bereits in den letzten Jahren mehrfach

abgesetzt. Zu bevorzugen wäre das Zuführen von Herrn Ing. W einer angemessenen Diagnostik hinsichtlich der Progredienz der Mitralklappeninsuffizienz. Nur durch die regelmäßige Einnahme der entsprechenden Medikation sowie regelmäßige Verlaufskontrollen kann eine weitere Progredienz hinausgezögert bzw. frühzeitig erkannt werden, damit die Therapie entsprechend erweitert werden kann. Herr Ing. W hat dies jedoch abgelehnt. Somit liegt mitunter eine nicht ausreichend therapierte mittelgradige Mitralklappeninsuffizienz vor. Inwieweit die koronare Herzerkrankung fortgeschritten ist, kann zum aktuellen Zeitpunkt aus medizinischer Sicht nicht gesagt werden. Lediglich der Diabetes scheint derzeit gut eingestellt zu sein.
Da derzeit kardiale Erkrankungen vorliegen, bei welchen nicht eindeutig gesagt werden kann, ob diese ausreichend therapiert sind, ist aus amtsärztlicher Sicht die jährliche Vorlage eines internistischen Befundberichtes erforderlich. Durch den vorliegenden Diabetes mellitus sowie der Non-Compliance des Klienten in der Vergangenheit ist die jährliche Vorlage eines aktuellen HbA1c-Wertes nötig. Nur so kann gewährleistet werden, dass der diabetogene Stoffwechsel optimal eingestellt ist und die Komplikationen des Diabetes mellitus auf ein Minimum reduziert bleiben.
Ob bei der Verlängerung der Lenkberechtigung eine augenfachärztliche Stellungnahme zur Klärung einer ev. bestehenden Retinopathie notwendig sein wird, ist bei der nächsten amtsärztlichen Untersuchung in 5 Jahren zu entscheiden.

3. Neurologische Stellungnahme:
Herr Ing. W leidet an einer ausgeprägten Polyneuropathie. Des Weiteren hat Herr Ing. W bereits seit Jahren Probleme im Bereich der Halswirbelsäule als auch der Lendenwirbelsäule. Bis zum jetzigen Zeitpunkt wurden diese Probleme ebenfalls nicht ausreichend schulmedizinisch diagnostiziert oder therapiert. Auch darauf können seine, vom Neurologen diagnostizierten, Gangstörungen beruhen.
Ob bei der Verlängerung der Lenkberechtigung eine neuerliche neurologische Stellungnahme notwendig sein wird, ist bei der nächsten amtsärztlichen Untersuchung in 5 Jahren zu entscheiden.

4. Fahreignungsüberprüfung:
Bei der am 08.05.2023 zuletzt durchgeführten Fahreignungsüberprüfung wurden Herrn Ing. W die Ausgleichsvorrichtungen für die Überprüfungsfahrt an sich empfohlen. Herr Ing. W hat dies abgelehnt und die Überprüfungsfahrt ohne Probleme mit einem Schaltgetriebe absolviert. Es gab keine Auffälligkeit während dieser Fahrt. Im abschließenden Gutachten hat Frau MMag. G-P diese jedoch nicht als Auflage angeführt. Da es während der Überprüfungsfahrt keine Probleme mit dem Schaltgetriebe gab, sind aus medizinischer Sicht, die Ausgleichsvorrichtungen, wie im amtsärztlichen Gutachten vom 11.05.2023 angeführt, derzeit nicht erforderlich.
Ob bei der Verlängerung der Lenkberechtigung eine neuerliche Fahreignungsüberprüfung notwendig sein wird, ist bei der nächsten amtsärztlichen Untersuchung in 5 Jahren zu entscheiden. […]´“

II.3. Beweiswürdigung:

Der festgestellte Sachverhalt gründet auf dem vorliegenden Verfahrensakt, insbesondere den im Sachverhalt dargestellten medizinischen Unterlagen, hier vor

allem dem ausführlichen, sämtliche fachärztlichen Unterlagen einbeziehenden Gutachten Dris. C H.
Dem Gutachten Dris. H kann das Krankheitsbild des Bf vollständig entnommen werden. Nach dem Gutachten der Amtsärztin leidet der Bf an mehreren, sich teilweise gegenseitig beeinflussenden, Erkrankungen, die der Bf nur teilweise behandeln lässt. Im Vordergrund stehen dabei in Bezug auf das Führerscheinverfahren ein schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom und eine Zuckerkrankheit.
Insbesondere das Schlafapnoesyndrom, welches vermutlich für die anlassgebende polizeiliche Aufnahme am 14. April 2022 verantwortlich war, wurde vom Polizeiarzt kaum in sein Gutachten einbezogen (keine diesbezügliche Kontrolluntersuchung). Dafür wurde von ihm - entgegen den Ausführungen im Privatgutachten Mag. G-P - techn. Ausgleichsbehelfe (Handgas etc.) empfohlen, für deren Vorschreibung nach dem genannten Gutachten keine Gründe bestehen, weil der Bf die Beobachtungsfahrt beim Club M mit einem normalen Fahrzeug ohne Probleme absolviert hat. Schon aus der ersten Fahreignungsüberprüfung, die zwischenzeitig zur Entziehung der Lenkberechtigung geführt hat, lässt sich nicht entnehmen, dass die Fahrmängel auf neurologische Probleme zurückzuführen sind, sondern auf erheblichen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme zurückzuführen waren, die eher auch dem Schlafapnoesyndrom zugeordnet werden können, weil es dem Bf schlicht an ausreichender Erholung fehlte.
Vor diesem Hintergrund erweist sich die polizeiamtsärztliche Stellungnahme als unvollständig und – zumal der Polizeiamtsarzt in seinem Gutachten ausführt, dass der Bf in der Lage sei, sicher am Straßenverkehr teilzunehmen, aber dennoch Ausgleichsbehelfe empfiehlt, die augenscheinlich und nach dem Privatgutachten nicht erforderlich sind – unschlüssig und weitgehend nicht verwertbar.
Dieses wurde ohne entsprechende Beweiswürdigung von der belangten Behörde übernommen.

Zusammenfassend ergibt sich aus dem amtsärztlichen Gutachten Dris. H, dass der Bf an mehreren von der FSG-GV erfassten Erkrankungen leidet, die eine Befristung der Lenkberechtigung unter Vorschreibung von Kontroll- und Nachuntersuchungen zwingend erfordern.
Es handelt sich dabei im Wesentlichen um das schwere obstruktive Schlafapnoesyndrom, eine koronare Herzerkrankung, mittelgradige Mitralklappeninsuffizienz und Diabetes mellitus.
Die Amtsärztin begründet die Notwendigkeit von Kontrolluntersuchungen und der Erforderlichkeit von Nachuntersuchungen nachvollziehbar mit der jeweiligen medizinischen Situation, der Notwendigkeit einer Therapie und der Überwachung der CPAP-Compliance beim Schlafapnoesyndrom, des Verlaufs der Herzerkrankung, zumal der Bf die Behandlung zwischenzeitig unterbrochen hatte und der fortlaufenden Überwachung des HbA1c-Wertes. Es hat sich gezeigt, dass die Wiederaufnahme der CPAP-Therapie beim Bf unmittelbaren Erfolg gezeigt hat und er aktuell keine Apnoen mehr aufweist. Aufgrund des dokumentierten

Krankheitsverlaufs und der aufgrund der teilweise fehlenden bzw. nachlässigen Compliance (der Bf konnte bspw. erst durch das Verfahren zu einer Behandlung seiner Schlafapnoe bewegt werden, weil diese gem. § 12b Abs 3 FSG-GV für die Annahme einer bedingten gesundheitlichen Eignung zum Lenken von KFZ erforderlich ist) instabilen Situation und des bestehenden kardiovaskulären Risikos ist für das Gericht auch nachvollziehbar, dass entsprechend der Judikatur des VwGH (vgl. etwa 24. Mai 2011, 2010/11/0001) die gesundheitliche Eignung derzeit zwar noch in ausreichendem Maß für eine bestimmte Zeit vorhanden ist, dass aber gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen, nach deren Art in Zukunft mit einer die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen ausschließenden oder einschränkenden Verschlechterung gerechnet werden muss. Zumal der Bf Therapien teilweise nicht regelrecht durchgeführt hat, ist die Forderung der Amtsärztin, nach engmaschigeren Kontrolluntersuchungen, bspw. in Bezug auf die Verwendung des CPAP-Geräts nachvollziehbar.

Der Bf widerspricht den amtsärztlichen Feststellungen in seiner Stellungnahme vom 12. März 2023 nicht, sondern scheint sein (führerscheinrelevantes) Krankheitsbild zu bestätigen.

Wie bereits dargelegt, finden sich keine Hinweise darauf, dass der Bf aufgrund seiner Polyneuropathie Einschränkungen in Bezug auf das Lenken von KFZ der Gruppe 1 aufweist. Dies ergibt sich weder aus der fachärztlichen Stellungnahme vom 22. März 2023, noch beiden Fahrverhaltensbeobachtungen, noch dem amtsärztlichen Gutachten. Vielmehr erscheint Ursache für die erste negative Beurteilung bei der durch den Club-M durchgeführten Fahrverhaltensbeobachtung auch das Schlafapnoesyndrom gewesen zu sein, zumal der Bf hier primär Konzentrations- und Aufmerksamkeitsmängel zeigte und Mängel bei der Bedienung des Schaltgetriebefahrzeuges gerade nicht festgestellt werden konnten (vgl. Fahreignungsüberprüfung vom 2. September 2022 S. 5 letzter Absatz).

III. Maßgebliche Rechtsvorschriften

Die maßgeblichen Bestimmungen des Führerscheingesetzes (BGBl. I Nr. 120/1997 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 74/2015) lauten:

„a) Allgemeine Voraussetzungen für die Erteilung einer Lenkberechtigung

§ 3. (1) Eine Lenkberechtigung darf nur Personen erteilt werden, die:

[...]

3. gesundheitlich geeignet sind, ein Kraftfahrzeug zu lenken (§§ 8 und 9),

[...]

b) § 5 [...] (5) Die Lenkberechtigung ist, soweit dies auf Grund des ärztlichen Gutachtens oder wegen der Art der Lenkberechtigung nach den Erfordernissen der Verkehrssicherheit nötig ist, unter den entsprechenden Befristungen, Auflagen oder zeitlichen, örtlichen oder sachlichen Beschränkungen der Gültigkeit zu erteilen (§ 8 Abs 3 Z 2). Personen, die nach dem ärztlichen Gutachten ‚beschränkt geeignet' sind, darf nur eine eingeschränkte Lenkberechtigung erteilt werden, die ausschließlich zum Lenken eines oder mehrerer, auf Grund der Beobachtungsfahrt bestimmter Ausgleichkraftfahrzeuge berechtigt (§ 9 Abs 5). Die aufgrund des ärztlichen Gutachtens erforderlichen Befristungen, Beschränkungen oder Auflagen sind dem Antragsteller von der Behörde zur Kenntnis zu bringen.

[...]

c) Gesundheitliche Eignung

§ 8. (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.

(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.

(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) Eine Person, deren Lenkberechtigung durch den Ablauf einer Befristung erloschen ist und die den Antrag auf Verlängerung der Lenkberechtigung vor Ablauf der Befristung gestellt hat, ist berechtigt, für längstens drei weitere Monate nach Ablauf der Befristung im Bundesgebiet Kraftfahrzeuge der entsprechenden Klasse zu lenken, wenn die rechtzeitige Verlängerung der Lenkberechtigung ohne Verschulden der betreffenden Person nicht möglich war. Über die rechtzeitige Einbringung des Antrages ist von der Behörde eine Bestätigung auszustellen, die der Lenker gemäß § 14 Abs. 1 mit sich zu führen hat. Auf die im ersten Satz genannte Berechtigung sind die Bestimmungen gemäß §§ 24 ff über die Entziehung der Lenkberechtigung sinngemäß anzuwenden. Die Berechtigung erlischt jedenfalls mit Erlassung eines abweisenden Bescheides über den Antrag auf Verlängerung der Lenkberechtigung.

(6) Der Bundesminister für Verkehr, Innovation und Technologie hat nach den Erfordernissen der Verkehrs- und Betriebssicherheit, dem jeweiligen Stand der medizinischen und psychologischen Wissenschaft und der Technik entsprechend, durch Verordnung die näheren Bestimmungen festzusetzen über:

1. die ärztliche Untersuchung und die Erstellung des ärztlichen Gutachtens (Abs. 1 und 2); hiebei ist auch festzusetzen, unter welchen Auflagen oder Beschränkungen Personen, bei denen bestimmte gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, als zum Lenken von Kraftfahrzeugen geeignet zu gelten haben (Abs. 3 Z 2 und 3);
2. die verkehrspsychologische Untersuchung (Abs. 2) und die zu erfüllenden Mindesterfordernisse für den Nachweis der verkehrspsychologischen Eignung;
3. die personellen und sachlichen Voraussetzungen für die Ermächtigung als verkehrspsychologische Untersuchungsstelle sowie die Voraussetzungen betreffend Zeugnisse und berufliche Erfahrung für die Tätigkeit als Verkehrspsychologe im Rahmen einer verkehrspsychologischen Untersuchungsstelle;
4. die Voraussetzungen betreffend Zeugnisse und berufliche Erfahrung für die Bestellung als sachverständiger Arzt für die Erstellung von ärztlichen Gutachten gemäß Abs. 1;
5. die Meldepflichten des sachverständigen Arztes.

Die näheren Bestimmungen gemäß Z 1, 4 und 5 sind im Einvernehmen mit dem Bundesminister/der Bundesministerin für Gesundheit festzusetzen."

<u>Die maßgeblichen Bestimmungen der Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (FSG-GV, BGBl. II Nr. 322/1997 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 427/2002) lauten:</u>

„Allgemeines

§ 2. (1) Das ärztliche Gutachten hat gegebenenfalls auszusprechen:

1. ob und nach welchem Zeitraum eine amtsärztliche Nachuntersuchung erforderlich ist,

2. ob und in welchen Zeitabständen ärztliche Kontrolluntersuchungen erforderlich sind,

3. ob die Verwendung eines Körperersatzstückes oder Behelfes unumgänglich notwendig ist, um das sichere Lenken eines Kraftfahrzeuges zu gewährleisten,

4. ob der Bewerber oder Führerscheinbesitzer nur unter zeitlichen, örtlichen oder sachlichen Beschränkungen zum Lenken von Kraftfahrzeugen geeignet ist.

Werden in den Fällen der §§ 5 bis 16 ärztliche Kontrolluntersuchungen als Auflage vorgeschrieben, so dürfen diese niemals alleine, sondern immer nur in Verbindung mit einer Befristung der Lenkberechtigung und einer amtsärztlichen Nachuntersuchung bei Ablauf dieser Befristung verfügt werden.

Gesundheit

§ 5. (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend gesund gilt eine Person, bei der keine der folgenden Krankheiten festgestellt wurde:

1. schwere Allgemeinerkrankungen oder schwere lokale Erkrankungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
2. organische Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
3. Erkrankungen, bei denen es zu unvorhersehbaren Bewußtseinsstörungen oder -trübungen kommt,
4. schwere psychische Erkrankungen gemäß § 13 sowie:
   a) Alkoholabhängigkeit oder
   b) andere Abhängigkeiten, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
5. Augenerkrankungen, die das Sehvermögen beeinträchtigen.

(2) Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung zur Feststellung der Gesundheit gemäß Abs. 1 Z 1 ein krankhafter Zustand ergibt, der die Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist gegebenenfalls eine fachärztliche Stellungnahme einzuholen; bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4 ist eine entsprechende fachärztliche Stellungnahme einzuholen, die die kraftfahrspezifische Leistungsfähigkeit mitzubeurteilen hat. Bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 4 lit. a und b ist zusätzlich eine verkehrspsychologische Stellungnahme einzuholen.

Sehvermögen

§ 7.(1) [...]

(2) Das im § 6 Abs. 1 Z 6 angeführte mangelhafte Sehvermögen liegt vor, wenn nicht erreicht wird

1. ein Visus mit oder ohne Korrektur

a) für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 beim beidäugigen Sehen von mindestens 0,5

b) für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 von mindestens 0,8 auf einem Auge und von mindestens 0,1 auf dem anderen; […]

Mängel des Sehvermögens

§ 8. (1) Wird der in § 7 Abs. 2 Z 1 lit. a geforderte Visus von Lenkern von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 nur mit Korrektur erreicht, so ist die Verwendung eines entsprechenden Sehbehelfes beim Lenken eines Kraftfahrzeuges vorzuschreiben. Lochbrillen (stenopäische Brillen) dürfen nicht verwendet werden und Zylindergläser dürfen nicht kreisrund sein.

[…]

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

§ 10.

(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.

Zuckerkrankheit

§ 11. (1) Zuckerkranken darf eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden, aus der insbesondere auch hervorgeht, dass der Zuckerkranke die mit Hypoglykämie verbundenen Risiken versteht und seinen Zustand angemessen beherrscht.

(2) Zuckerkranken, die mit Insulin oder bestimmten Tabletten behandelt werden müssen, darf eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 nur für einen Zeitraum von höchstens fünf Jahren unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen und amtsärztlicher Nachuntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(3) Zuckerkranken, die mit Insulin oder bestimmten Tabletten behandelt werden müssen, darf eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 nur für einen Zeitraum von höchstens drei Jahren unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen und amtsärztlicher Nachuntersuchungen und unter Einhaltung folgender Voraussetzungen erteilt oder belassen werden:

1. der Lenker gibt eine Erklärung ab, dass in den letzten 12 Monaten keine Hypoglykämie aufgetreten ist, die eine Hilfe durch eine andere Person erforderlich macht (schwere Hypoglykämie);

2. es besteht keine Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung;

3. der Lenker weist eine angemessene Überwachung der Krankheit durch regelmäßige Blutzuckertests nach, die mindestens zweimal täglich sowie zu jenen Zeiten vorgenommen werden, zu denen die Person üblicherweise Kraftfahrzeuge lenkt;

4. der Lenker zeigt, dass er die mit Hypoglykämie verbundenen Risiken versteht;

5. es liegen keine anderen Komplikationen der Zuckerkrankheit vor, die das Lenken von Fahrzeugen ausschließen.

(4) Zuckerkranken, bei denen innerhalb von 12 Monaten zwei Mal eine Hypoglykämie aufgetreten ist, die eine Hilfe durch eine andere Person erforderlich macht (wiederholte schwere Hypoglykämie) sowie Zuckerkranken, die an Hypoglykämie-Wahrnehmungs-

störung leiden, darf eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme sowie unter der Auflage von Kontrolluntersuchungen und Nachuntersuchungen erteilt oder belassen werden. Bei wiederholten schweren Hypoglykämien im Wachzustand darf eine Lenkberechtigung erst drei Monate nach der letzten Episode erteilt oder verlängert werden.

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

§ 12b.

(1) Personen, bei denen der Verdacht auf ein mittelschweres oder schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom gemäß Abs. 4 besteht, darf eine Lenkberechtigung nur nach Einholung einer fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden. Besitzer von Lenkberechtigungen sind auf die besonderen Risiken beim Lenken von Kraftfahrzeugen hinzuweisen.

(2) Personen, die ein mittelschweres oder schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom aufweisen, kann eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden, wenn

1. sie ihren Zustand angemessen unter Kontrolle haben,

2. eine geeignete regelmäßige Behandlung (gute Compliance) einhalten und

3. sich deren übermäßige Tagesmüdigkeit oder -schläfrigkeit, sofern eine solche vorhanden war, verbessert hat.

(3) Personen, die ein mittelschweres oder schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom aufweisen, ist die Lenkberechtigung unter der Auflage von ärztlichen Kontrolluntersuchungen im Abstand von höchstens drei Jahren für eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 und höchstens einem Jahr für eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 zu erteilen oder zu belassen. Dabei sind die in Abs. 2 genannten Kriterien sowie die Notwendigkeit der Fortsetzung der medizinischen Behandlung und eine weiterhin hohe Vigilanz zu beurteilen.

(4) Ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom liegt vor, wenn eine Anzahl von Apnoen und Hypopnoen zwischen 15 und 29 pro Stunde vorliegen, ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, wenn mindestens 30 Apnoen und Hypopnoen pro Stunde vorliegen, jeweils im Zusammenhang mit übermäßiger Tagesmüdigkeit oder -schläfrigkeit.“

IV. Rechtliche Beurteilung

IV.1. Gegenstand des Verfahrens:

Nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes ist unter der Sache des Beschwerdeverfahrens vor dem Verwaltungsgericht jene Angelegenheit zu verstehen, die den Inhalt des Spruchs des Bescheids der Behörde erster Instanz bildet (vgl. etwa VwGH 13. September 2018, Ro 2016/15/0012, mwN). Wird im Spruch des erstinstanzlichen Bescheids über einen bestimmten Antrag abgesprochen und damit die Sache des Verfahrens festgelegt, ist es dem Verwaltungsgericht verwehrt, im Bescheidbeschwerdeverfahren über einen anderen Antrag abzusprechen, käme dies doch dem Austausch des Prozessgegenstands gleich.

(Vgl. VwGH 1. Februar 2021, Ra 2018/16/0121 zum Verfahren vor dem Bundesfinanzgericht)

Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sind nur die Klassen AM, B und BE, zumal die Behörde nur über diese Klassen abgesprochen hat und der Spruch des angefochtenen Bescheids die Sache des Beschwerdeverfahrens bildet.

Aus dem Akt ergibt sich, dass der Bf am 1. Juni 2023 auf die Klassen A1, A2, A und F verzichtet hat, hier liegt eine vom Bf unterfertigte Niederschrift vor.

Was mit den ursprünglich erteilten Klassen C1, C, C1E und CE geschehen ist, ist nach dem Aktenstand nicht eruierbar. Nach den handschriftlichen Eintragungen der Behörde auf AS 8, welche ins Führerscheinregister Eingang gefunden zu haben scheinen, scheinen hier Befristungen bis zum 4. November 2013 bzw. 2018 vorgelegen zu sein.

Dies ist aber aufgrund des oben Gesagten nicht von Relevanz für das gegenständliche Verfahren, weil diese Klassen nicht vom behördlichen Bescheid umfasst waren.

IV.2. Zur Rechtmäßigkeit von Kontrolluntersuchungen hat der Verwaltungsgerichtshof in seinem Erkenntnis vom 24. Mai 2011, 2010/11/0001, unter Bezugnahme auf die Vorjudikatur wie folgt ausgeführt:

„Die Notwendigkeit von Nachuntersuchungen im Sinne des § 8 Abs. 3 Z 2 FSG ist nach der ständigen Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes dann gegeben, wenn eine ‚Krankheit' festgestellt wurde, bei der ihrer Natur nach mit einer zum Verlust oder zur Einschränkung der Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen führenden Verschlechterung gerechnet werden muss. Um eine bloß bedingte Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen in diesem Sinne anzunehmen, bedarf es auf einem ärztlichen Sachverständigengutachten beruhender konkreter Sachverhaltsfeststellungen darüber, dass die gesundheitliche Eignung zwar noch in ausreichendem Maß für eine bestimmte Zeit vorhanden ist, dass aber eine gesundheitliche Beeinträchtigung besteht, nach deren Art in Zukunft mit einer die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen ausschließenden oder einschränkenden Verschlechterung gerechnet werden muss (vgl. u.a. die Erkenntnisse 20. November 2012, 2012/11/0132, 24. April 2001, 2000/11/0337, 13. August 2003, 2001/11/0183, 13. August 2003, 2002/11/0228, 25. April 2006, 2006/11/0042, 15. September 2009, 2007/11/0043, 22. Juni 2010, 2010/11/0067)."
[Formatierung nicht übernommen]

Ebenfalls in ständiger Judikatur vertritt der Verwaltungsgerichtshof die Auffassung, dass es für die Annahme einer eingeschränkten gesundheitlichen Eignung im oben genannten Sinn nicht ausreicht, wenn eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgeschlossen werden kann (z.B. VwGH 13. August 2003, 2002/11/0228; 25. April 2006, 2006/11/0042).

Ähnliche Ausführungen finden sich in der Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes (vgl. das Erkenntnis 22. Juni 2010, 2010/11/0067, 0068, unter Bezugnahme auf das Erkenntnis 15. September 2009, 2009/11/0084) zu den Voraussetzungen der Befristung einer Lenkberechtigung:

„Um eine bloß eingeschränkte Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen anzunehmen, bedarf es auf einem ärztlichen Sachverständigengutachten beruhender konkreter Sachverhaltsfeststellungen darüber, dass die gesundheitliche Eignung, und zwar in ausreichendem Maß, für eine bestimmte Zeit vorhanden ist, dass aber eine gesundheitliche Beeinträchtigung besteht, nach deren Art nach Ablauf der von der Behörde angenommenen Zeit mit einer die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen ausschließenden oder in relevantem Ausmaß einschränkenden Verschlechterung gerechnet werden muss."
[Formatierung nicht übernommen]

Die Notwendigkeit von Nachuntersuchungen im Sinne des § 8 Abs 3 Z 2 FSG ist nach der ständigen Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes dann gegeben, wenn eine „Krankheit" festgestellt wurde, bei der ihrer Natur nach mit einer zum Verlust oder zur Einschränkung der Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen führenden Verschlechterung gerechnet werden muss. Um eine bloß bedingte Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen in diesem Sinne anzunehmen, bedarf es auf einem ärztlichen Sachverständigengutachten beruhender konkreter Sachverhaltsfeststellungen darüber, dass die gesundheitliche Eignung zwar noch in ausreichendem Maß für eine bestimmte Zeit vorhanden ist, dass aber eine gesundheitliche Beeinträchtigung besteht, nach deren Art in Zukunft mit einer die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen ausschließenden oder einschränkenden Verschlechterung gerechnet werden muss (vgl. u.a. VwGH 20. November 2012, 2012/11/0132; 24. April 2001, 2000/11/0337; 13. August 2003, 2001/11/0183; 13. August 2003, 2002/11/0228; 25. April 2006, 2006/11/0042; 15. September 2009, 2007/11/0043; 22. Juni 2010, 2010/11/0067).

IV.3. Vorliegend ergibt sich aus dem amtsärztlichen Gutachten, dass der Bf – auf das Wesentliche zusammengefasst - an folgenden führerscheinrelevanten Erkrankungen leidet:

- Diabetes mellitus Typ 2, der mit Tabletten (Trajenta) behandelt wird.
- Schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom
- Koronare Herzerkrankung, Mittelgradige Mitralklappeninsuffizienz

Beim Bf liegen also aktuell Erkrankungen iSd §§ 10, 11 und 12b FSG-GV vor, wobei die Zuckererkrankung und das Schlafapnoesyndrom im Vordergrund stehen.

Aufgrund der Zuckerkrankheit des Bf ist gemäß § 11 Abs 2 FSG-GV eine Befristung von höchstens 5 Jahren vorgesehen. Angesichts der befürwortenden Stellungnahme der Internistin und der Darlegungen der Amtsärztin kann eine Belassung der Lenkberechtigung auch erfolgen. Aufgrund des zwingenden Charakters des § 11 Abs 2 FSG-GV ist die uneingeschränkte Belassung einer

Lenkberechtigung unzulässig. Auch die Auflage von Kontrolluntersuchungen und einer amtsärztlichen Nachuntersuchung ist nach § 11 Abs 2 FSG-GV zwingend vorgesehen.

Was die koronare Herzerkrankung des Bf betrifft, weist die Amtsärztin auf die Progredienz und das Fehlen einer angemessenen Diagnostik und Therapie hin. Die Ausführungen zur Notwendigkeit der jährlichen Vorlage von Befunden samt eines aktuellen Zuckerwertes sind insofern nachvollziehbar, weil angesichts der nicht konsequenten Behandlung mit weiteren Verschlechterungen gerechnet werden muss.

Was das schwere, obstruktive Schlafapnoesyndrom, welches gemäß § 12b FSG-GV insb. bei fehlender Behandlung zum gänzlichen Verlust der gesundheitlichen Eignung zum Lenken von KFZ führt, betrifft, hat der Bf nach der öffentlichen mündlichen Verhandlung eine Therapie eingeleitet, auf die er gut anzusprechen scheint. Es liegt hier nun eine befürwortende fachärztliche Stellungnahme vor und spricht nach dem amtsärztlichen Gutachten nichts dagegen, dass der Bf seine Lenkberechtigung der Gruppe 1 wieder erhält.

Angesichts der notwendigen Konsequenz bei der Fortsetzung der Therapie und des Umstandes, dass der Bf erst aufgrund des Verfahrens bereit war, sich diesbezüglich in Therapie zu begeben, erscheinen dem Gericht die von der Amtsärztin vorgeschlagenen Kontrolluntersuchungen (sechsmonatliche Vorlage der CPAP-Auswertungen, jährlicher Befundbericht) als notwendig.

Gemäß §12b Abs 3 FSG-GV darf Personen, die ein mittelschweres oder schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom aufweisen, die Lenkberechtigung der Gruppe 1 unter der Auflage von ärztlichen Kontrolluntersuchungen im Abstand von höchstens drei Jahren erteilt werden.

Eine darüberhinausgehende längerfristige Erteilung ist nach dem Wortlaut der FSG-GV nicht zulässig.

Aus dem amtsärztlichen Gutachten ergibt sich, dass der Bf einen Sehbehelf benötigt, weshalb dieser vorzuschreiben ist.

Die amtsärztliche Nachuntersuchung ist aufgrund des § 11 Abs 2 FSG-GV zwingend vorzuschreiben.
Nach dem amtsärztlichen Gutachten ist zur Beurteilung der weiteren Entwicklung des Schlafapnoesyndroms die Vorlage einer lungenfachärztlichen Stellungnahme erforderlich.
Hinsichtlich der Herzerkrankung des Bf und des Diabetes ist dem Bf eine internistische Stellungnahme mit Zuckerwert vorzuschreiben. Diesen hat der Bf ebenfalls zur amtsärztlichen Nachuntersuchung vorzulegen.

Zumal für die Verlängerung der Lenkberechtigung gemäß § 11 FSG-GV jedenfalls eine fachärztliche internistische Stellungnahme erforderlich ist, erscheint es sinnvoll, eine solche bereits jetzt anzuordnen.

Zumal der Bf zudem den erforderlichen Mindestvisus nur mit einem Sehbehelf erreicht, ist ihm ein solcher vorzuschreiben.

IV.4. Zusammenfassung

Der Beschwerde des Bf ist insofern teilweise Folge zugeben. Insbesondere sind die nicht erforderlichen Beschränkungen in Bezug auf technische Ausgleichseinrichtungen im KFZ aus dem Spruch zu entfernen.

Weiterhin besteht kein Grund und keine Rechtsgrundlage dafür, dem Bf die Beibringung einer Fahrverhaltensanalyse oder einer Fahreignungsprüfung bei einem Automobilclub oder dem Club-M vorzuschreiben. Die Darstellungen im genannten Privatgutachten können auch keine aktuell relevanten Bedenken begründen, die eine kurzfristigere Befristung oder die Anordnung weiterer diesbezüglicher Überprüfungen rechtfertigen könnten, weil die Privatgutachten keine fassbaren Hinweise auf neurologisch bedingte Ausfälle erbracht haben.

Grundsätzlich steht der Behörde bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen die von der Behörde angeordneten Beobachtungsfahrt gem. § 3 Abs 4 Z 2 FSG zur Verfügung, zu welcher ein Amtsarzt und/oder ein technischer Sachverständiger beizuziehen ist.
Zumal die Beobachtungsfahrt die Überprüfung der gesundheitlichen Eignung des Betroffenen zum Lenken von Kraftfahrzeugen zum Inhalt hat, kann o.a. Fahrverhaltensbeobachtung eine Beobachtungsfahrt – mangels Beiziehung eines Amtsarztes - ebensowenig ersetzen, wie etwa eine im Rahmen einer VPU von einer dazu ermächtigten Stelle (§ 19 FSG-GV) durchgeführte „Wiener Fahrprobe“, die die kraftfahrspezifische Leistungsfähigkeit und damit im wesentlichen psychologische Aspekte überprüft.
Die Anordnung einer Fahrverhaltensbeobachtung als begleitende Maßnahme, die daher nicht in Betracht.

Allerdings können Gutachten von solchen Stellen als Privatgutachten, soweit für den Fall aussagekräftig im Rahmen des Verfahrens, nach entsprechender Beweiswürdigung, verwertet werden.

Vorliegend besteht allerdings mangels begründbarer Bedenken diesbezüglich ohnehin kein Anlass.

IV.5. Der behördliche Spruch ist dementsprechend zu korrigieren und zu ergänzen.

V. 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 bisherigen 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

Mag. Pohl