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-653320/13/FP**

Datum: **Linz, 2. April 2025**

I M N A M E N D E R R E P U B L I K

Das Landesverwaltungsgericht Oberösterreich erkennt durch seinen Richter Mag. Pohl über die Beschwerde von Dr. A__, geb. tt.mm.jjjj, gegen den Bescheid der Landespolizeidirektion Oberösterreich vom 05.07.2024, GZ: 24278502, betreffend die Einschränkung bzw. eingeschränkte Erteilung von Lenkberechtigungen,

zu Recht:

I. Der Beschwerde wird Folge gegeben und der angefochtene Bescheid wie folgt abgeändert:

- **Hinsichtlich Gruppe 1 [Klassen AM, A1, A2, A (Code 116), B, BE (Code 79.06) und F] wird die Anordnung der Auflage „Beim Lenken von Kraftfahrzeugen der oben angeführten Klassen ist das Tragen einer geeigneten Brille oder von geeigneten Kontaktlinsen erforderlich" bestätigt.**
  Die Einschränkung durch zeitliche Befristung sowie die Anordnung einer amtsärztlichen Nachuntersuchung und die Anordnung der Vorlage eines Befundes über die Nachuntersuchung beim Facharzt für Innere Medizin wird ersatzlos aufgehoben.
- **Hinsichtlich der Gruppe 2 (Klassen C1, C1E) wird die Lenkberechtigung gemäß § 17a Abs. 2 FSG bis zum 2. April 2027 befristet unter folgender Auflage wiedererteilt: „Beim Lenken von Kraftfahrzeugen der oben angeführten Klassen ist das Tragen einer geeigneten Brille oder von geeigneten Kontaktlinsen erforderlich".**
  Die Anordnung einer amtsärztlichen Nachuntersuchung und der Vorlage eines Befundes über die Nachuntersuchung beim Facharzt für Innere Medizin, wird ersatzlos aufgehoben.

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. Aus Anlass eines Antrags des Beschwerdeführers auf Verlängerung der von Gesetzes wegen befristeten Lenkberechtigungen der Klassen C1 und C1E schränkte die belangte Behörde die Lenkberechtigungen der Gruppe 1 ein und erteilte jene der Gruppe 2 wieder, wobei sie die Lenkberechtigungen der Gruppe 1 bis zum 29.04.2029 und jene der Gruppe 2 bis zum 25.04.2029 befristete und dem Bf neben der bereits bestehenden Auflage im Hinblick auf einen Sehbehelf nunmehr eine amtsärztliche Nachuntersuchung zum Ende der jeweiligen Befristung vorschrieb und anordnete, dass der Bf Nachuntersuchungen beim Facharzt für innere Medizin vorzunehmen und den diesbezüglichen Befund vorzulegen habe.

I.2. Gegen diesen Bescheid erhob der Bf am 01.08.2024 Beschwerde in welcher er auf das Wesentliche zusammengefasst darlegte, dass er sich in einem guten Gesundheitszustand befinde, was die im Akt erliegenden ärztlichen Gutachten bestätigen würden. Es bestehe Bluthochdruck im unauffälligen Bereich. Es bestehe eine Neigung zu Vorhofflimmern, was nur ganz selten auftrete und zu keiner Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit führe.
Die kurzen Befristungen seien überschießend und nicht gesetzlich gedeckt.

I.3. Die belangte Behörde legte dem Landesverwaltungsgericht Oberösterreich die Beschwerde samt Verfahrensakt am 15.11.2024 zur Entscheidung vor, ohne eine Beschwerdevorentscheidung zu fällen.

II.1. Das Landesverwaltungsgericht Oberösterreich hat Beweis erhoben durch Einsichtnahme in den vorliegenden Akt und Einholung fachärztlicher Stellungnahmen und eines amtsärztlichen Gutachtens Dris. B__.
Der Bf hat keine öffentliche mündliche Verhandlung beantragt und hält das Verwaltungsgericht eine solche nicht für erforderlich, weshalb eine solche gemäß § 24 Abs. 1 iVm Abs. 3 VwGVG unterbleibt.

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

Der am 17.02.1962 geborene Bf hat am 16.10.1980 die Lenkberechtigungen der Klassen A, B, C1, C, BE, C1E, CE und F, wobei die Klassen C1 und C1E ursprünglich bis 17.02.2015, die Klassen C und CE bis 17.02.2010, befristet waren.
[FSR]
Die Klassen C und CE erloschen in der Folge.
[FSR]
Seit 2015 wurden die Klassen C1 und C1E regelmäßig im fünfjährigen Abstand verlängert. [FSR]

Im März 2024 wollte der Bf seine Lenkberechtigungen der Gruppe 2 neuerlich verlängern. Der Bf wurde vom sachverständigen Arzt gemäß § 22 FSG mit folgenden Diagnosen dem Amtsarzt zugewiesen: „paroxysmales VHF, OAK, art Hypertonie"

Die vom Verwaltungsgericht zugezogene Amtsärztin äußerte sich in ihrem Schreiben vom 18.02.2025 wie folgt:

„Stellungnahme:
Nach Durchsicht des vorliegenden Aktes wird folgendes ersichtlich:

Herr Dr. A__ leidet an einem Bluthochdruck. Dieser wird aktuell medikamentös therapiert. Die aus der internistischen Stellungnahme ersichtliche Langzeitblutdruckmessung zeigt hypertensive Werte, allerdings keine, welche maligne erhöht sind und so einer uneingeschränkten Lenkberechtigung für die Gruppe 1 und 2 entgegenstehen würden. Auch liegt derzeit unter der medikamentösen Therapie kein Blutdruck im Stadium III vor. Somit ist auch hier das Lenken eines KFZ der Gruppe 2 uneingeschränkt möglich.

Vordiagnostiziert ist ein leicht- bis mittelgradiges Schlafapnoesyndrom.
Der vorliegende Befund des Lungenfacharztes zeigt, dass aus lungenfachärztlicher Sicht ein Schlafapnoesyndrom auszuschließen ist. Daher liegt hier keine Kontraindikation zum Lenken eines KFZ der Gruppe 1 und 2 vor. Eine Befristung ist auch in diesem Fall nicht erforderlich.

Des Weiteren hat Herr Dr. A__ ein paroxysmales Vorhofflimmern sowie eine 2016 diagnostiziert Koronarsklerose.

Grundlegendes zu Erkrankungen des Herzens:

Vorhofflimmern ist eine Herzrhythmusstörung. Man spricht von Herzrhythmusstörungen, wenn eine gestörte Frequenz der Herzschläge (zu schnell oder zu langsam) und / oder eine Unregelmäßigkeit der Herzschläge vorliegt. Ob es sich um eine ventrikuläre oder supraventrikuläre Herzrhythmusstörung handelt, wird aufgrund ihres Entstehungsortes festgelegt: liegt der Entstehungsort in den Herzkammern, so spricht man von einer ventrikulären Herzrhythmusstörung. Liegt der Entstehungsort in den Vorhöfen des Herzens, so ist es eine supraventrikuläre Herzrhythmusstörung.

Unter höhergradige Herzrhythmusstörungen versteht man lebensbedrohliche bradykarde (Herzfrequenz <50/min) und tachykarde (Herzfrequenz >100/min) Rhythmusstörungen. Sie erfordern innerhalb und außerhalb der Klinik rasche und gezielte therapeutische Maßnahmen. Bei höhergradigen Herzrhythmusstörungen kann Schwindel auftreten und bis hin zur Synkope oder plötzlichem Herztod führen.

Herzrhythmusstörungen können idiopathisch oder im Rahmen verschiedenster kardialer oder extrakardialer Grunderkrankungen auftreten. Kardiale Ursachen können sein: koronare Herzerkrankungen, Herzinsuffizienz, Myokarditis, Kardiomyopathie, Vitien. Extrakardiale Ursachen können sein: Hyper- /Hypothyresoe, Hypoxie, Lungenembolie,

Karotissinussyndrom, traumatisch bedingt, Stromunfälle, psychogene Ursachen, Infektionsbedingt, etc.

Die Beschwerdesymptomatik ist breit gefächert. Diese kann von einem kompletten Fehlen der Symptome bis hin zu Schwindel, Palpitationen oder Herzrasen sein. Durch eine unzureichende Herzleistung sind klassische Symptome der Herzinsuffizienz bis hin zur Synkope, kardiogenen Schock oder sogar ein plötzlicher Herztod möglich.

Sind extrakardiale Ursachen eines Vorhofflimmerns ausgeschlossen, so ist die nicht-invasive kardiologische Diagnostik durchzuführen, nicht zuletzt um eine koronare Herzerkrankung als Ursache für das Vorhofflimmern auszuschließen. Ca. 20 % der Patienten mit Vorhofflimmern leiden an einer koronaren 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. Wie schnell die Progredienz fortschreitet kann nicht vorhergesagt werden.
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.

Die Diagnose einer Herzrhythmusstörung erfolgt mittels Ruhe-, Belastungs- oder Langzeit-EKG. Wird eine Herzrhythmusstörung festgestellt, so sind weitere Untersuchungen notwendig, um die Ursache für die Herzrhythmusstörung zu eruieren.

Als weiterführende kardiologische Diagnostik wird als nächstes eine transthorakale Echokardiographie durchgeführt. Hierbei werden die Klappen, der Herzmuskel, die Vorhöfe und die Ventrikel als auch die Pumpfunktion des Herzens beurteilt. Zum Ausschluss bzw. zur genaueren Verifizierung von Auffälligkeiten in der transthorakalen Echokardiographie erfolgt eine transösophageale Echokardiographie.

Ist die Echokardiographie unauffällig, so folgt als nächstes ein Belastungs-EKG. Beim Belastungs-EKG werden die Herzaktionen des Klienten über Elektroden bei körperlicher Belastung abgeleitet. Einerseits kann man Aussagen über die körperliche Fitness treffen, andererseits lassen sich bestimmte Herz-Kreislauf-Erkrankungen feststellen. Vor allem ergeben sich bei EKG-Veränderungen Hinweise auf eine koronare Herzerkrankung.

Bei einem auffälligen Belastungs-EKG wird in weiterer Folge eine Coronarangiographie durchgeführt, bei welcher die Herzkranzgefäße von innen beurteilt werden. Sind diese verengt so erfolgt eine Stent-Implantation, bei höhergradigen Verengungen mehrerer Herzkranzgefäße hat mit unter eine Bypass-OP zu erfolgen.

Sofern die Herzrhythmusstörungen nicht in einem Langzeit-EKG detektiert wurden, wird dieses einerseits zum Ausschluss höhergradiger Herzrhythmusstörungen durchgeführt, andererseits zur Kontrolle der Therapie bei Herzrhythmusstörungen, ob ein normofrequenter Herzschlag vorliegt. Zeigen sich dabei höhergradige Herzrhythmusstörungen, so folgt die weitere kardiologische Diagnostik bzw. Therapie (Coronarangiographie, Elektrophysiologische Untersuchung, medikamentöse Therapie).

Besteht bei einem Klienten Vorhofflimmern, so stehen aufgrund der unregelmäßigen Kontraktionen die Vorhöfe mechanisch still. Sie können das Blut nicht mehr gleichmäßig weiterpumpen. Aufgrund dessen steigt das Risiko zur Ausbildung von Thromben im linken Vorhof stark an. Löst sich ein Thrombus vom linken Vorhof, kommt es zu einem embolischen Ereignis, z. B. Schlaganfall.

Die Behandlung eines Vorhofflimmerns erfolgt einerseits zur Verhinderung thrombembolischer Ereignisse in der Gabe von Antikoagulantien, andererseits in der Rhythmus- oder Frequenzkontrolle.
Unter Rhythmuskontrolle wird die Wiederherstellung des Sinusrhythmus mittels Elektrokardioversion, der Gabe von Antiarrthymika und / oder die Vorhofflimmerablation zur Verfügung.

Bevor eine Rhythmuskontrolle mittels Elektrokardioversion durchgeführt wird, erfolgt zum Ausschluss von Vorhofthromben eine transösophageale Echokardiographie. Unter einem Thrombus versteht man ein intravital entstandenes Blutgerinnsel in Gefäßen und an der Herzwand. Findet sich ein Vorhofthrombus, so wird keine Elektrokardioversion durchgeführt da die Gefahr besteht, dass der Thrombus sich dabei löst und ein thrombembolisches Ereignis verursacht. Ein thromboembolisches Ereignis ist der akute venöse oder arterielle Gefäßverschluss durch einen verschleppten Thrombus. Die Gabe einer oralen Antikoagulation ist indiziert, der Vorhofthrombus löst sich in den meisten Fällen auf. Nach einer transösophagealen Kontrolle für einen erneuten Ausschluss des Thrombus kann eine Elektrokardioversion durchgeführt werden. Bis dahin ist eine ausreichende Frequenzkontrolle mittels medikamentöser Therapie erforderlich, um eine kardiologische Dekompensation zu verhindern.

Ein Vorhofflimmern kann auch spontan in den Sinusrhythmus konvertieren, dass heißt es erfolgt keine Elktrokardioversion.

Die Antikoagulation wird einerseits nach erfolgreicher Rhythmuskontrolle verordnet, oft nur für einen bestimmten Zeitraum. Andererseits erfolgt eine kontinuierliche orale Antikoagulation bei Frequenzkontrolle, da das Vorhofflimmern weiterhin besteht und der Ausbildung von Thromben und in weiterer Folge thrombembolischer Ereignisse vorgebeugt werden muss. Man auf die Compliance des Patienten angewiesen.

Die Frequenzkontrolle wird angestrebt, wenn eine Rhythmuskontrolle nicht in Frage kommt, wie z. B. bei vergrößertem linkem Vorhof > 50 mm, da sich in diesem Fall meist kein stabiler Sinusrhythmus mehr einstellt. Dabei handelt es sich um ein permanentes Vorhofflimmern, es bleibt dauerhaft bestehen. Als Medikamente werden für die Frequenzkontrolle Betablocker, Calciumantagonisten, Amiodaron und / oder Digitalisglykoside eingesetzt.

Conclusio:
Bei Herrn Dr. A__ liegt ein paroxysmales Vorhofflimmern vor.

Die erste Episode war im November 2022, Herr Dr. A__ ist spontan in den Sinusrhythmus konvertiert. Die zweite Episode war im September 2023. Aus der fachärztlich-internistischen Stellungnahme geht nicht hervor, ob es sich bei der zweiten Episode um eine spontane Konversion oder um eine Elektrokardioversion gehandelt hat. Auch ist unklar, ob bei Herrn Dr. A__ das Vorhofflimmern stationär oder im Rahmen einer ambulanten Behandlung diagnostiziert wurde bzw. ob das Vorhofflimmern stationär oder ambulant spontan in den Sinusrhythmus konvertiert ist.

Hat dies im Rahmen eines stationären Aufenthaltes stattgefunden, so fehlen die entsprechenden Arztbriefe.
Kam es zu spontanen Konversionen im ambulanten Bereich in den Sinusrhythmus, so ist dies von fachärztlicher Seite zu ergänzen.

Bei Herrn Dr. A__ wurde 2016 eine Koronarsklerose mit folgenden Stenosierungsgraden diagnostiziert:
rechte Koronararterie 40 %, linke Koronararterie 30 – 40 %.

Auch wenn es sich 2016 nur um eine Koronarsklerose handelte, so handelt es sich bei 30 – 40%igen Verengungen der Koronarien um die Vorstufe einer beginnenden chronischen Erkrankung der Herzkrankgefäße, welche im Verlauf fortschreitet. Mittlerweile liegt das Bekanntwerden dieses Stenosierungsgrades 9 Jahre zurück. Das Risiko, dass eine weitere Verengung der betroffenen Koronarien stattgefunden hat, ist daher als hoch einzuschätzen. Verengte Herzkrankgefäße stellen eine strukturelle Erkrankung des Herzens dar.

Ein kardiologisch diagnostizierter Ausschluss einer strukturellen Herzerkrankung liegt derzeit nicht vor.

Um dies näher einschränken zu können, ist die Komplettierung der nicht-invasiven kardiologischen Diagnostik von Nöten.

Dabei handelt es sich einerseits um die Echokardiographie und um die Ergometrie. In der Echokardiographie werden Verengungen der Klappen sowie die Struktur des Herzens an sich und die Pumpfunktion beurteilt. In der Ergometrie können anhand von Auffälligkeiten im EKG Verengungen der Coronarien detektiert werden. Bei Auffälligkeiten ist eine weitere kardiale Diagnostik erforderlich.

Für die Erstellung eines amtsärztlichen Gutachtens sind somit noch folgende Unterlagen erforderlich:
- Arztbrief von November 2022 und September 2023 sofern eine stationäre Behandlung der Vorhofflimmerepisoden stattgefunden hat.
- Wenn keine stationäre Behandlung der Vorhofflimmerepisoden stattgefunden hat, so ist von fachärztlicher Seite zu ergänzen, wie die Vorhofflimmerepisoden detektiert wurden, ob Herr A__ während der Vorhofflimmerepisoden körperliche Symptome aufgewiesen hat und ob die Episode des Vorhofflimmerns von September 2023 ebenfalls spontan in den Sinusrhythmus konvertierte.

- Aktuelle Echokardiographie zum Ausschluss von Veränderungen am Herzen beim Herzmuskel, bei den Klappen und der Pumpfunktion
- Aktuelle Ergometrie zum Ausschluss von EKG-Veränderungen, welche Hinweise auf die Progredienz der bereits bekannten Koronarsklerose geben können. […]"

Ein Befund Dris C__ vom 29.01.2025 lautet:

„[…] BEFUND
Anamnese:
Epworth Sleepiness Scale: keine Angaben im Fragebogen
Körpergröße cm, Gewicht kg
Im Fragebogen werden folgende Symptome angegeben: keine Angaben im Fragebogen
Schlafmedizinisch relevante Medikamente: keine Angaben im Fragebogen

Polygraphie: Im polygrafischen Screening vereinzelt atemmechanischen Veränderungen die jedoch allesamt nicnt zu
Desaturationen führen, ein relevanter RDI errechnet sich somit nicht, die Sauerstoffsättigung immer im Normbereich
gelegen, Schnarchsignal ist kein höhergradiges aufgezeichnet

Dauerdiagnose:

Paroxysmales Vorhofflimmern, z.n Sarkoidose mit ausgeprägter mediastinaler und beidseitiger hilärer Lymphadenopathie,

Aktuelle Diagnose:

Ausschluss OSAS

Kommentar / Therapievorschlag:

Aus dem vorliegenden Messergebnis ergeben sich keine zusätzlichen diagnostischen oder therapeutischen Konsequenzen[…]"

Ein Befund Dres. D__ lautet:

[…] Diagnose
Hypercholesterinämie
Herr Dr. A__ ist bei uns seit Jahrzehnten Patient und sein AZ stellt sich wie folgt dar:
keinerlei Belastungsdyspnoe, sowie seit Jahren abgeklungene Schlafapnoe (mehrfach kontrolliert mittels Puloxymeter)
Normoton, Normofrequent.
Unauffällige Vilalwerte.
Blande Blulbildwerte,
Eine Fahruntauglichkeit ist unsererseits keinefalls gegeben.

Ein Befund Dres. E__ und F__ vom 10.03.2025 lautet:

[…] Diagnose(n):

tachykardes VHF - 2. Episode VHF Vorhofflimmern
Art.Hypertonie KHK - CT Mikrokalk 12.06.24
Koronarsklerose Sarkoidose-Lymphadenopathie 10/19
Meckel-Divertikel Parox.VH-Flimmern 11 /22,spontane CV 21 .11 .22
tachykardes VHF - 2. Episode VHF 9/23,6/23,6/24
Z.n. Sarkoidose Z.n.TE

Anamnese:
Der Patient kommt zur internistischen Kontrolle bzgl. Führerscheintauglichkeit bei bekanntem parox. VHF sowie Coronarsklerose.
Unter der aktuellen Therapie mit Rytmonorma ist es zuletzt zu keinen Vorhofflimmerrezidiven mehr gekommen. Er ist von kardiopulmonaler Seite beschwerdefrei, auch beim regelmäßigen Training drei mal pro Woche.

Befunde:
RR 140/90 mmHg, 90kg bei 192cm (BMI 24.4 kg/m2)

EKG:
SR, 63/min, NT, unaufällige Repol.

Echocardiographie:
Es findet sich ein normal dimensionierter linker Ventrikel mit unauffälliger globaler und regionaler Kontraktilität, AV sonomorphologisch und funktionell unauffällig, MR °l, der RV normal dimensioniert mit unauffälliger Funktion, die Vorhöfe normal groß, physiologischer VCIK-Index, kein Pericarderguss.

Ergometrie 12/24 im Cardiomed:
unaufälliger Befund mit einer guten Leistungsfähigkeit von 136% des Erwartungswertes.

Farbkodierte Duplex-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße:
Es zeigen sich beidseits 1,5mm Plaques ohne hämodynamische Relevanz.

Zusammenfassung:
Von internistischer Seite ist die Führerscheintauglichkeit in den bisherigen Klassen unverändert gegeben. […]"

Das Gutachten Dris. B__ vom 19.03.2025 lautet:

„[…] GUTACHTEN:
Der Sachverhalt wird freundlicherweise als bekannt vorausgesetzt.

Die nun vorliegende fachärztlich-internistische Stellungnahme ergibt, dass Herr Dr. A__ im Juni 2024 ein

Cardio-CT hatte. Zum damaligen Zeitpunkt wurde keine koronare Herzerkrankung mit höhergradigen Stenosierungen nachgewiesen. Die Echokardiographie zeigt ein unauffälliges Ergebnis, ebenso die Ergometrie.

Das Vorhofflimmern ist derzeit mit einem Antiarrhythmikum sowie einer erforderlichen Antikoagulation gut therapiert. Es besteht derzeit ein stabiler Sinusrhythmus. Vorhofflimmerrezidive gab es seit der letzten Episode keine mehr.

Aktuell liegt keine Herz-Kreislauf-Erkrankung gemäß § 10 vor. Ebenso liegt kein Schlafapnoe-Syndrom vor. Die arterielle Hypertonie ist nicht maligne. Hierzu verweise ich auf die Stellungnahme vom 18.02.2025.

Derzeit bestehen keine Kontraindikationen zum Lenken eines KFZ der Gruppe 1 und 2.

Eine verkehrsbehördliche Befristung aufgrund von medizinischen verkehrsrelevanten Erkrankungen für die Gruppe 1 und 2 ist aktuell nicht indiziert. […]"

Der Bf ist Brillenträger und erreicht mit Sehbehelf einen Visus von 0,9.

II.3. Beweiswürdigung

Der festgestellte Sachverhalt ergibt sich widerspruchsfrei aus dem vorliegenden Akt.
Wesentlich für die Frage, ob die Lenkberechtigung des Bf einzuschränken ist, ist im Ergebnis, ob beim Bf eine Erkrankung vorliegt, die von der FSG-GV erfasst wird und insofern führerscheinrelevant ist.

Auf Basis der vom Bf vorgelegten Befunde und fachärztlichen Stellungnahmen, konnte die vom Gericht bestellte Amtsärztin feststellen, dass jene Erkrankungen des Bf, aufgrund derer Bedenken im Hinblick auf seine gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen bestanden, aktuell nicht (mehr) gegeben sind, oder nicht den von der FSG-GV geforderten Krankheitswert aufweisen.

Die ausführliche Stellungnahme der Amtsärztin vom 18.02.2025 iVm dem abschließenden Gutachten vom 19.03.2025 erweist sich als nachvollziehbar und vollständig und behandelt die führerscheinrelevanten Erkrankungen des Bf, das Schlafapnoesyndrom, der Bluthochdruck und das paroxysmale Vorhofflimmern, wobei sich ergeben hat, dass das Schlafapnoesyndrom nicht mehr gegeben ist und das zweimalig aufgetretene tachykarde Vorhofflimmern nicht unter § 10 FSG-GV fällt, weil offenkundig keine strukturelle Herzerkrankung (§ 10 Abs. 1 Z3 FSG-GV) vorliegt.

Demgegenüber fehlt es dem vom Polizeiarzt erstatteten Gutachten an einer Begründung, warum der Polizeiarzt von einer nur bedingten Eignung des Bf zum Lenken von Kraftfahrzeugen ausgeht, obwohl sich der Polizeiarzt über das

fachärztliche internistische Gutachten hinwegsetzt. Jegliche Darlegung, wie der Polizeiarzt zu seinem Ergebnis kommt fehlt. Weder wird dargelegt, aufgrund welcher Erkrankung eine nur bedingte Eignung vorliegen soll, noch, wie der Polizeiarzt zur Befristungsdauer kommt.

„Eine sachverständige Äußerung, die sich in der Abgabe eines Urteiles (eines Gutachtens im engeren Sinn) erschöpft, aber weder die Tatsachen, auf die sich dieses Urteil gründet, noch die Art, wie diese Tatsachen ermittelt wurden, erkennen lässt, ist mit einem wesentlichen Mangel behaftet und als Beweismittel unbrauchbar. Gleiches gilt, wenn der Sachverständige nicht darlegt, auf welchem Weg er zu seinen Schlussfolgerungen gekommen ist." (VwGH 05.11.2020, Ra 2020/11/0146)

Insofern ist die von der belangten Behörde eingeholte amtsärztliche Äußerung nicht verwertbar.

III. Rechtsgrundlagen

Gemäß § 3 Abs. 1 Z 3 FSG bildet die gesundheitliche Eignung eine wesentliche Voraussetzung für die Erteilung der Lenkberechtigung.

Gemäß § 5 Abs. 5. Satz 1 FSG ist die Lenkberechtigung, soweit dies aufgrund 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).

Gemäß § 5 Abs. 5. Satz 1 FSG ist die Lenkberechtigung, soweit dies aufgrund 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).

Gemäß § 24 Abs. 1 FSG ist Besitzern einer Lenkberechtigung, bei denen die Voraussetzungen für die Erteilung der Lenkberechtigung (§ 3 Abs. 1 Z 2 bis 4) nicht mehr gegeben sind, von der Behörde entsprechend den Erfordernissen der Verkehrssicherheit

1. die Lenkberechtigung zu entziehen oder
2. die Gültigkeit der Lenkberechtigung durch Auflagen, Befristungen oder zeitliche, örtliche oder sachliche Beschränkungen einzuschränken.

Gemäß § 2 Abs. 1 FSG-GV hat das ärztliche Gutachten gegebenenfalls auszusprechen:

1. ob und nach welchem Zeitraum eine amtsärztliche Nachuntersuchung erforderlich ist,
2. ob und in welchen Zeitabständen ärztliche Kontrolluntersuchungen erforderlich sind, [...]

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.

§ 17a FSG lautet:

„4. Abschnitt
Besondere Bestimmungen für einzelne Lenkberechtigungen
Gültigkeitsdauer von Führerscheinen und Lenkberechtigungen

§ 17a.

(1) Ein Führerschein, der für eine Lenkberechtigung für die Klasse AM, A1, A2, A, B und/oder BE ausgestellt wurde, darf nur für eine Dauer von 15 Jahren ausgestellt werden. Sofern diese Lenkberechtigungen keinen sonstigen auf Abs. 2 oder § 8 Abs. 3 beruhenden Fristen unterliegen, erlischt durch den Ablauf dieser Frist die Berechtigung zum Lenken von Kraftfahrzeugen nicht. Das Lenken von Kraftfahrzeugen nach Ablauf der Gültigkeit des Führerscheines stellt keine Übertretung nach § 1 Abs. 3 dar.

(2) Die Lenkberechtigung für die Klassen C(C1), CE(C1E), D(D1) und DE(D1E) darf nur für fünf Jahre, ab dem vollendeten 60. Lebensjahr nur mehr für zwei Jahre erteilt werden. Für jede Verlängerung dieser Lenkberechtigungsklassen ist ein ärztliches Gutachten gemäß § 8 erforderlich. Die zur Erlangung des ärztlichen Gutachtens erforderlichen Schriften und die Ausstellung des neuen Führerscheines im Zuge dieser Verlängerung sind von Stempelgebühren und Verwaltungsabgaben befreit. Für die Ausstellung des Führerscheines ist jedoch ein Kostenersatz zu leisten, der jener Gebietskörperschaft zukommt, die den Aufwand für die Behörde zu tragen hat, die die Herstellung des Führerscheines in Auftrag gegeben hat. Ebenso ist lediglich ein Kostenersatz für die Ausstellung des Führerscheines zu leisten, wenn die Neuausstellung des Führerscheines zwecks Eintragung der absolvierten Weiterbildung gemäß § 19b GütbefG, § 14c GelverkG und § 44c KflG erforderlich ist. Die Höhe dieses Kostenersatzes ist durch Verordnung des Bundesministers für Verkehr, Innovation und Technologie festzusetzen.

(3) Die in Abs. 1 und 2 genannten Fristen sind vom Zeitpunkt der behördlichen Entscheidung der Verlängerung des Führerscheines oder der Lenkberechtigung zu berechnen. Im Fall der Ausdehnung der Klasse B auf eine der in Abs. 2 genannten Klassen sind stets auch die Fristen der in Abs. 1 genannten Lenkberechtigungsklassen ausgehend vom Erteilungsdatum der neu erteilten Klassen neu zu berechnen. Dies gilt auch für den Fall der Verlängerung oder der Wiedererteilung der Lenkberechtigung für die Klassen C(C1), CE (C1E), D(D1) und DE(D1E).“

§ 10 FSG-GV lautet:

„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."

§ 12b FSG-GV lautet:

„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. Zur Frage der Rechtmäßigkeit von Befristung und Kontrolluntersuchungen:

In seinem Erkenntnis vom 24.05.2011, 2010/11/0001, hat der Verwaltungsgerichtshof 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 13.08.2003, 2002/11/0228; 25.04.2006, 2006/11/0042).

Ähnliche Ausführungen finden sich in der Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes (vgl. das Erkenntnis 22.06.2010, 2010/11/0067, 0068, unter Bezugnahme auf das Erkenntnis 15.09.2009, 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."

IV.2. Beim Bf wurden bestimmte Herz-Kreislauf Erkrankungen festgestellt. Der Bf leidet an Bluthochdruck, paroxysmale Vorhofflimmern und lagen zwei Episoden tachykarde Vorhofflimmerns vor.
All diese Erkrankungen sind nicht führerscheinrelevant, weil sie von § 10 FSG-GV nicht erfasst werden.
Der Bluthochdruck nicht, weil er nicht das Stadium III erreicht (Z 20 par. cit.). Paroxysmales, also ein spontan auftretendes aber selbstlimitierendes, weil idR nach höchstens 24 Stunden von selbst verschwindendes Vorhofflimmern, wird von der FSG-GV gar nicht erfasst, tachykardes Vorhofflimmern, welches beim Bf bislang nur zweimal auftrat, nur dann, wenn es mit strukturellen Herzerkrankungen und anhaltenden ventrikulären Tachykardien (VT) oder polymorphen nichtanhaltenden VT, anhaltenden ventrikulären Tachykardien oder mit Indikation für einen Defibrillator (gilt nur für Gruppe 2) auftritt.
Dies war beim Bf nach dem abgeführten Beweisverfahren nicht der Fall, weshalb auch hier kein Anlass zur Einschränkung der Lenkberechtigung besteht.
Schließlich litt der Bf nur in der Vergangenheit an einem obstruktiven Schlafapnoesyndrom. Dieses ist aber aktuell nicht mehr gegeben.

Beim Bf liegt insofern keine Erkrankung vor, die es der belangten Behörde erlauben würde, seine Lenkberechtigung (Gruppe 1) einzuschränken oder nur eingeschränkt zu erteilen (Gruppe 2).

Der Bf ist nach eigenen Angaben Brillenträger (Fragebögen AS 2 und AS 11) und hat sich in seiner Beschwerde nicht gegen die diesbezügliche Auflage ausgesprochen. Sie ist deshalb aufrecht zu erhalten.

IV.2. Bezogen auf den vorliegenden Fall ergibt sich Folgendes:

IV.2.1. Lenkberechtigungen der Gruppe 1:

Der Bf verfügte für die Gruppe 1 bislang über eine uneingeschränkte Lenkberechtigung. Aufgrund der dargestellten Umstände erfolgte die Einschränkung der Lenkberechtigung durch Befristung und die Auflage einer Nachuntersuchung mit Befundvorlage rechtswidrig. Die Auflage in Bezug auf das Tragen eines Sehbehelfs erweist sich angesichts der Angaben des Bf in den ärztlichen Aufnahmeblättern und des Fehlens von diesbezüglichen Beschwerdeausführungen als rechtmäßig.. Der Bescheid der Behörde ist insofern in Bezug auf die Gruppe 1 im Umfang der Anfechtung aufzuheben.

IV.2.2. Gruppe 2

Was die Gruppe 2 Betrifft, bestand die Lenkberechtigung des Bf schon bisher nur befristet (auf jeweils fünf Jahre), zumal Lenkberechtigungen der Gruppe 2 gemäß § 17a FSG nur befristet erteilt werden dürfen.

§ 17a Abs. 2 FSG sieht ab dem vollendeten 60. Lebensjahr nur mehr eine zweijährige Befristung vor. Der Bf ist 62 Jahre alt, weshalb eine Verlängerung um fünf Jahre nicht mehr in Betracht kommt.

Allerdings kommt eine Vorschreibung einer Nachuntersuchung mit Befundvorlage, mangels führerscheinrelevanter Erkrankungen nicht in Betracht. Weiters übersieht die belangte Behörde in diesem Zusammenhang, dass die Dauer der Befristung in solchen Fällen nicht – wie üblich – ab dem Datum des amtsärztlichen Gutachtens, sondern gemäß Abs. 3 par. cit. vom Zeitpunkt der behördlichen Entscheidung zu berechnen ist.

IV.3. Ergebnis

Der behördliche Bescheid ist in Bezug auf die Einschränkung der Lenkberechtigungen der Gruppe 1 im Umfang der Anfechtung aufzuheben.
Hinsichtlich der Gruppe 2 ist der behördliche Bescheid dahin abzuändern, dass dem Bf die diesbezügliche Lenkberechtigung für die Dauer von zwei Jahren, ohne Kontroll- oder Nachuntersuchung zu erteilen ist.
Die Vorschreibung von Brillen oder Kontaktlinsen ist im Ergebnis zu bestätigen.

Die belangte Behörde ist darauf hinzuweisen, dass sie sich im Hinblick auf die Gruppe 1 im Einschränkungs-, im Hinblick auf die Gruppe 2 im Erteilungsverfahren befindet, was im Spruch entsprechend zu berücksichtigen gewesen wäre.

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. Die vorliegende Einzelfallbetrachtung ist nicht verallgemeinerungsfähig. 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