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-653380/9/FP

Datum:
Linz, 5. Juni 2025

IM NAMEN DER REPUBLIK

Das Landesverwaltungsgericht Oberösterreich erkennt durch seinen Richter Mag. Pohl über die Beschwerde von A__, geb. tt.mm.jjjj, gegen den Bescheid der Bezirkshauptmannschaft Braunau vom 23.12.2024, GZ: 24/502843, betreffend die Einschränkung bzw. eingeschränkte Erteilung von Lenkberechtigungen,

zu Recht:

I. Der Beschwerde wird Folge gegeben und der behördliche Bescheid hinsichtlich Gruppe 1 (Klassen AM, A1, A2, A, B, BE und F), ersatzlos aufgehoben.
Hinsichtlich der Gruppe 2 (Klassen C, C1, CE und C1E) wird der Spruch des angefochtenen Bescheids unter Entfall jeglicher Kontroll- und Nachuntersuchungen wie folgt abgeändert:
Ihre Lenkberechtigung der Klassen C, C1, CE und C1E, wird gemäß § 17a Abs. 2 FSG bis zum 06.06.2027 befristet unter folgender Auflage wiedererteilt: „Beim Lenken von Kraftfahrzeugen der Klassen C, C1, CE und C1E, haben Sie eine geeignete Brille oder geeignete Kontaktlinsen 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. Aus Anlass eines Antrags des Beschwerdeführers auf Verlängerung der von Gesetzes wegen befristeten Lenkberechtigungen der Führerscheingruppe 2 schränkte die belangte Behörde die Lenkberechtigungen des Bf bis zum 12.12.2029 (Gruppe 1) bzw. 12.12.2026 (Gruppe 2) ein, wobei die Einschränkung der Gruppe 2 als Wiedererteilung (Verlängerung) zu verstehen ist und dem Bf neben der Auflage im Hinblick auf einen Sehbehelf nunmehr jährliche kardiologische Kontrolluntersuchungen und eine amtsärztliche Nachuntersuchung zum Ende der jeweiligen Befristung vorschrieb.

I.2. Gegen diesen Bescheid erhob der Bf Beschwerde in welcher er unter Hinweis auf die Judikatur des VwGH auf das Wesentliche zusammengefasst darlegte, dass im Hinblick auf seine Herzkrankheit nach dem amtsärztlichen Gutachten nur mehr ein „mäßiges Restrisiko“ für eine Progression bestehe, er seit einer Bypassoperation im Jahre 2021 beschwerdefrei sei.

I.3. Die belangte Behörde legte dem Landesverwaltungsgericht Oberösterreich die Beschwerde samt Verfahrensakt am 29.01.2025 zur Entscheidung vor, ohne eine Beschwerdevorentscheidung zu fällen.

II.1. Das Landesverwaltungsgericht Oberösterreich hat Beweis erhoben durch Einsichtnahme in den vorliegenden Akt und Einholung 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 22.12.1962 geborene Bf hat am 22.12.1980 die Lenkberechtigungen der Klassen AM, A, B, C1, C, BE, C1E, CE und F, erworben wobei die Klassen C, C1, CE und C1E, zuletzt bis zum 22.12.2024 befristet waren.
[FSR]

Im Dezember 2024 wollte der Bf seine Lenkberechtigungen der Gruppe 2 neuerlich verlängern.
Aufgrund des von der Behörde eingeholten amtsärztlichen Gutachtens Dris. C__ vom 12.12.2014 wurden die Lenkberechtigungen befristet (bzw. befristet erteilt). Die Begründung des genannten Gutachtens lautet:

„Herr A__ macht in seiner gesunden Lebensumstellung bemerkenswerte Fortschritte. Laut der Vorgeschichte ist Herr A__ adipös, bei der amtsärztlicher Untersuchung erschien unverkennbar sportlich. In ähnlichen Fällen ist in der Regel bei erhöhter BMI als Merkmal der Adipositas (Fettleibigkeit) die erhöhte Muskelmasse hinter dem höheren Körpergewicht stets anzumuten. In anderen Worten die Risiko für Progression der Grundkrankheit, der koronarer Herzkrankheit wird bezüglich der Fettleibigkeit immer geringer. Die Leistung der Ergometrie ist sehr gut. Es sind jedoch Zeichen einer Fettstoffwechselstörung mit Fetteinlagerung in den Halsgefäßen auch. Kleinere Klappenfehler in dem Herzen ist auch zu feststellen. Die Pumpfunktion des Herzens ist in Normbereich. Die Herzleistung seit 2022 ist nicht unbedingt geringer geworden ist, sondern wegen zu hoher Blutdruckerhöhung in der Untersuchung musste die Ergometrie sicherheitshalber abgebrochen werden.
Die Gesamtschau der internistischen Befunde und Teiluntersuchungen ergibt eine sehr gut erholten Zustand in der Phase der Nachuntersuchung am 20.09.2024 seit der Rehabilitationsentlassung in 2022. Er ist zweifellos geeignet zum Lenken in der Gruppe 1 für 5 Jahre befristet. Unbedingt anzumerken ist, dass bei Herrn A__ bei kein Schwindelzeichen waren fachärztlich zu eruieren, als die Untersuchung aus Blutdruckentgleisung zu Ergometrieabbruch führte.
Eine mäßige Restrisiko besteht für die Progression der Herzkrankheit und des Schlaganfalls, von daher kann man nicht von der Befristung komplett absehen. Jedoch die gesundheitliche Eignung zum Lenken in der Gruppe 2 wäre aus rein "internistischer Sicht für mehr als 2 Jahre befürwortbar, dies ermöglichen die gesetzliche Vorgaben allerdings nicht.
Die sinnvolle Auflagen sind die jährliche internistische-kardiologische Befundkontrolle. Die Sehleistung sowohl mit Gleitsichtbrille als auch ohne erreicht die für die Gr. 2 erforderlichen Maß. Empfohlen ist aber beim Lenken zu tragen.“

Nach Eingang der Beschwerde äußerte sich der der Behörde beigegebene Amtsarzt wie folgt:

„[…] Herr A__ hat eine Beschwerde gegen das Gutachten von 12.12.2024 wegen der Befristungszeitraum von 5 Jahre eingelegt. Es ist die maximale Befristungszeitraum allerdings das längste, der gesetzlich vorzuschreiben ist, es ist eigentlich eine minimalistische Kontrolle.
Bei Herrn A__ immerhin eine 3 Gefäß Koronare Herzkrankheit (Schwere Herzgefäß-krankheit mit mehrfachen akuten Versorgung in der Vorgeschichte) und ein Risikofaktor wie Hypercholesterinämie und die Fetteinlagerung in den Halsgefäßen als Zeichen der Progression der Gefäßkrankheit, Herr A__ reagierte bei der Ergometrie mit einem übermäßigen Blutdruckanstieg und Schwindel und noch die Halsgefäß ist eingeschränkt.
Ich habe die positiven Entwicklungen zufolge seiner Lebensumstellung ausführlich und gewürdigt und gelobt.
Es ist eine definitive Krankheit vorhanden mit nicht „grundsätzlich“ sondern bei Herrn A__ persönlich erfassbaren Progredienz der Gefäßsklerose und die Hypercholesterinämie, Schwindelsymptomatik, Hyperurikämie (hohe Harnsäure), der Blutdruck war bei dem Untersuchung höher und stieg bei der Ergometrie pathologisch an, sodass die Untersuchung unterbrochen werden musste. Es ist eine Krankheitskonstellation die immerhin ungünstig ist und hat eine bei ansonsten guten Entwicklungen eine klare erfassbare Restrisiko, die medizinisch kann man nicht abstreiten, es ist eine Vielzahl von Risikofaktoren in diagnostizierter Form vorhanden. Der unkontrollierte Verlauf ist einfach

zu riskant im Straßenverkehr ohne Befristung und ohne jährliche Untersuchungen. Wie in dem Beschwerdeschreiben steht von „vorsichtshalber“ zu reden ist irrelevant. Das vorhandene und begründete Risiko realistisch und mit Krankheitsentwicklung erfassbar, dies könnte durch den Lebensumstellung reduziert werden, komplett abzuschaffen ist es jedoch nicht. Übrigens von der Beweiswürdigung des umstrittenen Gutachtens geht ebenso diese Krankheitskonstellation hervor ich habe alle wichtigen Einzelheiten für die gutachterliche Entscheidung gründlich aufgezählt und schlüssig genug auf die minimalistische Befristungsbedarf geschlossen. Es war kein „vorsichtshalber“ Befristung, ich habe kein Wort über altersbedingte Veränderungen in meinem Gutachten geschrieben und auch nicht in meiner gutachterlichen Argumentation eingenommen. Die nähere Klarstellung kann man auch von meinem Gutachten herauslesen, welche Zeichen der Progredienz der Gefäßkrankheit sowohl in dem Gehirn als auch in dem Herz, mit den komplett nachvollziehbaren patientenadaptierten Risikofaktoren. Herr A__ kommt auf die Schlussfolgerung, dass in der Begründung, dass ein mäßiges Restrisiko für die Progression einer Herzkrankheit oder Schlaganfalles bestehe und aus den beigebrachten medizinischen Unterlagen erschließt sich dies nicht ist weit unsachlich und grundsätzlich falsch ist wohl eine medizinisch wissenschaftlich nicht verwertbare Laienidee und aus den Unterlagen unter sachlichen und sachverständigen Würdigung erschließt das vorhandene Risiko, das die milde Kontrollregime allerdings begründet. Bei gründlichem Durchlesen des Gutachtens räumen sich diese Zweifel vorherein automatisch aus. […]“

Die vom Verwaltungsgericht zugezogene Amtsärztin äußerte sich in ihrem Schreiben vom 18.05.2025 wie folgt:

„[...] Das Gutachten stützt sich auf folgende Unterlagen:
- Aktenvermerk, BH Braunau, Dr. C__, 20.01.2025
- Beschwerdeschreiben, A__ Georg, 13.01.2025
- Internistische Stellungnahme, Dr. D__, 20.09.2024
- Amtsärztliches Gutachten, BH Braunau, Dr. C__, 12.12.2024
- Arztbrief, E__, 30.05.2022

GUTACHTEN:

Der Sachverhalt auf das Wesentliche zusammengefasst:
Bei Herrn A__ ist eine koronare Herzerkrankung bekannt. 2011 und 2016 hat Herr A__ einen Stent erhalten. Die koronare Herzerkrankung ist in den nachfolgenden Jahren fortgeschritten. Am 23.02.2021 wurde die koronare Herzerkrankung durch Anlage eines 3fach Bypasses operativ saniert. Als Risikofaktoren für eine koronare Herzerkrankung lag eine Hyperlipidämie mit Lp(a)-Erhöhung sowie ein Prä-Diabetes vor. Während des Reha-Aufenthaltes 2022 war Herr A__ im Alltag gut belastbar und beschwerdefrei. Die aufgetretenen Atemprobleme begründeten sich auf einer chronischen Alveolitis und konnten mittels Medikation gut therapiert werden. Die Ergometrie verbesserte sich im Laufe des stationären Aufenthaltes, beide durchgeführten Ergometrien zeigten keine signifikanten ST-Streckenveränderung unter Belastung. Die Echokardiographie war ebenfalls unauffällig (normale linksventrikuläre Funktion, keine regionalen Wandbewegungsstörungen, die beiden Vorhöfe und die beiden Herzkammern normal groß, Klappenapparat unauffällig). Es wurde zum Entlassungszeitpunkt eine jährliche kardiologische Verlaufskontrolle empfohlen.

Aus der internistischen Stellungnahme vom 20.09.2024 geht hervor, dass die Echokardiographie unauffällig ist, ebenso die Ergometrie. In der Ergometrie zeigte sich eine gute kardiale Leistung, normales Blutdruckverhalten, keine belastungsinduzierte koronare Insuffizienz oder keine komplexen behandlungsbedürftigen brady- oder tachycarden Rhythmusstörungen. Auch lag der HbA1c im oberen Normbereich, die Lipidwerte waren im zufriedenstellenden Bereich.
Das amtsärztliche Gutachten vom 12.12.2024 lautete „bedingt geeignet“. Herr Dr. C__ begründete dies aufgrund des mäßig bestehenden Restrisikos für die Progression der Herzkrankheit und des Schlaganfalls.
Herr A__ hat gegen diese bedingte Eignung Beschwerde erhoben. Aus dem Beschwerdeschreiben geht hervor, dass sich das mäßige Restrisiko für die Progression einer Herzkrankheit oder eines Schlaganfalls nicht aus den beigebrachten Untersuchungen erschließt.

Folgendes ist zu beachten:
Bei der koronaren Herzerkrankung handelt es sich um eine chronische progrediente Verkalkung der Herzkranzgefäße. Es gibt dafür verschiedene Risikofaktoren. Die Risikofaktoren sind: familiäre Disposition, arterielle Hypertonie, Nikotinabusus, Adipositas, erhöhter Cholesterinspiegel, Bewegungsmangel. Stress wird als sekundärer Risikofaktoren gesehen.
Bei einer koronaren Herzerkrankung verengen sich die Gefäße durch Einlagerungen in die Herzkranzgefäße.
Eine koronare Herzerkrankung beginnt sich bereits im mittleren Erwachsenenalter zu manifestieren. Die Erkrankung hat einen individuellen Krankheitsverlauf. Es ist nie vorherzusagen, wann es zu den ersten kardialen Beschwerden kommt. Im Stadium I sind die Gefäße erst geringfügig verengt, Betroffene spüren aber noch keine Beschwerden. Im Stadium II führen die Engstellen in den Gefäßen zu Beschwerden bei Belastung. Verursachen Engstellen im Ruhezustand Beschwerden, so handelt es sich um eine KHK im Stadium III. Beim Stadium IV haben die Verengungen der Gefäße Gewebe geschädigt, Zellen sind aufgrund des Sauer- und Nährstoffmangels abgestorben.

Für die Behandlung einer koronaren Herzerkrankung gibt es verschiedene Ansatzpunkte:
Initial ist es sinnvoll die Risikofaktoren auf ein Minimum zu reduzieren, damit sich eine koronare Herzerkrankung nicht oder nur geringgradig ausbildet, wobei der Risikofaktor der familiären Disposition nicht reduziert werden kann.
Bei einer akuten Beschwerdesymptomatik mit pectanginösen Beschwerden, Luftnot, Schwindel oder auch Synkopen erfolgt eine invasive kardiologische Diagnostik mittels Herzkatheteruntersuchung. Werden dabei Verengungen > 70 % festgestellt, so erfolgt eine Stent-Implantation. Bei höhergradigen Verengungen ist oftmals eine operative Sanierung erforderlich.
Direkt nach einer Stent-Implantation kann bereits nach 24 Stunden wieder ein KFZ gelenkt werden, bei Berufskraftfahrern / Busfahrern ist eine Wartezeit von 4 Wochen erforderlich.
Nach einer Herzoperation sollte zwei Monate lang nicht mit einem Auto gefahren werden: Bei ruckartigem Bremsen kann der Gurt gegen das Brustbein drücken und das Brustbein instabil werden. Eventuelle Herzrhythmusstörungen und Blutdruckschwankungen können die Fahrtüchtigkeit ebenfalls beeinträchtigen.

Nach Stent-Implantationen sowie nach einer Bypassoperation ist aus verkehrsmedizinischer Sicht eine fortführende Kontrolle erforderlich. Dabei geht es darum, dass mit ärztlicher Begleitung die Risikofaktoren
reduziert werden und damit bei Auffälligkeiten, welche die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen, adäquat reagiert werden kann.

Es ist nach der invasiven Sanierung der Engstellen in den Herzkranzgefäßen unumgänglich, dass die vorhandenen Risikofaktoren verringert werden, damit die koronare Herzerkrankung so langsam als möglich fortschreitet. Das heißt, die Medikamenteneinnahme muss regelmäßig erfolgen. Des Weiteren sind regelmäßige fachärztliche Kontrollen zur Überprüfung der einzelnen Risikofaktoren im Verlauf erforderlich. Bei bestehender Adipositas ist eine Gewichtsreduktion anzustreben, bei bekannter arterieller Hypertonie ist die Einstellung dieser notwendig. Des Weiteren ist die Umstellung der Ernährung empfehlenswert, insbesondere, wenn ein erhöhter HbA1c-Wert und / oder erhöhte Cholesterinwerte vorliegen, ggf. ist eine medikamentöse Therapie zu etablieren und zu adaptieren. Die Nikotinkarenz ist bei Klienten mit einer bestehenden koronaren Herzerkrankung notwendig. Um diese Risikofaktoren auf ein Minimum reduzieren zu können, ist eine entsprechende Compliance des Klienten erforderlich.
Bei einer Non-Compliance des Klienten kann die Reduktion der Risikofaktoren nicht erfolgen, weshalb die koronare Herzerkrankung mit Auslösen einer entsprechenden Beschwerdesymptomatik und / oder Auffälligkeiten bei der regelmäßigen kardiologischen Verlaufskontrolle schneller fortschreitet als bei Einhaltung der Empfehlungen.

Conclusio:
Herr A__ hat eine koronare Herzerkrankung, welche aufgrund der Progression 2021 operativ saniert wurde. Seit dieser Operation hat Herr A__ aktiv seine Risikofaktoren reduziert. Herr A__ nimmt seine Medikation regelmäßig ein.

Die Echokardiographie vom September 2024 zeigte ein unauffälliges Ergebnis, bei der Ergometrie im September 2024 war ebenfalls alles im Normbereich.
Auch wenn die koronare Herzerkrankung eine chronisch progrediente Erkrankung ist, so kann nicht vorhergesagt werden, wann bei Herrn A__ tatsächlich eine neue pectanignöse Beschwerdesymptomatik oder andere Auffälligkeiten bei den Untersuchungen auftreten, welche eine neuerliche Intervention an den Herzkranzgefäßen erforderlich machen. Ein gewisses Restrisiko ist nicht auszuschließen.
Da bei Herrn A__ die koronare Herzerkrankung 2021 mittels Bypass-Operation wirksam behandelt wurde, bis dato keine Progredienz der Erkrankung nachweisbar ist und seitens Herrn A__ eine gute Compliance besteht, ist das Risiko für eine rasche Progredienz der koronaren Herzerkrankung derzeit als gering einzuschätzen. Somit bestehen aus amtsärztlicher Sicht keine Bedenken zum Lenken eines KFZ der Gruppe 1 und 2.
Aus verkehrsmedizinischer Sicht ist aktuell keine Befristung erforderlich.

Eine weitere Erkrankung gemäß § 10 FSG-GV liegt bei Herrn A__ nicht vor.

Aufgrund des Ergebnisses der Überprüfung des Visus bei der amtsärztlichen Untersuchung ist das Tragen eines Sehbehelfs beim Lenken eines KFZ der Gruppe 2 erforderlich. […]“

Am 26.05.2025 äußerte sich der der belangten Behörde beigegebenen Amtsarzt wie folgt:

„[…] die kardiologischen Leitlinien sind für regelmäßige Kontrolluntersuchungen nach Bypass Op, die Operation schafft die koronare Herzkrankheit nicht aus dem Welt.
Das ist in der Regel keine kurative Operation.
Die Daten über Rezidiv Wiederverschluss umfassen 10 Jahre Zeitraum und hierbei sind nur 3 Jahre vergangen. Die Argumente von Dr. B__ sind sehr optimistisch, die Rezidivrate mit Bypassverschluss liegen immerhin bei fast 40%.
Eine Befristung ist daher sinnvoll, ein kardiologisches Gutachten könnte die Frage endgültig klären. […]“

Daraufhin gab die vom Gericht bestellte Amtsärztin folgende Stellungnahme ab:

„[…] Vielen Dank für die Übermittlung der Stellungnahme von Dr. C__.

Herr Dr. C__ hat mit seinen Ausführungen Recht.

Allerdings wird hier von zwei verschiedenen Betrachtungsweisen gesprochen:

Herr Dr. C__ beurteilt die Fahreignungsüberprüfung auf Kriterien der kurativen Medizin:

Eine Bypass-Operation schafft eine vorhandene koronare Herzerkrankung nicht aus der Welt. Nach der Bypass-OP ist es für die betroffenen Personen, entsprechend der kardiologischen Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kardiologie, erforderlich, dass regelmäßige kardiologische Verlaufskontrollen erfolgen, um eine Progredienz der Herzerkrankung frühzeitig zu erkennen, die Risikofaktoren auf ein absolutes Minimum zu reduzieren und die entsprechende Therapie, wenn nötig, anzupassen. Die Verschlussrate wird nicht bestritten, diese ist tatsächlich, wie von Dr. C__ angeführt, vorhanden. Es lässt sich jedoch nicht vorhersagen, wann ein Verschluss der Bypässe mit nachfolgenden Komplikationen wie typische Schmerzsymptomatik für verschlossene Herzkranzgefäße, maligne Herzrhythmusstörungen bis hin zu einem plötzlichen Herztod auftritt.

Ärzte, welche im kurativen Bereich tätig sind, müssen jedenfalls darauf achten, dass eine entsprechende Therapie sowie entsprechende Verlaufskontrollen stattfinden. Eine Behandlung, welche den kardiologischen Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kardiologie entspricht, ist von den jeweiligen Ärzten durchzuführen. Natürlich ist dies auch von der Compliance der einzelnen Personen abhängig, ob diese kardiologischen Kontrollen durchgeführt werden oder nicht.

Die Fragestellung im Rahmen der Erstellung des amtsärztlichen Gutachtens zum Lenken eines KFZ, ob Herr A__ geeignet ist zum Lenken eines KFZ der Gruppe 1 und 2 bzw. ob eine Erkrankung gemäß § 10 FSG-GV vorliegt, betrifft hingegen eine rein verkehrsmedizinische Betrachtung.

Bei Herrn A__ liegt, wie im Gutachten angeführt eine bekannte koronare Herzerkrankung mit Z.n. Stent-Implantation 2011 und 2016 sowie Z. n. Bypass-OP 2021 vor. Diese Erkrankung ist im § 10 FSG-GV angeführt. Es ist jedoch verkehrsmedizinisch auch zu

überprüfen, ob eine Erkrankung ausreichend therapiert ist, weiterhin ausreichend therapiert wird und ob eine Befristung der Lenkberechtigung erforderlich ist.
Wichtig nach einer Bypass-OP sind nun folgende Fragen:
1. Wann war die Bypass-OP?
2. Liegt aktuell eine stabile klinische Situation vor?
3. Liegt aktuell eine gute linksventrikuläre Funktion vor?
4. Liegt aktuell eine Neigung zu malignen Rhythmusstörungen vor?
5. Liegt aktuell eine gute Compliance vor?
6. Liegt aktuell eine optimale Therapie der kardiovaskulären Risikofaktoren vor?
7. Liegt aktuell eine andere die Fahreignung ausschließende Erkrankung vor?
8. Bestehen begründete Bedenken, dass regelmäßige Kontrollen beim Internisten / Kardiologen nicht erfolgen?

Diese Fragen stellen sich für beide Gruppen und sind für beide Gruppen – dem jeweiligen Sachverhalt entsprechend – zu beantworten:

Beantwortung der Fragen im vorliegenden Sachverhalt A__ Georg:

Zu Frage 1: Die Bypass-OP war 2021.
Nach einer Bypass-OP sind Personen im Normalfall 2 – 4 Wochen nicht fahrtauglich, andere Ärzte sprechen auch von einer zweimonatigen Fahruntauglichkeit für die Gruppe 1. Bei der Gruppe 2 ist die Fahrtauglichkeit nach 3 Monaten wiedergegeben.
Da bei Herrn A__ die Bypass-OP im Februar 2021 war, ist die Fahrtauglichkeit aktuell gegeben, unabhängig davon, ob eine Befristung von amtsärztlicher Seite empfohlen wird oder nicht.

Zu Frage 2: Aktuell liegt eine stabile klinische Situation vor. Es geht aus keiner der Unterlagen hervor, dass Herr A__ kardiale Beschwerden hat.

Zu Frage 3: Es liegt eine gute linksventrikuläre Funktion vor.

Zu Frage 4: Laut der internistischen Stellungnahme liegen keine malignen Herzrhythmusstörungen vor.
Dies wurde ihm Rahmen der Ergometrie festgestellt.

Zu Frage 5: Es liegt eine gute Compliance seitens Herrn A__ vor. Dies ist dem amtsärztlichen Gutachten vom 18.05.2025 zu entnehmen.

Zu Frage 6: Es liegt, wie bereits im Gutachten vom 18.05.2025 angeführt, eine optimale Therapie der kardiovaskulären Risikofaktoren vor.

Zu Frage 7: Derzeit liegen keine weiteren die Fahreignung einschränkenden Erkrankungen vor.

Zu Frage 8: Aufgrund des vorliegenden Sachverhaltes bestehen derzeit keine Bedenken, dass Herr A__ die regelmäßigen Kontrollen beim Internisten / Kardiologen in Zukunft unterlässt.

Zieht man nun die „Leitlinien für die gesundheitliche Eignung von Kraftfahrzeuglenkern – Ein Handbuch für Amts- und Fachärzte und die Verwaltung“ vom Bundesministerium Verkehr, Innovation und Technologie aus Jahr 2019 heran, so zeigt sich bzgl. der Bypassoperation folgendes:

Für die Gruppe 1:
Personen sind geeignet, wenn die Operation 2 bis 4 Wochen zurückliegt. Es muss zumindest eine befürwortende fachärztliche Stellungnahme vorliegen. Ggf. ist eine Befristung für 5 Jahre mit aä. Kontroll- und Nachuntersuchungen gemäß Krankheitsverlauf indiziert.

Für die Gruppe 2:
Personen sind geeignet, wenn die Operation mindestens 3 Monate zurückliegt. Es muss zumindest eine befürwortende fachärztliche Stellungnahme vorliegen. Ggf. ist eine Befristung für 5 Jahre mit aä. Kontroll- und Nachuntersuchungen gemäß Krankheitsverlauf indiziert.

Aus den „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung, Kommentar, überarbeitete und erweiterte 3. Auflage, Schubert et al., Kirschbaumverlag, 2018“ ergibt sich bzgl. der Bypassoperation folgendes:

Für die Gruppe 1:
„Die Fahreignung kann in Abhängigkeit von der Rekonvaleszenz 2 – 4 Wochen nach der Bypassoperation und nach fachärztlicher Untersuchung wieder gegeben sein.“

Für die Gruppe 2:
„Eine Fahreignung ist nach vollständiger Rekonvaleszenz einschließlich Sternumstabilität (in der Regel 3 Monate nach Bypassoperation) gegeben. Eine fachärztliche Untersuchung ist notwendig. Bei kompliziertem postoperativem Verlauf ist eine individuelle Einschätzung durch eine kardiologische Nachuntersuchung notwendig.“

Die Befristung einer Lenkberechtigung nach einer Bypass-Operation ist immer individuell zu beurteilen und abhängig von der Beantwortung oben angeführter Fragen. Alle Fragen müssen im Sinne der betroffenen Person beantwortet sein, damit eine unbefristete Lenkberechtigung aus verkehrsmedizinischer Sicht erteilt werden kann. Ist auch nur eine Frage negativ für den Klienten beantwortet, so ist eine unbefristete Lenkberechtigung kritisch zu hinterfragen und ggf. aus verkehrsmedizinischer Sicht eine Befristung zu empfehlen.

Zusammengefasst kann nun im Fall A__ aus verkehrsmedizinischer Sicht folgendes gesagt werden:

Die Bypass-Operation liegt bei Herrn A__ bereits 4 Jahre zurück. Die einzelnen oben angeführten Fragen wurden für den Klienten aufgrund der vorliegenden Unterlagen entsprechend positiv beantwortet.
Die Antwort auf die Frage, wann bei Herrn A__ eine neuerliche relevante und interventionsbedürftige Stenose auftritt, kann nicht vorhergesagt werden.

Entsprechend der oben angeführten Leitlinien des Bundesministeriums für Verkehr, Innovation und Technologie ist eine Befristung von 5 Jahren mit Verlaufskontrollen und aä. Nachuntersuchung je nach Krankheitsverlauf empfohlen.

Ob ein kardiologisches Gutachten bei vorliegendem Sachverhalt sowie der positiven Beantwortung oben gestellter Fragen tatsächlich erforderlich ist, ist deshalb fraglich, zumal ein kardiologisches Gutachten eine Beurteilung, wie Herrn Dr. C__ gefordert, vor allem im Sinne der kurativen Medizin erstellt wird und verkehrsmedizinische Fragen außer Acht lässt.

Es wurde bereits eine internistische Stellungnahme von Dr. D__ am 20.09.2024 eingeholt, welche den klinischen Zustand des Klienten beschreibt. Der Befund wurde im Gutachten vom 18.05.2025 angeführt.

Aus amtsärztlicher Sicht ist es aktuell vertretbar, keine Befristung bei Herrn A__ zu empfehlen, auch wenn in den Leitlinien des Bundesministeriums ggf. ein Befristungszeitraum, je nach Krankheitsverlauf, von 5 Jahren empfohlen wird und bei Herrn A__ die Bypass-OP erst vor 4 Jahren war. Oben gestellte Fragen wurden allesamt positiv für Herrn A__ beantwortet, es liegt ein sehr guter Krankheitsverlauf vor, welcher bereits im Gutachten vom 18.05.2025 und auch jetzt angeführt wurde.

Das Gutachten vom 18.05.2025 bleibt aufrecht. […]

Der Bf erreicht einen Visus-Naturalis von R 0,63 und L 0,5.

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 und die Vorgaben des VwGH in Bezug auf die Tragweite der Erkrankung erfüllt werden.

Auf Basis der vom Bf vorgelegten fachärztlichen Befunde und den anderen genannten Unterlagen 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) in relevantem Ausmaß gegeben sind, oder nicht den von der FSG-GV und der Judikatur geforderten Krankheitswert aufweisen.

Das ausführliche Gutachten der vom Gericht bestellten Amtsärztin vom 18.05.2025 samt Ergänzung vom 26.05.2025 erweist sich als nachvollziehbar und vollständig und behandelt die führerscheinrelevanten Erkrankungen des Bf und die dabei aufgeworfenen führerscheinmedizinischen Fragen konkret auf den Krank-

heitsstatus des Bf bezogen, wobei die Amtsärztin zum Schluss kommt, dass die unter § 10 FSG-GV fallende Herzerkrankung des Bf aufgrund entsprechender Behandlung und Compliance des Bf keiner Überwachung bedarf weil eine Verschlechterung aktuell nicht absehbar ist.
Es ist diesbezüglich anzumerken, dass auch das von der Behörde eingeholte Gutachten letztendlich zu einem mäßigen Restrisiko einer weiteren Progredienz kommt, jedoch der Amtsarzt der Behörde die Notwendigkeit einer Einschränkung sieht und in seiner Ergänzung vom 20.01.2025 darlegt, es bestünde ein klar erfassbares Restrisiko, wobei allerdings nicht dargelegt wird, wie sich dieses auf den Straßenverkehr auswirken könnte. In seiner weiteren Ergänzung, die die Behörde am 26. Mai 2025 übermittelt hat, begründet der der Behörde beigegebene Amtsarzt mit allgemeinen statistischen Erkenntnissen, nämlich, dass es bei fast 40 % der Fälle binnen 10 Jahren zu einem Rezidiv kommt.
Dabei wird die auf die konkrete Krankheitsgeschichte des Bf, vor allem die konkreten Risikofaktoren, die die vom Gericht bestellte Amtsärztin ausführlich darlegt und beurteilt, vor allem im Hinblick auf die vom Bf eingehaltenen notwendigen Maßnahmen, also seine Medikamentencompliance, die Durchführung von Kontrolluntersuchungen und die Änderung der Lebensweise nicht ausreichend eingegangen. Die beiden Gutachten differieren insofern im Wesentlichen bei der Beurteilung der Notwendigkeit einer behördlichen Überwachung, sohin im Hinblick auf die Frage der „Erforderlichkeit“ einer Befristung iSd Wortlauts des § 10 Abs. 1 FSG-GV (Einleitungsabsatz).
Wie die vom Gericht bestellte Amtsärztin darlegt, dürfte die Argumentation des der Behörde beigegebenen Amtsarztes dabei im Wesentlichen kurative Gesichtspunkte im Auge haben und werden die vom Bf aktiv gesetzten Handlungen in Bezug auf führerscheinrechtliche Gesichtspunkte nicht ausreichend mitbeurteilt. Mit dem allgemeinen Argument, es käme in 40 % der Fälle zu Verschlechterung, kann bspw. mit Blick auf die Judikatur des VwGH nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass konkret mit einer die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen ausschließenden oder einschränkenden Verschlechterung gerechnet werden muss (vgl. u.a. VwGH 20.11.2012, 2012/11/0132, 24.04.2001, 2000/11/0337, 13.08.2003, 2001/11/0183, 13.08.2003, 2002/11/0228, 25.04.2006, 2006/11/0042, 15.09.2009, 2007/11/0043, 22.06.2010, 2010/11/0067), zumal einerseits eine allgemeine Rezidivrate von 40 % per se keine besonders hohe Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs (und zwar in Bezug auf eine Verschlusssituation) abbildet, andererseits die individuelle Situation des Bf völlig außer Acht gelassen wird.
Beim Bf zeigt sich - und ist dies auch der Kern der Argumentation Dris. H - eine deutliche und nachhaltige Änderung des Lebensstils mit gesunder Ernährung, Sport und vollumfänglicher Medikamentencompliance, was dazu führt, dass im Fall des Bf gerade nicht iSd Judikatur damit gerechnet werden muss (sondern nur nicht ausgeschlossen werden kann), dass sich seine Grunderkrankung in einer Weise verschlechtert, dass seine Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen in absehbarer Zeit ausgeschlossen oder eingeschränkt sein wird. Diesbezüglich wäre es aber

nach dem Grundsatz der materiellen Wahrheit erforderlich, eine positive Feststellung treffen zu können. Hypothetische und allenfalls denkbare Umstände, hinsichtlich derer ein gewisses Risiko besteht, sind aber im Führerscheinverfahren nicht abbildbar.

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).“

§ 7 FSG-GV lautet:

Sehvermögen

§ 7.

(1) Alle Bewerber um eine Lenkberechtigung müssen sich einer Untersuchung unterziehen, um festzustellen, dass sie einen für das sichere Lenken von Kraftfahrzeugen ausreichenden Visus (Abs. 2 Z 1) haben. Diese Untersuchung hat auch eine grobe Überprüfung des Gesichtsfeldes (Abs. 2 Z 2) zu umfassen. In Zweifelsfällen ist der Bewerber von einem Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie zu untersuchen. Die in Abs. 2 Z 3 und 4 genannten Kriterien sowie andere Störungen der Sehfunktion, die ein sicheres Fahren in Frage stellen können sowie das Vorliegen fortschreitender Augenkrankheiten sind bei dieser Untersuchung nicht einzeln zu untersuchen. In Zweifelsfällen oder beim Verdacht auf Vorliegen fortschreitender Augenerkrankungen ist der Bewerber von einem Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie zu untersuchen.

(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;
2. ein beidäugiges Gesichtsfeld
   a) für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 mit Außengrenzen von horizontal mindestens 120 Grad, davon rechts und links mindestens 50 Grad und nach oben und unten mindestens 20 Grad und ohne Ausfall im zentralen Bereich von 20 Grad Radius;
   b) für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 mit Außengrenzen von horizontal mindestens 160 Grad, davon rechts und links mindestens 70 Grad und nach oben und unten mindestens 30 Grad und ohne Ausfall im zentralen Bereich von 30 Grad Radius;
3. die Freiheit von Doppeltsehen, gegebenenfalls durch Abdeckung eines Auges oder durch optische Hilfsmittel;
4. ein ausreichendes Dämmerungssehen, ungestörte Blend- und Kontrastempfindlichkeit.

§ 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."

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."

Beim Bf wurde eine bestimmte Herz-Kreislauf-Erkrankung festgestellt, die in § 10 Abs. 1 FSG-GV genannt wird (koronare Herzkrankheit - Koronararterien-Bypass, CABG § 10 Abs. 1 Z 11 FSG-GV). Der Bf wurde im Jahr 2021 erfolgreich operativ behandelt und hat in der Folge seinen Lebensstil im Hinblick auf negative Einflussfaktoren stark verändert, ist medikamentencompliant und ist unter ärztlicher Kontrolle.
Nach beiden amtsärztlichen Gutachten hat sich eine deutliche Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes des Bf ergeben und erweist sich seine gesundheitliche Situation als gut und stabil. Der Bf hat einen fachärztlichen internistischen Befund vorgelegt, den die Amtsärztin mitbeurteilt hat.
Von den Amtsärzten wird ein geringes bis mäßige Restrisiko für eine Progression, also eine Verschlechterung gesehen, die nach den ausführlichen Darstellungen im vom Gericht eingeholten Gutachten bislang nicht eingetreten ist. Nach Hinweis des behördlichen Amtsarztes, wonach eine allgemeine Rezidivrate von 40 % in den ersten 10 Jahren nach der Operation angenommen wird, hat die Amtsärztin ausführlich unter Bezugnahme auf die konkrete gesundheitliche Situation des Bf dargestellt, warum beim Bf nicht vorhergesagt werden kann, dass wieder eine interventionsbedürftige Stenose auftritt.
Aktuell erscheint der Verlauf der Erkrankung sehr günstig und muss nicht mit einer Verschlechterung gerechnet werden.
Wie bereits in der Beweiswürdigung dargestellt, kommt es für eine Einschränkung der Lenkberechtigung darauf an, ob „mit einer die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen ausschließenden oder in relevantem Ausmaß einschränkenden Verschlechterung gerechnet werden muss."

Hypothetische oder mit nicht relevanter Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit zu erwartende Umstände, können zur Begründung einer Einschränkung der Lenkberechtigung nicht herangezogen werden, weshalb eine allgemeine 40%ige statistische Wahrscheinlichkeit, die alle denkbaren Krankheitsverläufe abbildet

(also auch jene von Patienten, die nicht medikamentencompliant sind, ihre Lebensweise nicht ändern, etc.) bei der Begründung der Einschränkung einer Lenkberechtigung nur als Anhaltspunkt für die individuelle Beurteilung herangezogen werden kann.
Bei individueller Betrachtung des Krankheitsverlaufes des Bf ist demnach nicht damit zu rechnen, dass er zu jenen 40 % der Patienten gehört bei denen es in den ersten 10 Jahren zu einem neuerlichen Gefäßverschluss kommt, der sich auf das Lenken von KFZ auswirkt. Die Amtsärztin führt aus, dass nicht mit einer raschen Verschlechterung zu rechnen ist.

Insofern kommt schon aus rechtlicher Sicht (und schon nach dem ursprünglichen amtsärztlichen Gutachten) eine Einschränkung der Lenkberechtigung – sieht man von der Notwendigkeit eines Sehbehelfs ab – nicht in Betracht, weil die notwendige Feststellung, dass mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu rechnen ist, nicht getroffen werden kann.

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

Aufgrund des für die Gruppe 2 nicht ausreichenden Visus naturalis ist die Anordnung des Tragens eines Sehbehelfs aufrecht zu erhalten.

IV.2. Zusammenfassung

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 von Nach- und Kontrolluntersuchung nicht rechtskonform. Eine Befristung und Vorschreibung von Kontroll- und Nachuntersuchung, kommt mangels Erfüllung der vom VwGH vorgegebenen und der Kriterien des § 10 FSG-GV nicht in Betracht, zumal letzterer bei Erkrankungen gemäß § 10 Abs. 1 FSG-GV nicht zwingend eine Einschränkung der Lenkberechtigung vorsieht, sondern nur „erforderlichenfalls“. Diese Erforderlichkeit scheint beim Bf nach dem vom Gericht eingeholten Gutachten nicht als gegeben, weil der Bf die Risikofaktoren auf ein Minimum reduziert hat, nicht in Betracht. Der Bescheid der Behörde ist insofern in Bezug auf die Gruppe 1 aufzuheben.

IV.2.2. Lenkberechtigungen der Gruppe 2:

Aus verkehrsmedizinischer Sicht gilt das oben Gesagte:

Was die Gruppe 2 betrifft, bestand die Lenkberechtigung des Bf schon bisher nur befristet, 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 im 63. Lebensjahr, weshalb eine Verlängerung nur um 2 Jahre möglich ist.

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 (Somit der Verkündung oder Zustellung) zu berechnen ist.
Aufgrund des für die Gruppe 2 nicht ausreichenden Visus naturalis ist die diesbezügliche Auflage (Sehbehelf) aufrecht zu erhalten.

IV.3. Ergebnis

Der behördliche Bescheid ist in Bezug auf die Einschränkung der Lenkberechtigungen der Gruppe 1 vollumfänglich 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 Nachuntersuchungen (wieder-)erteilt wird.
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 befand, 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