

**Gericht**

Verwaltungsgerichtshof

**Entscheidungsdatum**

23.04.2013

**Geschäftszahl**

2013/02/0051

**Betreff**

Der Verwaltungsgerichtshof hat durch die Vorsitzende Senatspräsidentin Dr. Riedinger sowie die Hofräte Dr. Beck und Dr. Köller als Richter, im Beisein der Schriftführerin Mag. Farcas, über die Beschwerde des T in W, vertreten durch Mag. Franz Kellner, Rechtsanwalt in 1010 Wien, Kärntner Ring 14, gegen den Bescheid der Wiener Landesregierung vom 29. November 2012, Zl. MA 65-595/2012, betreffend Ausweis gemäß § 29b Abs. 1 StVO 1960, zu Recht erkannt:

**Spruch**

Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen.

**Begründung**

Mit dem im Instanzenzug ergangenen angefochtenen Bescheid hat die belangte Behörde den Antrag des am 20. Februar 1968 geborenen Beschwerdeführers vom 6. Oktober 2010, ihm wegen einer Becken-, Steißbein- und Schambeinfraktur, eines Risses der Schambeinfuge und Brüchen der Querfortsätze des 1. bis 5. Lendenwirbels einen Ausweis für dauernd stark gehbehinderte Personen gemäß § 29b Abs. 1 StVO 1960 auszustellen, abgewiesen.

Begründend führte die belangte Behörde - auszugsweise wörtlich wieder gegeben - wie folgt aus:

"Der (der Beschwerdeführer) wurde am 11. Februar 2011 von einem Amtssachverständigen des Faches für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie Herrn Dr. Preschitz untersucht. Das auf diese Untersuchung und die Einsichtnahme in vorgelegte Befunde gestützte Gutachten vom 25. Februar 2011 hatte folgendes Ergebnis:

...

UE:

Gestrecktes Beinheben von der Unterlage beidseits frei möglich, es wird beim Beinheben links ein sofort auftretendes 'kribbelndes Gefühl' in beiden Fußsohlen angegeben (morgendlich beim Aufstehen beim ersten Bodenkontakt).

Hüftgelenke beidseits äußerlich unauffällig frei beweglich. Kniegelenke beidseits äußerlich unauffällig, kein Erguss, keine Schwellung, bandfest frei beweglich. Sprunggelenke beidseits äußerlich unauffällig frei beweglich. Vorfußheberschwäche und Großzehenheberschwäche rechts mit Hypästhesien im Bereich der Außenseite des rechten Unterschenkels und Vorfußes. Zehenballenstand nur mit Anhalten.

Gangbild:

Gang auf ebenem Boden mit zwei Unterarmstützkrücken und normalem Konfektionsschuh mäßig lähmungs- und insuffizienzhinkend im Vierpunktegang und im adäquatem Schritttempo sicher möglich.

Es werden Schwierigkeiten beim Stiegen steigen und Bergab gehen sowie ein zunehmendes Unsicherheitsgefühl beim Gehen auf unebenen Böden berichtet.

Für die Fragestellung relevante Diagnosen:

- Zustand nach verplatteter Symphysenruptur, Kreuzdarmbeingelenksreissung und unterer Schambeinfraktur links
- Zustand nach geheiltem Speichenbruch links (Galeazzi-Fraktur) mit distaler Gelenkszerreissung und Sensibilitätsstörungen des linken Kleinfingers
- Peroneaussychwäche rechts
- Posttraumatische Lumbalgie nach Polytrauma

- Sanierte Mesenterialgefäßzerreissung und Dünndarm-Gangrän
- Blasenübernährung nach Ruptur

Zusammenfassende Stellungnahme:

Bei der heutigen Untersuchung bietet (der Beschwerdeführer) ein sicheres, zügiges Gangbild mäßig hinkend mit zwei Unterarmstützkrücken im 4-Punkte-Gang. Die Peroneaeschwäche im Konfektionsschuh gut kompensiert. (Der Beschwerdeführer) ist in der Lage, ohne überdurchschnittliche Kraftanstrengung und ohne große Schmerzen eine Fußwegstrecke von mehr als 300 m zurückzulegen.'

...

Mit Schreiben vom 10. Mai 2011 wies der Beschwerdeführer darauf hin, dass derzeit unfallbedingt eine deutlich reduzierte Gehleistung vorliege, welche bei der Summe der Defizite bei maximal 150 m ohne Stehen zu bleiben und Ruhepause zu beurteilen sei. Dies sei eine Folge einer deutlich nachweisbaren posttraumatischen Atrophie der Beinmuskulatur als Folge einer Lendenwirbelsäulen- und Kreuzbeinverletzung sowie der damit verbundenen langzeitigen Inaktivität. Des Weiteren bestehe eine Insuffizienz der Glutealmuskulatur, insbesondere links mit entsprechendem Insuffizienzhinken.

Angeschlossen war eine fachärztliche Stellungnahme eines Facharztes für Orthopädie und orthopädische Chirurgie Herrn Primar Univ.-Prof. Dr. Schwägerl vom 10. Mai 2011 mit folgendem Inhalt:

'Die in den vorhandenen Unterlagen dokumentierten schweren Unfallfolgen nach einem Polytrauma vom 9. November 2007 konnten durch konsequente unfallchirurgische Therapie und postoperative Rehabilitation bei progredienter Verbesserung der verletzten Bewegungssysteme auf ein Niveau gebracht werden, das es erlaubt, (den Beschwerdeführer) wieder in normale Lebensverhältnisse zu integrieren.

Diese Entwicklungsdynamik ist nicht als abgeschlossen zu betrachten, sondern wird dazu führen, dass die derzeitigen Defizite sich noch weiter reduzieren werden.

Die durchgeführte Untersuchung hat ergeben, dass derzeit noch eine deutlich reduzierte Gehleistung vorliegt.

Diese resultiert einerseits auf einer deutlich nachweisbaren posttraumatischen Atrophie der Beinmuskulatur als Folge der Lendenwirbelsäulen- und Kreuzbeinverletzung sowie der damit verbundenen langzeitigen Inaktivität. Andererseits besteht eine Insuffizienz der Glutealmuskulatur, insbesondere links, mit entsprechendem Insuffizienzhinken.

Die Summe dieser Defizite bewirkt derzeit noch eine stark reduzierte Gehleistung, die ich mit maximal 150 Meter ohne stehen bleiben und Ruhepause beurteile.

Aufgrund der bisherigen Entwicklung mit laufender Verbesserung und bei Berücksichtigung des Alters des Patienten und seiner guten Gelenksqualität an den großen Gelenken der unteren Extremitäten ist die derzeitig noch deutlich reduzierte Gehleistung nicht als Dauerzustand zu betrachten. Sie entspricht dem derzeitigen funktionellen, dynamischen und statischen Zustand des Gehapparates des Patienten.

Unter gezielter Heilgymnastik mit Aufbau der Rücken-, Bauch- und Beinmuskulatur liegt eine gute Prognose für eine weitere Verbesserung der Gehleistung vor.

Ich empfehle, den derzeitigen Zustand gutachterlich anzuerkennen und die zu erwartende Verbesserung zu einem späteren Zeitpunkt gutachterlich neuerlich zu beurteilen.'

...

Die Erstbehörde sah es als erwiesen an, dass (der Beschwerdeführer) nicht dauernd stark gehbehindert sei und die Voraussetzungen zur Ausstellung eines Ausweises nach § 29b Abs. 1 StVO 1960 nicht vorlägen und erließ den im Spruch näher bezeichneten nunmehr angefochtenen Bescheid, zugestellt am 30. Jänner 2012, mit dem der Antrag abgewiesen wurde.

Gegen diesen Bescheid richtet sich die am 13. Februar 2012 eingelangte Berufung, in der der vertretene (Beschwerdeführer) das Vorbringen der Stellungnahme vom 24. November 2011 wiederholte. Des Weiteren sei nach der Rechtsprechung an der Voraussetzung 'dauernd stark gehbehindert' kein besonders strenger Maßstab anzulegen. Die Feststellung des Privatsachverständigen, einer andauernd stark reduzierten Gehleistung mit maximal 150 Meter ohne stehen zu bleiben und mit Ruhepause, stelle ein mögliches Kalkül dar.

Mit einem am 11. April 2012 eingelangten Schreiben führte der vertretene (Beschwerdeführer) aus, dass sich der Zustand nach dem Unfall nicht wesentlich geändert habe und er in Schmerzbehandlung sei. Seine Gehbehinderung sei eine dauernde und nur mittels fortdauernder Schmerzmedikation zu bewältigen und verwies auf eine weitere fachärztliche Meinung.

Dem waren bereits vorgelegte Unterlagen angeschlossen und auch noch:

eine ärztliche Bestätigung eines Facharztes für Orthopädie und orthopädische Chirurgie Dr. Schönherr vom 6. April 2012 mit folgendem Inhalt:

'Orth, Status:

Fersenstand massiv erschwert; Zehenstand bds. nicht möglich;

li. Extensorenchwäche; hinkendes Gangbild aufgrund muskulärer, v. a. glutealer Insuffizienz; maximale Gehleistung 150 m;

normalerweise mit zwei Stützkrücken; sämtliche Triggerpunkte druckschmerzhaft im LBH, geringer HWS;

Pat. geht ständig mit zwei Krücken.

Diagnose:

(2007 n. Polytrauma) st. p. Rupt. Symph. et rput. artic. sacroiliacalis utr. et fract. ram. inf. ossis pubis sin. perat.; st. p. fract. radii sin. et lux. inartic. radiouln. dist. sin. (Galeazzi-Fraktur); st. p. Mesenterialgefäß-Zerreissung, retroperitonealem Hämatom und Dünndarm Gangrän; Rupt. vesicae urinae; Paresis n. peronei bds.; Coxarthrose, ger.

Beckenschiefstand li 5 mm, Gonarthrose li

Stellungnahme:

Es liegt bei (dem Beschwerdeführer) eine ständige starke Gehbehinderung vor, der Pat. geht mit Gehhilfe (Unterarmstützkrücken) - ein Behindertenausweis gemäß § 29b Abs. 1 StVO ist gerechtfertigt!

sowie ein Patientenbrief des AKH Wien, Univ.-Klinik f. Anästhesie, einer Fachärztin für Anästhesie Dr. Michalek-Sauberer vom 29. März 2012 mit auszugsweise folgendem Inhalt:

'Diagnosen:

St. p. Polytrauma 2007 (u.a. komplexe Beckenverletzung, Mesenterialverletzung)

Zusammengefasst stellte sich (der Beschwerdeführer) im Oktober 2010 erstmals in unserer Ambulanz vor. Zu diesem Zeitpunkt klagte (der Beschwerdeführer) über Dauerschmerzen tief lumbal (NRS 5) mit Verschlimmerung im Tagesverlauf. Darüber hinaus bestünden leichte Dauerschmerzen in der linken Hüfte, sowie stechende Schmerzen und eine Allodynie im rechten Vorfuß. Weiters berichtete (der Beschwerdeführer) über seit etwa einem halben Jahr bestehende, von gluteal in die rechte Leiste blitzartig einschießende Schmerzen, welche bis in Genitale ausstrahlten. Ein seit dem Unfall bestehendes Taubheitsgefühl der gesamten rechten unteren Extremität hätte sich im Verlauf gebessert. Der Patient war mit Krücken mobil, berichtete jedoch, dass es nach einer Gehstrecke von 100 bis 150 Meter zu einer Verschlimmerung sämtlicher Schmerzen käme.

Es wurde eine analgetische Therapie mit Adamon long ret. 300 mg und Novalgin 3 x 1 g begonnen sowie eine antineuropathische Therapie mit Neurontin in langsamer Steigerung angesetzt.

Aufgrund einer starken Müdigkeit ab einer Dosierung von 1500 mg pro Tag wurde das Neurontin auf Lyrica umgestellt, welches im Verlauf auf eine derzeitige Tagesdosis von 100-0-200 mg gesteigert wurde. Aufgrund der Allodynie im rechten Vorfußbereich erhielt der Patient zweimal eine lokale Anwendung von Qutenza (zuletzt im September 2011).

Im Dezember 2010 wurde einmalig eine durchleuchtungsgezielte Blockade der Sakroiliakrallgelenke beidseits mit Carbostesin und Volon A durchgeführt. Im Frühjahr 2011 hatte (der Beschwerdeführer) eine Serie physikalischer Therapien sowie anschließend eine Serie mit Akupunktur. Auch derzeit läuft eine neuerliche Akupunkturserie.

Unter der laufenden Schmerztherapie mit Adamon long ret. 300 mg 0-0-1, Novalgin 3 x 1 g sowie Lyrica 100-0-200 ist die Schmerzsituation wechselnd, aber insgesamt gut eingestellt.

Derzeit ist eine wöchentliche Wiedervorstellung (des Beschwerdeführers) für die laufende Akupunkturserie vorgesehen.'

...

Mit Schreiben vom 21. August 2012 verwies der vertretene Berufungswerber auf einen Arztbrief eines Facharztes für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie Dr. Bitzan vom 14. August 2012, die folgenden Inhalt hat:

'Diagnose:

St. p. Rupt. symphyseos, St. p. fract. ramus inf. ossis pubis sin., St. p. rupt. artic. sacro-iliacalis utriusque, St. p. fract. ossis coccygis dext., St. p. fract. radii sin. cum lux, in artic. radioulnaris dist. sin., St. p. Fract. proc. transversi L1-5, St.

p. rupt. vesicae urinae, St. p. Dünndarmgangrän, St. p. Mesenterialgefäßzerreissung und Blutung, chronische Schmerzerkrankung.

Therapie: Schmerzambulanz AKH

Aus orthopädischer Sicht liegt eine deutliche Einschränkung der Gehfähigkeit vor, es werden ständig 2 UA-Stützkrücken verwendet. Trotz ständiger Therapie treten Schmerzen bereits vor Erreichen der 100 m-Marke auf.

1 x Adamon Long Ret Ftbl 300 mg 30 ST 0-0-1-0

1 x Novalgin Ftbl 10 ST 2-2-2-0

1 x Lyrica Hartkps 100 mg 21 ST 1-0-1,5-0.'

Der Sachverhalt beruht auf den Akteninhalt. Die Berufungsbehörde hat erwogen:"

In der Folge stellte die belangte Behörde die einschlägige Rechtslage dar und führte weiter wörtlich aus:

"Laut dem in erster Instanz von einem Amtssachverständigen des Faches für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie eingeholten Gutachtens vom 25. Februar 2011 auf Grund einer ausführlichen Anamnese, Einsichtnahme in vorgelegte Befunde und eine Untersuchung samt dessen Stellungnahmen im erstinstanzlichen Verfahren vom 21. Juli 2011 und im Berufungsverfahren vom 8. Juni 2012 leidet (der Beschwerdeführer) nach einem Arbeitsunfall am 9. November 2007 an einem Zustand nach verplatteter Symphysenruptur, Kreuzdarmbeingelenksreissung und unterer Schambeinfraktur links; nach geheiltem Speichenbruch links (Galeazzi-Fraktur) mit distaler Gelenkszerreissung und Sensibilitätsstörungen des linken Kleinfingers; Peroneusschwäche rechts; Posttraumatische Lumbalgie nach Polytrauma; sanierte Mesenterialgefäßzerreissung und Dünndarm-Gangrän, sowie Blasenübernähung nach Ruptur.

Diese Diagnose steht im Einklang mit der vom (Beschwerdeführer) vorgelegten ärztlichen Bestätigung vom 6. April 2012 sowie dem vom Berufungswerber vorgelegten Schreiben vom 14. August 2012.

Der Gang auf ebenem Boden mit zwei Unterarmstützkrücken (zur Erhöhung der Sicherheit) und normalen Konfektionsschuh wird im Gutachten vom 25. Februar 2011 als mäßig lähmungs- und insuffizienzhindernis im Vierpunktegang und im adäquaten Schrittempo als sicher möglich beschrieben. Berichtet wurde von Schwierigkeiten beim Steigen steigen und Bergab gehen sowie von einem zunehmenden Unsicherheitsgefühl beim Gehen auf unebenen Böden.

Aus orthopädischer Sicht ist (der Beschwerdeführer) in der Lage, ohne überdurchschnittliche Kraftanstrengung und ohne große Schmerzen eine Fußwegstrecke von mehr als 300 Metern zurück zu legen.

Die Gutachten und die ergänzenden Stellungnahmen der Amtssachverständigen sind fachlich fundiert, schlüssig und nachvollziehbar. Auch ist Amtssachverständigen auf Grund deren fachärztlicher Ausbildung und der daraus resultierenden beruflichen Erfahrung die Fähigkeit zuzubilligen, aus dem Ergebnis der selbst vorgenommenen Untersuchung und aus den sonstigen Ermittlungsergebnissen unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes (des Beschwerdeführers) Schlüsse auf deren Gehfähigkeit über die gesamte als Richtmaß dienende Strecke, zu ziehen.

Jenes Gutachten der Amtssachverständigen wurde mit Gutachten auf gleicher fachlicher Ebene nicht bestritten. Das Sachverständigengutachten steht den vom (Beschwerdeführer) beigebrachten Unterlagen nicht entgegen, ist diesen doch keineswegs zu entnehmen, dass (der Beschwerdeführer) eine Strecke von über 300 m nur unter Aufbringung überdurchschnittlicher Kraftanstrengung oder großen Schmerzen zurückzulegen vermag.

Denn die fachärztliche Stellungnahme eines Facharztes für Orthopädie und orthopädische Chirurgie Primar Univ.- Prof. Dr. Schwägerl vom 10. Mai 2011 stützt sich auf unbenannte vorgelegte Unterlagen. Ob sich die Stellungnahme auf eine Untersuchung (des Beschwerdeführers) bezieht, geht aus dem Schreiben nicht hervor, bzw. ist nicht nachvollziehbar, welche Art von Untersuchung stattgefunden hätte. Sogar ist auch nicht nachvollziehbar, wie der stellungnehmende Facharzt zu seiner Beurteilung gekommen ist, dass eine stark reduzierte Gehleistung von maximal 150 Meter ohne Stehen bleiben und Ruhepause vorliegt. Des Weiteren kommt es nicht darauf an, ob eine Wegstrecke von 300 m in einem ohne starke Schmerzen und ohne überdurchschnittliche Kraftanstrengung bewältigt werden kann, sondern darauf, ob das Fortbewegen als Gehen qualifiziert werden kann. Ein Gehen über eine Wegstrecke von mehr als 300 m schließt auch zumutbare Pausen ein. Dass die Pause nach 150 m unzumutbar lang sei, hat der Privatsachverständige nicht festgestellt.

Auch die Feststellung der maximalen Gehleistung in der ärztlichen Bestätigung vom 6. April 2012 ist aus der knappen Beschreibung des orthopädischen Status nicht nachvollziehbar ableitbar.

Dass bei ständiger Schmerztherapie Schmerzen nach Erreichen der 100 m Marke laut Schreiben vom 14. August 2012 auftreten mögen - neben dem Umstand, dass jene Feststellung aus dem knappen Schreiben auch nicht nachvollziehbar herzuleiten ist - auf eine dauernd starke Gehbehinderung nicht schließen zu lassen.

Denn es kommt darauf an, dass starke Schmerzen auftreten.

Im städtischen Gebiet kann von ebenen Straßenverhältnissen ausgegangen werden. Sogar führen allfällige, auch nicht näher festgestellte, Schwierigkeiten beim Stehen und Bergabgehen nicht zu einem Recht auf einen Ausweis gemäß § 29b StVO 1960 (vgl. VwGH vom 28. Juni 1989, 88/02/0185).

Dass der Beschwerdeführer ständig zwei Krücken verwendet, führt nicht zur Qualifizierung der körperlichen Einschränkungen als eine dauernd starke Gehbehinderung. Denn die Benützung von Gehhilfen macht eine Einschränkung noch nicht zu einer schweren Gehbehinderung (vgl. VwGH vom 19. Juni 1998, 97/02/0354).

...

Im vom (Beschwerdeführer) vorgelegten Arztbrief eines Facharztes für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie vom 14. August 2012 sind Umstände enthalten, die von den Amtssachverständigen bereits vollständig berücksichtigt wurden. Daher war eine weitere Befassung der Amtssachverständigen nicht mehr erforderlich.

Der Berufungsbehörde erscheinen daher die Erwägungen der von ihr befassten medizinischen Amtssachverständigen plausibler als die dagegen im Wege des Rechts auf Gehör unzureichend erhobenen Einwände (des Beschwerdeführers), weil sich die von der Erst- und Berufungsbehörde beigezogene Amtssachverständige mit dem Vorbringen (des Beschwerdeführers) vollständig auseinandergesetzt hatte und die

Beurteilung der Gehfähigkeit vom amtsärztlichen Standpunkt auf Grund eingehender orthopädischer Untersuchungen sowie ausführlicher Befundung und Begutachtung ausreichend ist.

Da demnach eine dauernde starke Gehbehinderung als Voraussetzung für die Ausweiserteilung nicht vorliegt, ist die Abweisung des Antrages durch die Erstbehörde zu Recht erfolgt, weshalb auch der angefochtene Bescheid zu bestätigen war."

Gegen diesen Bescheid richtet sich die vorliegende Beschwerde wegen Rechtswidrigkeit des Inhaltes und Rechtswidrigkeit infolge Verletzung von Verfahrensvorschriften.

Der Verwaltungsgerichtshof hat in einem gemäß § 12 Abs. 1 Z 2 VwGG gebildeten Senat erwogen:

Gemäß § 29b Abs. 1 StVO 1960 hat die Behörde Personen, die dauernd stark gehbehindert sind, auf deren Ansuchen einen Ausweis über diesen Umstand auszufolgen.

Der Gesetzesbegriff der starken Gehbehinderung im Sinne des § 29 Abs. 1 StVO 1960 stellt darauf ab, ob die betreffende Person in einer als Gehen zu qualifizierenden Weise ohne Aufwendung überdurchschnittlicher Kraftanstrengung und ohne große Schmerzen eine bestimmte Wegstrecke zurücklegen kann. Ist sie dazu in der Lage, so wird eine festgestellte Gehbehinderung nicht als schwer im Sinne des Gesetzes anzusehen sein. Die Fähigkeit zum Zurücklegen einer Strecke von mehr als 300 m ohne überdurchschnittliche Kraftanstrengung und ohne große Schmerzen schließt eine starke Gehbehinderung im Sinne des Gesetzes aus, wobei der Umstand, dass dies nur mit Hilfsmitteln (wie etwa einem Gehstock oder orthopädischen Schuhen) möglich ist, die Behinderung nicht zu einer schweren macht (vgl. das Erkenntnis vom 27. Mai 2011, Zl. 2010/02/0107).

Dem Beschwerdegrund der Rechtswidrigkeit infolge Verletzung von Verfahrensvorschriften zuordenbar bringt der Beschwerdeführer in der Beschwerde vor, die belangte Behörde habe unzureichend begründet, weshalb sie bei der Feststellung des Zurücklegens einer Wegstrecke von 300 m dem Gutachten des Amtssachverständigen gefolgt sei, während der Arztbrief vom 6. April 2012 von einer maximalen Gehleistung von 150 m spreche und dem Arztbrief vom 14. August 2012 zu entnehmen sei, dass beim Beschwerdeführer trotz ständiger Therapie bereits vor Erreichen der 100 m-Marke Schmerzen auftraten.

Mit dieser - im Übrigen einzigen konkreten auf die Ausführungen im angefochtenen Bescheid Bezug nehmenden - Beschwerdebehauptung rügt der Beschwerdeführer die Beweiswürdigung der belangten Behörde, die den von ihm vorgelegten fachärztlichen Beurteilungen nicht gefolgt sei.

Unter Beachtung des vom Verwaltungsgerichtshof anzulegenden Maßstabs bei der Kontrolle der Beweiswürdigung (vgl. etwa das Erkenntnis vom 25. Juni 2008, Zl. 2007/02/0360) erweisen sich die von der belangten Behörde aus den vorliegenden Verfahrensergebnissen getroffenen Feststellungen als nicht un schlüssig.

So schenkt sie der im Arztbrief vom 6. April 2012 festgehaltenen maximalen Gehleistung von 150 m keinen Glauben, weil die knappe Beschreibung des orthopädischen Status des Beschwerdeführers einen solchen Schluss nicht zulasse. Auf dieses Argument geht der Beschwerdeführer bei seiner Beweisrüge nicht ein. Tatsächlich findet sich im Gutachten des Amtssachverständigen eine weitaus umfassendere - oben wieder gegebene - Befunderhebung mit exakter Beschreibung des Gangbildes des Beschwerdeführers und einer darauf basierenden Begutachtung.

Zum Arztbrief vom 14. August 2012 führte die belangte Behörde aus, dass - neben seiner Knappheit - aus dem Umstand, dass beim Beschwerdeführer nach 100 m Gehen Schmerzen auftraten, keine Schlüsse auf eine dauernde starke Gehbehinderung gezogen werden könnten. Tatsächlich kann auf Grund der Ausführungen im Arztbrief die vom Beschwerdeführer gewünschte verfahrenswesentliche Feststellung, dass die Fähigkeit zum Zurücklegen einer Strecke von mehr als 300 m ohne überdurchschnittliche Kraftanstrengung und ohne große Schmerzen nicht bestehe, nicht getroffen werden.

Die belangte Behörde hat demnach in nicht un schlüssiger Beweiswürdigung auf Grund der Angaben im Gutachten des Amtssachverständigen die Feststellung getroffen, der Beschwerdeführer sei in der Lage, mit zwei Unterarmstützkrücken im 4-Punkte-Gang ohne überdurchschnittliche Kraftanstrengung und ohne große Schmerzen eine Fußwegstrecke von mehr als 300 m zurückzulegen.

Den daraus von der belangten Behörde gezogenen rechtlichen Schluss, eine dauernd starke Gehbehinderung im Sinne des § 29b Abs. 1 StVO 1960 liege nicht vor, hat der Beschwerdeführer nicht bekämpft.

Weitere über die Wiedergabe von Rechtssätzen und allgemein gehaltenen Überlegungen zum Verhältnis von Amts- zu Privatgutachten hinausgehende Argumente finden sich in der Beschwerde nicht.

Da somit bereits der Inhalt der Beschwerde erkennen lässt, dass die vom Beschwerdeführer behauptete Rechtsverletzung nicht vorliegt, war die Beschwerde ohne weiteres Verfahren in nichtöffentlicher Sitzung gemäß § 35 Abs. 1 VwGG als unbegründet abzuweisen.

Wien, am 23. April 2013