

Gruppe 1

- Der Prozentrang 16¹ wurde, bezogen auf altersunabhängige Normwerte, in allen eingesetzten Leistungstests erreicht oder überschritten.
- Grenzwertunterschreitungen (Prozentrang < 16) sind nur situationsbedingt (störende Faktoren bei der Testdurchführung, Unausgeruhtheit nach Nachtarbeit o. ä.) und damit nicht aussagefähig.
- Grenzwertunterschreitungen sind zwar nicht als situationsbedingt anzusehen, werden aber durch stabile Leistungen in den anderen Verfahren ausgeglichen, so dass eine Mängelkumulation ausgeschlossen ist.
- Bei Grenzwertunterschreitungen kann durch Ergebnisse weiterer Verfahren (Ergänzungsverfahren, Verhaltensbeobachtung, Wiederholungsuntersuchung) nachgewiesen werden, dass das aus den Leistungsresultaten zu erschließende Risiko durch das Kompensationspotential (vorausschauendes Denken, ausgeprägtes Risikobewusstsein, sicherheitsbetonte Grundhaltung) angemessen gemindert werden kann.
- Auch wenn von einem Inhaber einer Fahrerlaubnis, der sich bereits in der Fahrpraxis bewährt hat, in den Leistungsprüfverfahren insgesamt unzureichende Leistungen erzielt wurden, konnte der Betreffende aber doch in einer Fahrverhaltensprobe nachweisen, dass die in der (ungewohnten) Testsituation festgestellten Minderleistungen sich auf das gelernte Fahrverhalten nicht entscheidend negativ auswirken.
- Es liegen keine Hinweise auf verkehrsmedizinisch relevante eignungs einschränkende oder eignungsausschließende Eignungsmängel vor, z. B. Mängel des „Sehvermögen“s (Kapitel 3.1), „Bewegungsbehinderungen“ (Kapitel 3.3), „Herz- und Gefäßkrankheiten“ (Kapitel 3.4).

Früheres verkehrsgefährdendes Verhalten ist in die Bewertung der Leistungsfähigkeit einzubeziehen.

Ein Kraftfahrer bzw. ein Bewerber um eine Fahrerlaubnis kann trotz psychischer Leistungsmängel gemäß § 11 Abs. 2 FeV zum Führen von Kraftfahrzeugen bedingt geeignet sein.

Die Feststellung der bedingten Eignung kommt in Betracht, wenn zwar gravierende Leistungsbeeinträchtigungen bestehen und deshalb eine uneingeschränkte Fahrtätigkeit im Rahmen der beantragten oder bereits erteilten Fahrerlaubnisklasse nicht in Frage kommt, aber das Risiko durch geeignete Auflagen und Beschränkungen auf ein vertretbares Maß zu reduzieren ist.

Geeignete Auflagen und Beschränkungen sind:

- die Fahrtätigkeit wird nur unter bestimmten Auflagen (z. B. Einhaltung einer Höchstgeschwindigkeit, Fahren nur innerhalb festgelegter Lenkzeiten) ausgeübt,
- die Fahrtätigkeit wird nur innerhalb eines begrenzten Umkreises gestattet,
- die Fahrtätigkeit wird auf eine bestimmte Fahrzeugart oder ein bestimmtes Fahrzeug beschränkt (z. B. auf Fahrzeuge mit einer bauartbedingten reduzierten Höchstgeschwindigkeit).

¹ Die Ergebnisse für die Leistungstests sind in Prozenträngen (PR) ausgedrückt. Ein Prozentrang sagt aus, wieviele Personen einer vergleichbaren Stichprobe schlechtere Leistungen erzielen als der Untersuchte. Der PR für die bestmögliche Leistung ist 100, für die geringste Leistung 0. Ein PR von 70 bedeutet, 30 % sind besser, 70 % sind schlechter.

können) in Betracht und koronare Durchblutungsstörungen sowie andere Herzmuskel-erkrankungen (Kardiomyopathien). Rhythmusstörungen der genannten Art entsprechen in der Klassifikation nach LOWN den Schweregraden III - V. Außerdem ist zur Beurteilung der Gefährdung durch ventrikuläre Extrasystolen die Kenntnis über Art und Ausmaß der zugrunde liegenden Herzerkrankung entscheidend.

In besonderen Fällen sind zusätzliche Spezialuntersuchungen (z. B. Ableitung sog. Spätpotentiale, elektrische Stimulationsverfahren) erforderlich.

Die paroxysmale Tachykardie, auch Herzjagen genannt, kann wie alle anderen Herz-anfälle mit unberechenbarer Plötzlichkeit auftreten. Vor allem bei jungen Menschen ist immer ein Grundleiden nachzuweisen. Auch die paroxysmale Tachykardie kann die Hirndurchblutung einschränken und das Bewusstsein unter Umständen stark beeinträchtigen, je nach Frequenz und nach der im Anfall noch erhaltenen Leistungskraft des Herzens.

Bei einem Teil der Kranken mit anfallsartigem Herzjagen finden sich im Elektrokardiogramm verkürzte Überleitungszeiten, die als Präexzitations-Syndrome bezeichnet werden. Die EKG-Konstellation ist eng mit einer Neigung zu tachykarden Anfällen verbunden. Beim Präexzitations-Syndrom können aber auch tachykarde Anfälle zeitlebens ausbleiben.

Das Carotis-Sinus-Syndrom wird bei bestimmten Kopfbewegungen durch Reizung des Blutdruckzüglerapparates im Bereich der Halsschlagader ausgelöst. Die Folge der Reizung ist ein überschießender Kreislaufreflex mit Bewusstlosigkeit.

Die Komplikationen der Herztätigkeit sind also vielfältig, auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen und zum Teil gefährlich. Eine Reihe dieser Störungen lässt sich durch Arzneimittelbehandlung, durch elektrische Kardioversion (evtl. auch mit automatischen, implantierbaren Defibrillatoren) und durch die Implantation von elektrischen Herzschrittmachern beseitigen. Ein solcher Schrittmacher dient also der Erhaltung eines adäquaten Herzrhythmus. Das Grundleiden wird dadurch nicht beeinflusst. Die Störanfälligkeit der Geräte ist zwar auch heute noch nicht völlig beseitigt, doch ist die Technik in den letzten Jahren stark verbessert worden, und das Risiko eines technischen Versagens ist bei weitem nicht so groß wie das Risiko bei einer Herzerkrankung mit gefährlichen Rhythmusstörungen. Grundsätzlich ist die ärztliche Überwachung und Beurteilung eines mit Herzschrittmacher ausgerüsteten Fahrerlaubnisinhabers durch einen entsprechend ausgerüsteten Kardiologen erforderlich.

3.4.2 Hypertonie (Bluthochdruckkrankheit, zu hoher Blutdruck)

Leitsätze

Wer unter einem Bluthochdruck mit ständig zu messendem diastolischen Wert über 130 mm Hg leidet, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden.

Wer unter einem Bluthochdruck leidet, bei dem der diastolische Wert über 100 mm Hg liegt, ist nicht in der Lage, den Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 gerecht zu werden, wenn gleichzeitig andere prognostisch ernste Symptome, z. B. Zeichen einer gestörten Nierenfunktion, starke Augenhintergrundveränderungen (Blutungen und Exsudate), neurologische Restsymptome nach Hirndurchblutungsstörungen oder eine deutliche Linkshypertrophie des Herzens nachzuweisen sind. Für das Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 ist der Betroffene nur unter besonderen Bedingungen in der Lage, den gestellten Anforderungen gerecht zu werden.

Beim Vorliegen dieser Befunde (soweit sie nicht von sich aus ein sicheres Verhalten bei Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr ausschließen) ist eine vorbeugende Gefahrenabwehr beim Führen von Fahrzeugen der Gruppe 1 nur unter der Auflage regelmäßiger internistischer Kontrollen und Nachbegutachtungen in Abständen von 2 Jahren zu gewährleisten (im Zweifelsfall neurologisch-psychiatrisches Gutachten).

Die Annahme, dass ein Betroffener mit einem ständig über 100 mm Hg liegenden diastolischen Blutdruck in der Lage ist, den gestellten Anforderungen bedingt gerecht zu werden, ist nur begründet, wenn keine krankhaften Urinbefunde, keine Linkshypertrophie des Herzens, keine Veränderung des Augenhintergrunds vorliegen.

Bei diesen Voraussetzungen ist die Auflage internistischer Nachuntersuchungen und Begutachtungen in Abständen von längstens 3 Jahren erforderlich.

Begründung

Bei einem Bluthochdruck mit ständigen diastolischen Werten von mehr als 130 mm Hg hat man es stets mit einem sehr schweren Krankheitsbild zu tun (siehe Kapitel 3.6 „Nierenerkrankungen“). Die Gefahren nehmen bereits jenseits 120 mm Hg für den diastolischen Blutdruck schnell zu. Es kommt zu Netzhautblutungen, Überlastungen des Herzmuskels mit der Gefahr des Herzversagens, und es steigt schließlich auch das Risiko für den Eintritt einer Hirnblutung (z. B. apoplektischer Insult). Jenseits 130 mm Hg für den diastolischen Blutdruckwert ist diese Gefahr so naheliegend, dass jede Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr ausgeschlossen werden muss.

Schon bei diastolischen Blutdruckwerten jenseits 100 mm Hg häufen sich Blutungszwischenfälle, Kreislaufversagen, Niereninsuffizienzzeichen und Netzhautschäden, so dass eine regelmäßige ärztliche Überwachung dieser Kranken besonders dann sichergestellt sein muss, wenn sie als Kraftfahrer am Straßenverkehr teilnehmen oder als Fahrerlaubnisbewerber teilnehmen wollen.

Liegt der diastolische Blutdruck ständig über 100 mm Hg, ohne dass die oben angeführten sonstigen Befunde erhoben werden können, so handelt es sich bei dem betreffenden Fahrerlaubnisbewerber oder Fahrerlaubnisinhaber jedenfalls um einen Kranken mit Bluthochdruck. Der weitere Verlauf hängt von der Dauer des Leidens und vom Lebensalter ab. Er lässt sich schwer abschätzen. In solchen Fällen müssen im Allgemei-

nen internistische Nachuntersuchungen in Abständen von längstens 3 Jahren durchgeführt werden.

3.4.3 Hypotonie (zu niedriger Blutdruck)

Die Hypotonie hat im Unterschied zur Hypertonie in der Regel keinen Krankheitswert. Es gibt viele Menschen mit auffallend niedrigem Blutdruck, die in jeder Hinsicht leistungsfähig sind und die auch gerade unter Belastungen keine Beschwerden haben. Ein Teil der Hypotoniker ist nach ärztlicher Erfahrung leichter ermüdbar und insgesamt physisch weniger belastungsfähig. Seltener sind vorübergehende anfallsartige Bewusstseinsstörungen, die dann doch ein erhebliches Risiko darstellen. Im Übrigen sind Hypotonien als sekundäre Krankheitszeichen oder in der Rekonvaleszenz nach Infektionskrankungen häufig. Nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen gerecht zu werden, sind Personen, bei denen hypotoniebedingt anfallsartige Bewusstseinsstörungen auftreten. Im Einzelfall lässt sich diese Voraussetzung durch Kreislauffunktionsprüfungen feststellen. Ein Betroffener ist wieder in der Lage, den gestellten Anforderungen bei Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr gerecht zu werden, wenn durch angemessene Behandlung die Blutdruckwerte stabilisiert werden konnten.

3.4.4 Koronare Herzkrankheit (Herzinfarkt)

Leitsätze

Wer einen Herzinfarkt durchgemacht hat, ist in der Regel nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 gerecht zu werden.

Ausnahmen hiervon sind nur begründet nach einer Genesungszeit von mindestens 3 bis zu 6 Monaten, wenn sich

- keine gefährlichen bzw. prognostisch ungünstigen Herzrhythmusstörungen,
- keine Herzinsuffizienz bzw. keine schwerwiegende Einschränkung der Pumpleistung der linken Herzkammer,
- kein ausgeprägtes Herzwandaneurysma, wobei nicht bereits jede hämodynamisch wirksame Dyskinesie gemeint ist, und
- keine bereits bei leichten körperlichen Belastungen oder in Ruhe auftretende Angina pectoris (entsprechend dem klinischen Schweregrad III oder IV nach der N.Y.H.A. (New York Heart Association functional classification)

nachweisen lassen.

Als wesentliche diagnostische Mittel zur Klärung der Sachlage müssen zur Zeit mindestens

- EKG-Untersuchungen (12 Ableitungen), 24-Stunden-Langzeit-EKG,
- Echokardiographie im ein- oder zweidimensionalen Untersuchungsverfahren sowie
- Belastungsprüfungen (z. B. Belastungs-EKG, Ergometrie etc.)

eingesetzt werden.

Das EKG muss das "Narbenstadium" (oder wieder einen Normalbefund) oder ein Ruhestadium des Infarktereignisses bei mehreren Kontrollen aufweisen. Elektrokardiographisch und echokardiographisch dürfen keine Hinweise auf eine schwere Aneurysmabildung vorliegen. Auch unter Belastung dürfen keine schwerwiegenden Erregungsbildungs- und Erregungsausbreitungsstörungen auftreten.

Bei Fahrern von Fahrzeugen der Klassen D und bei Fahrern mit der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung in Taxis, Mietwagen und Krankenkraftwagen ist eine Nachuntersuchung nach Ablauf von 6 Monaten erforderlich. Bei Fahrerlaubnisinhabern oder Fahrerlaubnisbewerbern für die übrigen Fahrzeuge der Gruppe 2 ist eine Nachuntersuchung nach Ablauf von einem Jahr erforderlich. Wer einen Herzinfarkt durchgemacht hat, ist bei komplikationslosem Infarkt ohne Herzinsuffizienz und Rhythmusstörungen nach 3 Monaten, sonst nach 6 Monaten wieder in der Lage, den Anforderungen zum Führen eines Kraftfahrzeuges der Gruppe 1 gerecht zu werden, wenn nach dem Ergebnis der internistischen Untersuchung (einschließlich EKG-Untersuchung) keine andere Beurteilung der Sachlage erfolgen muss. Es dürfen vor allem keine gefährlichen und/oder prognostisch bedeutsamen Herzrhythmusstörungen (siehe Kapitel 3.4.1 „Herzrhythmusstörungen“) vorliegen.

Im Übrigen ist die Prognose und damit auch das Eignungsurteil abhängig vom Gesamtzustand, der therapeutischen Beeinflussbarkeit und der Kooperationsbereitschaft des Erkrankten.

Nach einem zweiten Herzinfarkt ist die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 in der Regel nicht mehr gegeben.

Auch zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 ist sie bei Fahrerlaubnisinhabern nur noch dann gegeben, wenn Herzinsuffizienz oder gefährliche Rhythmusstörungen durch klinische Untersuchungen und Verlaufsbeobachtungen sicher ausgeschlossen sind.

Begründung

Die besondere Gefahr nach einem überstandenen Herzinfarkt liegt zum einen darin, dass sich ein solches Ereignis wiederholen kann und dann unter Umständen plötzlich zum Zusammenbruch der Leistungsfähigkeit auch beim Führen eines Kraftfahrzeuges führt, zum anderen darin, dass der Infarkt Schäden am Herzmuskel setzt, die gefährliche Rhythmusstörungen nach sich ziehen, oder darin, dass die Leistungsfähigkeit des Herzens überhaupt erheblich beeinträchtigt wird (Herzinsuffizienz). Alle diese Komplikationen müssen zunächst einmal ausgeschlossen werden, bevor nach einem durchgemachten Herzinfarkt ein sicheres Verhalten bei Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr wieder als gegeben angesehen werden kann. In dieser Hinsicht setzt die Beurteilung des Zustandes voraus, dass man das reaktive Folgestadium nach Infarkt bis zur Heilung bzw. Narbenbildung abwartet, wobei durch eingehende internistische Untersuchungen oder durch ein stationäres Rehabilitationsverfahren die Sachlage geklärt werden kann. Dabei muss unter anderem in besonderen Fällen durch Spezialuntersuchungen auch ausgeschlossen werden, dass die Infarzierung und Narbenbildung zu einem Aneurysma des Herzens geführt hat und eine besondere Gefährdung, einen plötzlichen Herztod zu erleiden, vorliegt.

Bei einem Teil der Patienten mit Herzkranzgefäßerkrankungen stehen anfallsweise auftretende Schmerzen (Angina pectoris) im Vordergrund. Die internistische Beurteilung kann sich im Allgemeinen nach den entsprechenden Kriterien, die für den Herzinfarkt aufgestellt wurden, richten. Dabei sollten aber auch die auslösenden Bedingungen beachtet werden. So können z. B. Anfälle von Angina pectoris, die unter psychischer Anspannung beim Führen eines Kraftfahrzeuges auftreten, gefährlicher sein als Anfälle durch andere Ursachen. In besonderen Fällen sind zur Klärung der Gefährdung Spezialuntersuchungen durchzuführen.

Nach dem Überstehen eines Herzinfarktes ist das Risiko, dass es zu einem neuen Ereignis dieser Art kommt, größer als vorher. Es kommt darauf an, dass man die Risikofaktoren erkennt und behandelt.

3.4.5 Herzleistungsschwäche durch angeborene oder erworbene Herzfehler oder sonstige Ursachen

Leitsätze

Wer in Ruhe unter den Zeichen einer Herzleistungsschwäche leidet, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden.

Wer bei gewöhnlichen Alltagsbelastungen unter den Zeichen einer Herzleistungsschwäche leidet, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 gerecht zu werden.

Er kann als Fahrerlaubnisinhaber zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 bedingt geeignet sein.

Auflagen und Beschränkungen sind vom Gesamtzustand des Erkrankten abhängig zu machen (z. B. regelmäßige ärztliche Überwachung, Nachuntersuchung in bestimmten Fristen, Beschränkung auf einen Fahrzeugtyp, Umkreis- und Tageszeitbeschränkungen etc.).

Wer bei besonderen Belastungen (Treppensteigen, Laufen, Lastentransport etc.) unter den Zeichen einer Herzleistungsschwäche leidet, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 gerecht zu werden.

Auch der Fahrerlaubnisinhaber zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 ist nur bedingt in der Lage, den Anforderungen beim Führen eines Kraftfahrzeuges gerecht zu werden (Auflagen und Beschränkungen siehe Kapitel 2.1 „Grundsätzliche Beurteilungshinweise“).

Die Beurteilung lehnt sich an die entsprechenden Kriterien an, wie sie für den Herzinfarkt aufgestellt wurden.

Ein gesicherter Herzfehler, der auch unter stärkeren körperlichen Belastungen kompensiert bleibt, ist ohne Einfluss auf die Leistung zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen, sofern in Abständen von 2 bis 3 Jahren eine internistisch-kardiologische Nachuntersuchung die Kompensation bestätigt (Ausnahme: Aortenstenose des Schweregrades III und IV sowie solche Personen, bei denen unter Belastung Synkopen aufgetreten sind).

Eine Herzoperation beseitigt insbesondere einen Großteil der angeborenen Herzfehler, so dass der Betreffende als gesund zu bezeichnen ist. Auch bei den erworbenen Herzfehlern mit oder ohne Einsatz von künstlichen Klappen können die Ergebnisse sehr günstig sein, so dass die bedingte Belastungsfähigkeit zum Führen von Kraftfahrzeugen gegeben sein kann.

Begründung

Die besondere Gefahrenlage bei allen schweren Herzerkrankungen ergibt sich durch die stets vorhandene Möglichkeit des plötzlichen körperlichen Leistungszusammenbruchs infolge vorübergehender Mangel durchblutung des Gehirns. Außerdem entstehen bei nachlassender Herzkraft Gefahren durch die allgemeine Niveausenkung der körperlich-geistigen (psychischen) Leistungsfähigkeit.

3.4.6 Periphere Gefäßerkrankungen

Welche Einschränkungen sich für die Leistungen zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen infolge arterieller oder anderer Gefäßerkrankungen ergeben, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab.

Betroffene mit arteriellen Verschlussleiden bei Vorliegen von Ruhebeschwerden oder Gewebsuntergang (Fontaine Stadium III bzw. IV) sind nicht in der Lage, ein Kraftfahrzeug sicher zu führen.

Betroffene mit arteriellen Verschlussleiden bei Vorliegen von gewöhnlichen Alltagsbelastungen sind nicht in der Lage, ein Kraftfahrzeug der Gruppe 2 sicher zu führen. Für Fahrer der Gruppe 1 sind regelmäßige ärztliche Kontrollen und Nachuntersuchungen in der Regel nach einem Jahr notwendig.

Es gibt gefährliche Gefäßerkrankungen oder Anomalien, wie z. B. Aneurysmen oder Dissektionen der Brust- und Bauchschlagader oder der Hirngefäßarterien, die durch eine Ruptur zu plötzlichem Leistungsversagen führen können.

Regelmäßige Nachuntersuchungen in längstens jährlichen Abständen sind zur Risikoabschätzung notwendig.

3.5 Diabetes mellitus

Leitsätze

Gut eingestellte und geschulte Menschen mit Diabetes können Fahrzeuge beider Gruppen sicher führen.

Therapieregime und Fahrzeugnutzung sind bei der Begutachtung zu berücksichtigen.

Die Gefährdung der Verkehrssicherheit geht beim Diabetes mellitus in erster Linie vom Auftreten einer Hypoglykämie mit Kontrollverlust, Verhaltensstörungen oder Bewusstseinsbeeinträchtigungen aus.

Eine ungestörte Hypoglykämiewahrnehmung ist Voraussetzung für die Fahreignung.

Menschen mit Diabetes mit mehr als einer fremdhilfebedürftigen Hypoglykämie im Wachzustand in den letzten 12 Monaten sind in der Regel zum Führen eines Kraftfahrzeugs solange ungeeignet, bis wieder eine hinreichende Stabilität der Stoffwechsellage sowie eine zuverlässige Wahrnehmung von Hypoglykämien sichergestellt ist.

Wer nach einer Stoffwechseldekompensation erstmals oder wer neu eingestellt wird, darf kein Fahrzeug führen, bis die Einstellphase durch Erreichen einer ausgeglichenen Stoffwechsellage (incl. der Normalisierung des Sehvermögens) abgeschlossen ist.

Gruppe 1

Bei Therapie mit Diät, Lebensstilanpassung oder medikamentöser Therapie mit niedrigem Hypoglykämierisiko besteht keine Einschränkung, solange eine ausgeglichene Stoffwechsellage besteht und keine Folgekomplikationen vorliegen. Bei Therapie mit hohem Hypoglykämierisiko ist bei ungestörter Hypoglykämiewahrnehmung nach Einstellung und Schulung das Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 möglich, Stoffwechselfelbstkontrollen werden empfohlen.

Gruppe 2

Für das Führen von Fahrzeugen der Gruppe 2 ist grundsätzlich eine stabile Stoffwechselführung über drei Monate nachzuweisen. Bei Therapie mit Diät und Lebensstilanpassung soll eine fachärztliche Nachbegutachtung durchgeführt werden. Bei Therapie mit oralen Antidiabetika mit niedrigem Hypoglykämierisiko müssen regelmäßige ärztliche Kontrollen gewährleistet sein, eine fachärztliche Nachbegutachtung ist erforderlich. Bei Therapie mit höherem Hypoglykämierisiko (Sulfonylharnstoffe und ihre Analoga, sowie mit hohem Risiko Insulin) ist neben regelmäßigen ärztlichen Kontrollen alle drei Jahre eine fachärztliche Begutachtung erforderlich, bei der Beurteilung der Fahreignung sind Therapieregime, Einstellung und Fahrzeugnutzung zu berücksichtigen.

Geeignete Stoffwechselfelbstkontrollen sind regelmäßig durchzuführen.

Menschen mit Diabetes mit anhaltender Hyperglykämie können häufig stoffwechselbedingt eine Minderung der Aufmerksamkeit und des Konzentrations- und Reaktionsvermögens aufweisen. Die sichere Teilnahme am Straßenverkehr kann dadurch bedingt eingeschränkt oder auch nicht mehr gegeben sein. In diesen Fällen ist eine fachärztliche Einzelfallbeurteilung angezeigt.

Eine gesonderte verkehrsmedizinische Beurteilung erfordern im Zusammenhang mit dem Diabetes mellitus die krankheitsbedingten Komplikationen und relevante

Komorbiditäten, vor allem Erkrankungen der Augen, Nieren, Nerven und Gefäße sowie das Schlaf-Apnoe-Syndrom. Bei einer Retinopathie muss das Sehvermögen regelmäßig überprüft werden. Ihre Beurteilung muss den Beurteilungsgrundsätzen folgen, die für diese Krankheitsgruppen vorgesehen sind.

Soweit aufgrund der Diabeteserkrankung Zweifel an der Fahreignung bestehen, so können diese auf Grundlage einer ärztlichen Begutachtung ausgeräumt werden. Diese Untersuchung soll von einem Facharzt für Innere Medizin und/oder Diabetologen vorgenommen werden und insbesondere auch klären,

- wie viele fremdhilfebedürftigen Hypoglykämien in den vorangegangenen 12 Monaten zu verzeichnen waren,
- ob der Patient Unterzuckerungen erkennt und hierauf adäquat reagieren kann
- ob bzw. in welchem Umfang der Patient Selbstkontrollmessungen vornimmt
- ob der Patient über die besonderen Risiken einer Unterzuckerung im Straßenverkehr aufgeklärt und informiert ist
- ob der Patient seinen Stoffwechselverlauf dokumentiert,
- ob bzw. durch welche Maßnahmen der Patient im Umgang mit seiner Diabetes-Erkrankung hinreichend geschult ist.

Begründung

Die Mehrzahl der Menschen mit Diabetes erfüllt die Anforderungen an das sichere Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen. Die Fahreignung kann jedoch eingeschränkt oder ausgeschlossen sein, wenn durch unzureichende Behandlung, durch Nebenwirkungen der Behandlung oder durch Komplikationen der Erkrankung verkehrsgefährdende Gesundheitsstörungen bestehen oder zu erwarten sind. Diese Menschen mit Diabetes bedürfen der individuellen Beurteilung in der Frage, ob ihre Fähigkeiten den Mindestanforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen entsprechen.

Die Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung sowie das Verantwortungsbewusstsein der Patienten sind wesentliche Grundlagen für die Fahreignung. Der Schulung der Patienten kommt daher besondere Bedeutung zu.

In höherem Maße als bei anderen Krankheitsbildern wird beim Diabetes mellitus die Stoffwechseleinstellung durch Faktoren wie Ernährung, körperliche Aktivität und krankheitsangemessenes Verhalten beeinflusst. Daher sind bei Therapien mit hohem Hypoglykämierisiko bei der Beurteilung der Fahreignung und bei der Anordnung von Auflagen für beide Gruppen auch Therapieregime, Einstellung und Fahrzeugnutzung zu berücksichtigen.

Eine Hypoglykämiewahrnehmungsstörung ist ein schwerwiegendes Problem bezüglich der Fahreignung von Patienten mit Diabetes mellitus. Eine stabile Stoffwechsellage ohne Hypoglykämiewahrnehmungsstörung ist daher grundlegend für die Fahreignung beider Gruppen.

Wiederholte schwere Hypoglykämien im Wachzustand schließen die Fahreignung aus. „Schwere Hypoglykämie“ bedeutet die Notwendigkeit von Hilfe durch eine andere Person. ‚Wiederholte Hypoglykämie‘ bedeutet das zweimalige Auftreten einer schweren Hypoglykämie innerhalb von 12 Monaten.

Die Fahreignung kann bei Hypoglykämiewahrnehmungsstörung in der Regel auf der Grundlage einer fachärztlichen (diabetologischen) Begutachtung durch geeignete

Maßnahmen wie das Hypoglykämiewahrnehmungstraining, Therapieänderungen und vermehrte Blutzuckerselbstkontrollen wieder hergestellt werden.

Nach einer Stoffwechseldekompensation ist eine Einstellung bzw. Neueinstellung erforderlich, um den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Dabei ist die Normalisierung des Sehvermögens ein Indikator für das Erreichen einer ausgeglichenen Stoffwechsellage.

Auch Hyperglykämien mit ausgeprägten Symptomen wie z.B. Schwäche, Übelkeit oder Bewusstseinsbeeinträchtigungen schließen das Führen von Kraftfahrzeugen aus. Geschulte Patienten bemerken das Auftreten einer Hyperglykämie, die sich zudem im Gegensatz zur Hypoglykämie eher langsam entwickelt und durch geeignete Maßnahmen gut zu beherrschen ist.

Bei ungeschulten Menschen mit Diabetes kann die Hyperglykämie längerfristig un bemerkt bleiben, zumal es den Patienten relativ gut geht. Hyperglykämiebedingt kann die für die sichere Teilnahme am Verkehr unabdingbar notwendige Aufmerksamkeit sowie das Konzentrations- und Reaktionsvermögen beeinträchtigt sein, so dass im Einzelfall die Kraftfahreignung eingeschränkt oder auch nicht mehr gegeben sein kann. In diesen Fällen ist eine fachärztliche Einzelfallbeurteilung notwendig.

Therapiebedingtes Hypoglykämierisiko und individuelle Faktoren sind Grundlage für die Beurteilung der Eignung. Als Substanzen mit niedrigem Hypoglykämierisiko können Biguanide, Resorptionshemmer, Insulinsensitizer, DPP-4-Hemmer und GLP 1 Analoga gelten, während Sulfonylharnstoffe, ihre Analoga und Insulin ein höheres bzw. hohes Hypoglykämierisiko bergen. Zur Überwachung der Einstellung sind Stoffwechselfelbstkontrollen insbesondere bei Insulintherapie notwendig. Die Fahrzeugnutzung ist zu berücksichtigen, da innerhalb der Gruppe 2, aber auch bei beruflichen Fahrzeugführern der Gruppe 1 (z.B. Kurierdienste), sowohl die Anforderungen an die Fahrzeugführer (z.B. Ladearbeiten, Termindruck, Arbeits- und Fahrzeiten) als auch das Gefährdungspotenzial durch die Fahrzeugnutzung (z.B. Nutzung im öffentlichen Verkehr oder nur auf dem Betriebsgelände, unterschiedliche Fahrleistung, Personenbeförderung oder Gefahrguttransport) sehr unterschiedlich sein können.

Das verkehrsmedizinische Risiko kann sich im Verlauf der Diabeteserkrankung so schnell ändern, dass die gemäß FeV vorgeschriebenen Befristungen der Fahrerlaubnis für Fahrzeuge der Gruppe 2 unzureichend sind. Fachärztliche Nachbegutachtungen sollten bei Therapien mit höherem und hohem Hypoglykämierisiko daher alle 3 Jahre erfolgen.

Tabellarische Übersicht

| Diagnose | Therapie | Gruppe 1 | Auflagen | Gruppe 2 | Auflagen |
|---|---|---|----------|---|---|
| Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 | diätetisch, Lebensstil | keine Einschränkung | Keine | nach Einstellung (stabile Stoffwechselführung über 3 Monate) | Fachärztliche Nachbegutachtung |
| | Medikamentöse Therapie mit niedrigem Hypoglykämierisiko | keine Einschränkung | Keine | nach Einstellung (stabile Stoffwechselführung über 3 Monate) und Schulung i.d.R. keine Einschränkung | Fachärztliche Nachbegutachtung regelmäßige ärztliche Kontrollen |
| | Medikamentöse Therapie mit hohem Hypoglykämierisiko (Sulfonylharnstoffe, Insulin) | nach Einstellung und Schulung keine Einschränkung bei ungestörter Hypoglykämiewahrnehmung. Stoffwechselführung empfohlen. | Keine | nach Einstellung (stabile Stoffwechselführung über 3 Monate) und Schulung i.d.R. keine Einschränkung bei ungestörter Hypoglykämiewahrnehmung. | Fachärztliche Begutachtung alle 3 Jahre regelmäßige ärztliche Kontrollen Stoffwechselführung sind ggf. zu fordern |
| Nach erstmaliger Stoffwechsellage oder bei neuer Einstellung | | nach Einstellung (stabile Stoffwechselführung) | | nach Einstellung (stabile Stoffwechselführung über 3 Monate) | |
| Gestörte Hypoglykämiewahrnehmung | | nicht geeignet, bis Hypoglykämiewahrnehmung wiederhergestellt | | nicht geeignet, bis Hypoglykämiewahrnehmung wiederhergestellt | |
| Mehr als eine fremdhilfebedürftige Hypoglykämie im Wachzustand in den letzten 12 Monaten | | nicht geeignet, bis Stoffwechsellage stabil und Hypoglykämiewahrnehmung sichergestellt ist | | nicht geeignet, bis Stoffwechsellage stabil und Hypoglykämiewahrnehmung sichergestellt ist | |
| Anhaltende Hyperglykämie | | Nicht geeignet, wenn Konzentration, Reaktion und Aufmerksamkeit beeinträchtigt (ggf. fachärztliche Einzelfallbeurteilung) | | Nicht geeignet, wenn Konzentration, Reaktion und Aufmerksamkeit beeinträchtigt (ggf. fachärztliche Einzelfallbeurteilung) | |
| Spätkomplikationen, Folgeerkrankungen | | siehe entsprechende Kapitel | | siehe entsprechende Kapitel | |

3.6 Nierenerkrankungen

Leitsätze

Wer unter einer schweren Niereninsuffizienz mit erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und beträchtlicher Einschränkung der Leistungsfähigkeit leidet, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden.

Wer unter einer Niereninsuffizienz in ständiger Dialysebehandlung steht, ist in der Regel nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen eines Kraftfahrzeuges der Gruppe 2 gerecht zu werden. Unter besonders günstigen Bedingungen kann nach individueller Begutachtung durch einen auf diesem Gebiet (Nephrologie) besonders erfahrenen Arzt angenommen werden, dass die Voraussetzungen zum Führen eines Kraftfahrzeugs dieser Gruppe noch oder wieder vorliegen. Eine eingehende Begründung ist erforderlich.

Wer wegen einer Niereninsuffizienz in ständiger Dialysebehandlung steht, ist unter besonderen Bedingungen in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 gerecht zu werden, sofern nicht bestimmte Komplikationen und/oder Begleiterkrankungen ein sicheres Verhalten bei Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr einschränken oder ausschließen.

Die Annahme, ein Betroffener könnte sich sicher beim Führen eines Kraftfahrzeuges im Straßenverkehr verhalten, setzt eine entsprechend positive Begutachtung voraus und ist außerdem mit der Bedingung einer ständigen ärztlichen Betreuung und Kontrolle zu verbinden.

Wurde eine erfolgreiche Nierentransplantation vorgenommen und ist damit eine normale oder annähernd normale Nierenfunktion gegeben, so kann angenommen werden, dass ein Betroffener unter besonderen Bedingungen wieder in der Lage ist, Kraftfahrzeuge beider Gruppen zu führen. Zur Bedingung müssen die ständige ärztliche Betreuung und Kontrolle durch einen auf diesem Gebiet (Nephrologie) besonders erfahrenen Arzt sowie die jährliche Nachbegutachtung gemacht werden, in besonders begründeten Fällen eine halbjährliche.

Liegen Komplikationen oder Begleiterkrankungen vor (Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, Sehstörungen etc.), so ist ihre Beurteilung nach den hierfür vorgesehenen Grundsätzen regelmäßig vorzunehmen, insbesondere unter Beachtung der Kombinationen.

Begründung

Die Erfahrung hat gezeigt, dass es einen zuverlässigen blutchemischen Parameter zur Beurteilung einer Einschränkung der erforderlichen Leistungsfähigkeit im Zusammenhang mit chronischen Nierenerkrankungen nicht gibt. Darum wurde die Bindung des Eignungsurteils, z. B. an einen bestimmten Serum-Kreatininwert, aufgegeben.

Die Leistungsfähigkeit des einzelnen Kranken hängt von vielen Faktoren ab, die sich günstig oder auch ungünstig auswirken. Mit der Krankheit selbst können sich Komplikationen oder Begleitkrankheiten, wie z. B. Bluthochdruck, Blutarmut, Sehstörungen, Herzversagen mit und ohne Rhythmusstörungen, Elektrolytentgleisungen, Überwässerungen, Knochen- oder Nervenstörungen und auch medikamentbedingte Störungen der Reaktionsfähigkeit, entwickeln. Die individuelle Verträglichkeit der angewandten Behandlungsverfahren und die psychische Einstellung des Kranken zur Behandlung spielen eine große Rolle für das Leistungsvermögen, das auch vom Alter des Patienten

beeinflusst wird. Bei optimaler Dialysebehandlung und auch bei erfolgreicher Transplantation können die negativen Auswirkungen vermieden oder beseitigt werden.

Liegen also die Verhältnisse im Einzelfall günstig, so ist bei ständiger Dialysebehandlung die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 gegeben, jedoch verlangt die Natur des Leidens, dass regelmäßig behandelt und auch regelmäßig ärztlich kontrolliert wird. Das Interesse der Allgemeinheit an einer verkehrssicheren Teilnahme dieser Patienten fordert außerdem, dass auch die verantwortliche Straßenverkehrsbehörde durch regelmäßige Nachbegutachtung in jährlichem Abstand die notwendigen Kenntnisse als Entscheidungshilfe erhält.

Da Dialysepatienten nach umfassenden ärztlichen Erfahrungen zumindest in ihrer allgemeinen Belastungsfähigkeit reduziert sind, ist die Leistungs- und Belastungsfähigkeit zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 in der Regel ausgeschlossen. Nach individueller Begutachtung durch einen auf diesem Gebiet (Nephrologie) besonders erfahrenen Arzt kann es jedoch in Ausnahmefällen möglich sein, einem Dialysepatienten die Voraussetzung zum Führen von Fahrzeugen zur Fahrgastbeförderung in Taxis, Mietwagen und Krankenkraftwagen sowie von Kleinlastwagen bis 3,5 t im Nahverkehr zuzuerkennen. Für diese Fälle ist aber eine eingehende Begründung für das Abweichen von der Regel erforderlich.

Wurde eine Nierentransplantation vorgenommen, so ist bei guter Funktion des Transplantates der Betroffene in seiner Leistungsfähigkeit nicht mehr wesentlich gemindert, er kann demnach also auch Kraftfahrzeuge der Gruppe 2 führen. Die Leistungs- und Belastungsfähigkeit bleibt aber dennoch nur bedingt gegeben, weil eine ständige ärztliche Betreuung (regelmäßige Überwachung des Transplantates, seiner Funktion und der Arzneimittelbehandlung) vorausgesetzt werden muss. Im Übrigen gelten für die jährliche Nachbegutachtung auch die oben dargelegten Gründe im Zusammenhang mit der Dialysebehandlung.

3.7 Organtransplantationen

Nach Organtransplantationen können sich vor allem Funktionseinschränkungen, Arzneimittelwirkungen und psychoreaktive Störungen der betroffenen Organsysteme auf die Leistungen zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen negativ auswirken. Zu ihrer Beurteilung siehe die entsprechenden Kapitel, zur Nierentransplantation speziell Kapitel 3.6 „Nierenerkrankungen“.

3.8 Lungen- und Bronchialerkrankungen

Rückwirkungen auf die Herz-Kreislauf-Dynamik (siehe Kapitel 3.4.5 „Herzleistungsschwäche durch angeborene oder erworbene Herzfehler oder sonstige Ursachen“) sind durch schwere Erkrankungen der Bronchien und der Lungen zu erwarten, die in fortgeschrittenen Stadien infolge einer Gasaustauschstörung (respiratorische Globalinsuffizienz) sowie durch plötzliche "Hustensynkopen" die Fähigkeit, den gestellten Anforderungen bei Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr gerecht zu werden, aufheben oder doch erheblich einschränken können. Hierzu gehören vor allem: Chronische Bronchitis, Bronchiektasen, Emphysem, Asthma bronchiale, Fibrose (Silikose, Asbestose). Die internistische Beurteilung erfordert Blutgasanalysen sowie die Beachtung der Herzleistung bei dem zumeist vorhandenen chronischen Cor pulmonale. Eine Sonderstellung nimmt der rezidivierende Spontanpneumothorax ein, dessen Auswirkungen auch nur nach einer internistischen Untersuchung zuverlässig beurteilt werden können.

3.9 Krankheiten des Nervensystems

3.9.1 Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Rückenmarks

Leitsätze

Wer unter Erkrankungen oder Folgen von Verletzungen oder Operationen des Rückenmarks leidet, die in relevantem Umfang zu motorischen Behinderungen führen, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 gerecht zu werden.

Eine Ausnahme von dieser Regelung erscheint nur in seltenen Fällen möglich und bedarf der Begründung. Ob die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 gegeben sind, hängt von der Ausprägung der Symptomatik ab.

Auf jeden Fall muss die nervenärztliche/neurologische Untersuchung ergeben, dass eine Kompensation gemäß den "Sicherheitsmaßnahmen bei körperbehinderten Kraftfahrern" für Schäden an den Extremitäten und der Wirbelsäule möglich ist (siehe Kapitel 3.3 „Bewegungsbehinderungen“).

Handelt es sich um fortschreitende Erkrankungen, sind Nachuntersuchungen in angemessenen Zeitabständen vorzusehen.

Begründung

Die Vielfalt der Symptome bei Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks lässt eine Normierung im Einzelnen nicht zu. Entscheidend ist, ob es sich um Erkrankungen handelt, die schwere Ausfallerscheinungen hervorrufen, oder die in langsam fortschreitendem Verlauf zu schweren Störungen führen. Die Empfehlung berücksichtigt, dass es Ausnahmen gibt, z. B. abortive Fälle von Multipler Sklerose oder auch ungewöhnlich gut kompensierte Fälle anderer Krankheits- und Schädigungsfolgen. Im Einzelfall mag darum die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 - unter Umständen auch bedingt - gegeben sein. Zu beachten ist, dass in vielen Fällen dieser Krankheits- oder Geschädigtengruppe die "Sicherheitsmaßnahmen bei körperbehinderten Kraftfahrern" angewandt werden sollten, damit ein Zustand optimaler Bedienungssicherheit erreicht wird.

3.9.2 Erkrankungen der neuromuskulären Peripherie

Leitsätze

Wer

- unter myopathischem Muskelschwund,
- an myasthenischem Syndrom,²
- an myotonischem Syndrom³ oder
- an neuropathischen Schädigungen

leidet, die zu einer relevanten Beeinträchtigung der motorischen Funktionen führen, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 gerecht zu werden.

Die Annahme, dass ein Betroffener den Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 gerecht werde, kann nur im Einzelfall und abhängig vom Ausprägungsgrad der Störungen durch eine nervenärztliche/neurologische Untersuchung nachgewiesen werden.

Für periodische Lähmungen muss der Nachweis geführt werden, dass die Lähmungsanfälle nicht mehr bestehen, oder dass es sich um ein Krankheitsbild mit langsam einsetzenden und damit von den Betroffenen zunächst kontrollierbaren Lähmungsercheinungen handelt.

Bei schweren Formen anderer Erkrankungen der neuromuskulären Peripherie wird im Allgemeinen eine erfolgreiche Behandlung vorauszusetzen sein, bevor die Annahme, dass die Leistungsfähigkeit des Betroffenen zur Anforderungsbewältigung beim Führen eines Kraftfahrzeuges ausreichend sein wird, zu begründen ist. Wird diese Leistungsfähigkeit positiv beurteilt, so sind Nachuntersuchungen in Abständen von 1, 2 und 4 Jahren erforderlich.

Begründung

Bei periodischen Lähmungen ergibt sich eine Gefahrenlage, die, im Hinblick auf die plötzlich auftretende Aktionsunfähigkeit, derjenigen bei Anfallskranken in gewisser Weise vergleichbar ist.

Die funktionellen Myopathien mit episodischen belastungsunabhängigen (paroxysmale Lähmung, episodische Adynamie) und belastungsabhängigen Störungen haben aber vielfältige Bedingungen und sind therapeutisch unterschiedlich beeinflussbar. Jeder Einzelfall muss daher - meist klinisch - untersucht und beurteilt werden. Polyneuropathien sind häufig alkoholtoxischer Genese (siehe Kapitel 3.13 „Alkohol“).

Bei neurogenen Myatrophien und bei dystrophischem Muskelschwund ist die Beurteilung von Verlauf und Ausprägungsgrad des einzelnen Krankheitsfalles abhängig zu machen. Deswegen sind Nachuntersuchungen erforderlich. Die Frage, ob die Leistungsfähigkeit des Betroffenen zur Anforderungsbewältigung beim Führen von Kraft-

² Kraft und Ausmaß wiederholt ausgeführter Bewegungen lassen rasch nach bis zur völligen Bewegungsunfähigkeit, also krankhaft gesteigerte Ermüdbarkeit der Muskulatur, lokalisiert oder generalisiert.

³ Bei oder nach jedem energisch durchgeführten Bewegungsversuch kommt es zu einer Steifigkeit der Muskeln, die eine starke Verlangsamung der verlangten Bewegung (etwa Öffnen und Schließen der Faust) oder der ersten nachfolgenden Bewegungen zur Folge haben. Nach Wiederholung der gleichen Bewegung lösen sich die anfänglichen Spannungen allmählich, und der Bewegungsablauf wird normal.

fahrzeugen der Gruppe 2 ausreichend sein wird, wird sich im Allgemeinen bei diesen Erkrankungen kaum ergeben, da es auch für die Betroffenen selbst evident ist, dass sie den Belastungen, die bei Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr mit diesen Fahrzeugklassen auftreten, nicht gewachsen sind.

3.9.3 Parkinsonsche Krankheit, Parkinsonismus und andere extrapyramidale Erkrankungen einschließlich zerebellarer Syndrome

Leitsätze

Wer unter einer extrapyramidalen (oder zerebellaren) Erkrankung leidet, die zu einer herabgesetzten Leistungs- und Belastungsfähigkeit führt, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 gerecht zu werden. Die Fähigkeit, Kraftfahrzeuge der Gruppe 1 sicher zu führen, ist nur bei erfolgreicher Therapie oder in leichteren Fällen der Erkrankungen gegeben.

Sie setzt die nervenärztliche/neurologische und, je nach den Umständen, psychologische Zusatzbegutachtung voraus.

Nachuntersuchungen in Abständen von 1, 2 und 4 Jahren sind je nach den Befunden, die der Einzelfall bietet, zur Auflage zu machen.

Begründung

Die meisten extrapyramidalen einschließlich der zerebellaren Störungen haben (wenn es sich nicht um frühkindlich erworbene Schädigungssyndrome handelt) einen zeitlich langgestreckten Verlauf. Ist die Symptomatik im Bewegungsbild erkennbar, so ist oft schon die Leistungs- und Belastungsfähigkeit des Erkrankten so weit herabgesetzt, dass ihm das Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 nicht mehr zugemutet werden kann. In vielen Fällen ergeben sich dabei aber noch keineswegs so schwere Leistungseinbußen (wie Verlangsamung, grob störende unwillkürliche Bewegungsimpulse, Desintegration der Motorik), dass Kraftfahrzeuge der Gruppe 1 nicht mehr verkehrssicher gefahren werden könnten. In jedem Falle mit deutlichen extrapyramidalen Syndromen wird die Beurteilung aber zurückhaltend zu erfolgen haben.

Diese Krankheiten können die Beherrschung eines Kraftfahrzeuges zulassen. Aber wenn sich auch die Entwicklung des prozesshaften oder degenerativen Krankheitsgeschehens im Einzelfall einigermaßen vorausberechnen lässt, so liegen die Schwierigkeiten der Beurteilung in der Abschätzung der Belastbarkeit. Werden ihre Grenzen überschritten, so kann es in unvorhergesehenen Situationen zum Zusammenbruch der motorischen Funktionen kommen. Die Beurteilung darf darum auch nicht allein vom Ausprägungsgrad der extrapyramidal-motorischen Symptome abhängig gemacht werden.

Auf jeden Fall setzt die Beurteilung der Voraussetzungen zum sicheren Führen eines Kraftfahrzeuges in diesen Fällen die Untersuchung durch den erfahrenen Neurologen und ggf. eine psychologische Zusatzuntersuchung voraus und bei Fahrerlaubnisinhabern unter Umständen eine praktische Fahrprobe.

Da es sich (ausgenommen Residualsyndrome) um fortschreitende Erkrankungen handelt, kann von Nachuntersuchungen, die wohl zeitlich unterschiedlich lang festgesetzt werden können (abhängig vom Einzelfall), die aber doch regelmäßig erfolgen müssen, nicht abgesehen werden.

Da extrapyramidale Erkrankungen auch mit organischen Psychosyndromen einhergehen können, siehe Kapitel 3.12.2 „Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen“.

3.9.4 Kreislaufabhängige Störungen der Hirntätigkeit

Leitsätze

Wer an den Folgen einer Hirnblutung oder -ischämie leidet, ist bei Vorliegen relevanter neurologischer und/oder neuropsychologischer Ausfälle (z. B. Lähmungen, Aphasien⁴, Gesichtsfeldausfällen) nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden (siehe Kapitel 3.9.6 "Epileptische Anfälle und Epilepsien").

Nach erfolgreicher Therapie kann, abhängig von den besonderen Umständen des Einzelfalles, angenommen werden, dass der Betreffende bedingt wieder in der Lage ist, Kraftfahrzeuge der Gruppe 1 zu führen. Die Beurteilung setzt in der Regel eine stationäre Untersuchung voraus.

Bei Vorliegen transitorisch-ischämischer Attacken, die mit Bewusstseinsstörungen oder relevanten neurologischen Ausfällen einhergehen, ist risikolose Teilnahme am Straßenverkehr nur dann gegeben, wenn nach entsprechender Diagnostik und Therapie keine signifikant erhöhte Rezidivgefahr mehr besteht.

Progressive Hirnleistungsstörungen (auch atrophisierende Prozesse) oder der Verdacht auf solche Krankheiten sowie isolierte zerebrale Leistungsmängel (auch unklarer Ursache) erfordern eine eingehende Untersuchung, damit relevante psychophysische Leistungsschwächen oder psychopathologische Erscheinungen ausgeschlossen werden können.

Begründen die Untersuchungen, dass ein Betroffener trotz Störung umschriebener Leistungen (z. B. Lähmungen) unter besonderen Bedingungen wieder in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug sicher zu führen, so ist nach den "Sicherheitsmaßnahmen bei körperbehinderten Kraftfahrern" (siehe Kapitel 3.3 „Bewegungsbehinderungen“) zu verfahren, bei Schäden am optischen System gemäß Kapitel 3.1 „Sehvermögen“. Nachuntersuchungen bei Annahme, dass ein Betroffener den Anforderungen beim Führen eines Kraftfahrzeuges der Gruppe 1 gerecht werden kann, sind je nach Lage des Falles, im Allgemeinen aber nach 1, 2 und 4 Jahren zur Auflage zu machen.

Begründung

Mit kreislaufabhängigen Störungen der Hirntätigkeit ist eine erhöhte Gefährdung verbunden. Selbst wenn bei intermittierendem Verlauf die Leistungsfähigkeit nicht sofort erheblich beeinträchtigt ist, so besteht doch die Gefahr eines hirnorganischen Zwischenfalles (z. B. transitorische Attacken, Apoplexie) sowie einer Verschlechterung des Grundleidens.

Für die Beurteilung ist daher die Feststellung des Grundleidens wichtig. Darum müssen vor einer Eignungsbeurteilung gesicherte, durch klinische Untersuchungen erhobene Befunde vorliegen. Erst wenn sich ergibt, dass im Einzelfall die allgemeine Prognose des Krankheitsverlaufes und insbesondere der Wiederholungsgefahr als günstig anzusehen ist, kann - sofern nicht transitorische Attacken vorliegen - die Untersuchung auf spezifische Leistungsausfälle durch eine neuropsychologische Überprüfung sinnvoll erscheinen.

⁴ Störung der Sprache bei erhaltener Funktion der zum Sprechen benötigten Muskulatur und der intellektuellen Fähigkeiten.

Sofern relevante neurologische oder neuropsychologische Ausfälle vorliegen, sollte die Beurteilung frühestens nach Abschluss einer adäquaten Rehabilitationsmaßnahme erfolgen. Besteht weiterhin eine erhebliche Rückfallgefahr und/oder sind aufgrund des speziellen Krankheitsbildes (z. B. subkortikale arteriosklerotische Encephalopathie) fortschreitende Verschlechterungen möglich, sind Nachuntersuchungen in Abständen von 1, 2 und 4 Jahren zu empfehlen. Da es sich in jedem Fall von Hirnblutung und Hirndurchblutungsstörungen um ein mit Leistungsausfällen und/oder Rückfallgefahren verbundenes Leiden handelt, können die Belastungen, wie sie beim Führen eines Kraftfahrzeuges der Gruppe 2 entstehen, dem Kranken nicht zugemutet werden.

3.9.5 Zustände nach Hirnverletzungen und Hirnoperationen, angeborene und frühkindlich erworbene Hirnschäden

Leitsätze

Wer eine Schädelhirnverletzung erlitt oder eine Hirnoperation durchmachte, die zu einer Substanzschädigung des Gehirns führte, ist im Allgemeinen für die Dauer von 3 Monaten nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Eine Ausnahme gilt für Schädelhirnverletzungen, wenn durch eine nervenärztliche/neurologische Untersuchung der Nachweis erbracht wird, dass hirnorganische Leistungsstörungen im Sinne des Kapitels 3.12.2 „Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen“ nicht oder nicht mehr feststellbar sind.

Bei Substanzschäden des Gehirns durch Operation oder Trauma und ebenso bei angeborenen oder in der Kindheit erworbenen Hirnschäden (z. B. infantile Zerebralparese) erfolgt die Beurteilung unter Berücksichtigung der Störungen der Motorik nach den "Sicherheitsmaßnahmen bei körperbehinderten Kraftfahrern" (siehe Kapitel 3.3 „Bewegungsbehinderungen“) und nach den Begutachtungsleitlinien für chronische hirnorganische Psychosyndrome und hirnorganische Wesensänderungen (siehe Kapitel 3.12.2 „Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen“).

Besteht Rezidivgefahr nach Operationen von Hirnkrankheiten (z. B. Tumoren) müssen Nachuntersuchungen und Begutachtungen in angemessenen Abständen (1, 2 und 4 Jahre) erfolgen.

Sowohl bei Hirnverletzten als auch bei Zuständen nach Hirnoperationen kann bei nachgewiesener Heilung angenommen werden, dass ein Betroffener den Anforderungen beim Führen eines Kraftfahrzeuges der Gruppe 2 wieder gewachsen ist. Hierzu ist durch eine nervenärztliche/neurologische Untersuchung - mit neuropsychologischer Zusatzuntersuchung - unbedingt der Nachweis zu führen, dass neben Beschwerdefreiheit keine hirnorganischen Leistungsschwächen vorliegen.

Begründung

Sofern die Beurteilung dieser Zustände nach den Begutachtungsleitlinien für chronische hirnorganische Psychosyndrome oder hirnorganische Wesensänderungen erfolgen muss, sei auch für die Begründung auf diese Begutachtungsleitlinien (siehe Kapitel 3.12.2 „Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen“) verwiesen.

Bei einem Schädelhirntrauma, das nach der Analyse der Initialphase zu Hirnsubstanzschäden geführt hat, kann auch eine mehrwöchige klinische Behandlung noch nicht zu vollständiger Restitution solcher Schäden führen. Beschwerdefreiheit des Betroffenen darf ggf. über diese Tatsache nicht hinwegtäuschen. Abgesehen davon, dass sich hinter der subjektiv empfundenen Symptomlosigkeit eine Persönlichkeitsnivellierung (Kritikschwäche) verbergen kann, muss abgewartet werden, welche Komplikationen sich noch einstellen (z. B. subdurales Hämatom, Anfälle, ein organisches Psychosyndrom oder eine organische Wesensänderung). Nur eine eingehende nervenärztliche/neurologische Untersuchung kann unter Berücksichtigung aller Umstände des Schädigungsereignisses und des darauf folgenden Krankheitsablaufes und nach Feststellung völliger Symptommfreiheit im Einzelfall eine Rechtfertigung dafür abgeben, dass die Drei-Monats-Frist nicht abgewartet wird.

Im Allgemeinen sollte mit der Überprüfung der Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen nach schweren Schädelhirntraumen oder nach Hirnoperationen auch eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt werden. In jedem Fall ist eine solche Untersuchung dann erforderlich, wenn es sich um die Feststellung der Fähigkeit handelt, Kraftfahrzeuge der Gruppe 2 sicher zu führen.

3.9.6 Epileptische Anfälle und Epilepsien

Leitsätze

Wer epileptische Anfälle erleidet, ist nicht in der Lage, den Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden, solange ein wesentliches Risiko von Anfallsrezidiven besteht.

Grundsätzlich gilt dies auch für andere anfallsartig auftretende Störungen mit akuter Beeinträchtigung des Bewusstseins, der Motorik oder anderer handlungsrelevanter Funktionen, z.B. für Synkopen oder psychogene Anfälle. Die weiterführende Beurteilung der Fahreignung unterliegt dann anderen Kriterien als denjenigen, die bei epileptischen Anfällen angewendet werden.

Zur Beurteilung der Kraftfahreignung bei Menschen mit epileptischen Anfällen bzw. Epilepsien müssen auch mögliche assoziierte körperliche oder psychische Störungen berücksichtigt werden, falls notwendig auch durch Konsultation weiterer Fachdisziplinen. Besteht eine antiepileptische medikamentöse Behandlung (dies ist nur für Gruppe 1 von praktischer Relevanz), so darf die Fahrtüchtigkeit hierdurch nicht herabgesetzt werden. Dies ist auch bei einem Präparatwechsel oder einem Substanzwechsel zu beachten.

Bei Fahrerlaubnisinhabern beider Führerscheingruppen sind eine fachneurologische Untersuchung sowie fachneurologische Kontrolluntersuchungen in zunächst jährlichen Abständen erforderlich. Im Verlauf (etwa bei einer langjährigen Anfallsfreiheit) kann das Intervall zwischen den Untersuchungen verlängert werden.

Gruppe 1

Erstmaliger Anfall

Nach einem unprovokierten erstmaligen Anfall kann die Kraftfahreignung nach einer anfallsfrei gebliebenen Beobachtungszeit von 6 Monaten wieder bejaht werden, wenn die fachneurologische Abklärung (inkl. EEG und Bildgebung) keine Hinweise auf ein grundsätzlich erhöhtes Anfallsrisiko im Sinne einer beginnenden Epilepsie ergeben hat.

Sofern der Anfall an eine plausible anfallsauslösende Bedingung wie z.B. ausgeprägter Schlafentzug oder akute Erkrankungen (beispielsweise hohes Fieber, prokonvulsiv wirkende Medikamente, akute Erkrankungen des Gehirns oder Stoffwechselstörungen) geknüpft war (sog. provoziertes oder akuter symptomatischer Anfall) und wenn diese Bedingungen nicht mehr gegeben sind, kann die Kraftfahreignung nach einer anfallsfrei gebliebenen Beobachtungszeit von 3 Monaten wieder bejaht werden. Ausdrücklich hingewiesen wird auf die häufige Koinzidenz einer durch Schlafmangel induzierten Manifestation eines ersten Grand Mal bei idiopathischer Disposition zu Epilepsie. Die idiopathische Disposition muss daher auch mittels EEG angemessen ausführlich evaluiert werden, bevor bei fehlendem Hinweis eine nur 3-monatige Fahrpause ausgesprochen wird.

Die minimal 3-monatige Anfallsfreiheit gilt auch bei epileptischen Anfällen, die in der ersten Woche nach einem Schädel-Hirn-Trauma oder einem neurochirurgischen Eingriff – jeweils ohne Hinweise auf eine strukturelle Hirnschädigung – aufgetreten waren. Bei provozierten Anfällen im Rahmen eines schädlichen Gebrauchs oder einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ist eine zusätzliche Begutachtung durch die dafür zuständige Fachdisziplin erforderlich.

Epilepsien

Wird die Diagnose einer Epilepsie gestellt (d.h. nach wiederholten Anfällen) ist eine mindestens 1-jährige Anfallsfreiheit die Voraussetzung für das Erlangen der Kraftfahreignung. Das Elektroenzephalogramm (EEG) muss dabei nicht zwangsläufig frei von epilepsietypischen Potenzialen sein. Bei einjähriger Anfallsfreiheit nach epilepsiechirurgischen Eingriffen sind darüber hinaus mögliche operationsbedingte fahrrelevante Funktionsstörungen zu beachten.

Persistierende Anfälle ohne zwangsläufige Einschränkung der Kraftfahreignung

Die geforderte Anfallsfreiheit als Grundlage der Fahreignung kann entfallen bei:

- ausschließlich an den Schlaf gebundenen Anfällen nach mindestens 3-jähriger Beobachtungszeit (erforderliche Bindung an den Schlaf und nicht notwendigerweise an die Nacht).
- einfach fokalen Anfällen, die ohne Bewusstseinsstörung und ohne motorische, sensorische oder kognitive Behinderung für das Führen eines Kraftfahrzeugs einhergehen und bei denen nach mindestens 1-jähriger Beobachtungszeit keine fahrrelevante Ausdehnung der Anfallssymptomatik und kein Übergang zu komplex-fokalen oder sekundär generalisierten Anfällen erkennbar wurden. Dies muss durch Fremdbeobachtung gesichert sein und darf sich nicht allein auf die Angaben des Patienten stützen.

Anfallsrezidiv bei bestehender Fahreignung

Kommt es nach langjährigem anfallsfreiem Verlauf zu einem „sporadischen“ Anfall (oder mehreren Anfällen innerhalb von 24 Stunden), so kann die Kraftfahreignung schon nach einer Fahrpause von 6 Monaten wieder bejaht werden, sofern die fachneurologische Abklärung keine relevanten Aspekte ergibt, die ein erhöhtes Rezidivrisiko und damit eine Fahrpause von 1 Jahr bedingen. Lassen sich in einer solchen Situation relevante Provokationsfaktoren eruieren, die in Zukunft gemieden oder verhindert werden, so kann die Fahrpause auf 3 Monate verkürzt werden.

Beendigung einer antiepileptischen Therapie

Bei schrittweiser Beendigung einer antiepileptischen Therapie bei einem Menschen, der aktuell fahrgeeignet ist, ist die Kraftfahreignung für die Dauer der Reduzierung des letzten Medikamentes sowie für die ersten 3 Monate ohne medikamentöse Therapie nicht gegeben. Ausnahmen sind in gut begründeten Fällen möglich (z. B. insgesamt wenige Anfälle, Epilepsie-Syndrom mit niedrigem Rezidivrisiko, erfolgreiche epilepsiechirurgische Behandlung).

Gruppe 2

Generell gilt, dass die Fahreignung für die Gruppe 2 nur dann erteilt werden darf, wenn der Betroffene keine Antiepileptika einnimmt.

Erstmaliger Anfall

Nach einem unprovokierten erstmaligen Anfall kann die Kraftfahreignung nach einer anfallsfrei gebliebenen Beobachtungszeit von 2 Jahren wieder bejaht werden, wenn die fachneurologische Abklärung (inkl. EEG und Bildgebung) keine Hinweise auf ein grundsätzlich erhöhtes Anfallsrisiko im Sinne einer beginnenden Epilepsie ergeben hat.

Sofern der Anfall an eine plausible anfallsauslösende Bedingung wie z.B. ausgeprägter Schlafentzug oder akute Erkrankungen (beispielsweise hohes Fieber, prokonvulsiv wirkende Medikamente, akute Erkrankungen des Gehirns oder Stoffwechselstörungen)

geknüpft war (sog. provoziertes oder akuter symptomatischer Anfall) und wenn diese Bedingungen nicht mehr gegeben sind, kann die Kraftfahreignung nach einer anfallsfrei gebliebenen Beobachtungszeit von 6 Monaten wieder bejaht werden. Ausdrücklich hingewiesen wird auf die häufige Koinzidenz einer durch Schlafmangel induzierten Manifestation eines ersten Grand Mal bei idiopathischer Disposition zu Epilepsie. Die idiopathische Disposition muss daher auch mittels EEG angemessen ausführlich evaluiert werden, bevor bei fehlendem Hinweis eine nur 6-monatige Fahrpause ausgesprochen wird.

Die minimal 6-monatige Anfallsfreiheit gilt auch bei epileptischen Anfällen, die in der ersten Woche nach einem Schädel-Hirn-Trauma oder einem neurochirurgischen Eingriff – jeweils ohne Hinweise auf eine morphologische Hirnschädigung – aufgetreten waren. Bei provozierten Anfällen im Rahmen eines schädlichen Gebrauchs oder einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ist eine zusätzliche Begutachtung durch die dafür zuständigen Fachärzte erforderlich.

Epilepsien

Wird die Diagnose einer Epilepsie gestellt (d.h. nach wiederholten Anfällen oder Hinweisen auf ein erhöhtes Rezidivrisiko nach einem ersten Anfall), bleibt die Kraftfahreignung dauerhaft ausgeschlossen. Als Ausnahme gilt eine 5-jährige Anfallsfreiheit ohne antiepileptische Behandlung. Um dies zu beurteilen bedarf es einer fachneurologischen Untersuchung.

Tabellarische Übersicht (zu Einzelheiten s. Text)

| Störung | Gruppe 1 | Gruppe 2 |
|--|---|---|
| Erstmaliger, unprovoked Anfall ohne Anhalt für eine beginnende Epilepsie | Keine Kraftfahreignung für 6 Monate | Keine Kraftfahreignung für 2 Jahre |
| Erstmaliger, provoziertes Anfall mit vermeidbarem Auslöser | Keine Kraftfahreignung für minimal 3 Monate | Keine Kraftfahreignung für minimal 6 Monate |
| Epilepsie | In der Regel keine Kraftfahreignung; Ausnahme: <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1-jährige Anfallsfreiheit (auch mit medikamentöser Therapie) • Keine eignungs ausschließenden Nebenwirkungen der Therapie | In der Regel keine Kraftfahreignung; Ausnahme: <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 5-jährige Anfallsfreiheit ohne medikamentöse Therapie |
| Persistierende Anfälle ohne zwangsläufige Einschränkung der Kraftfahreignung | <ul style="list-style-type: none"> • Ausschließlich an den Schlaf gebundene Anfälle nach mindestens 3-jähriger Beobachtungszeit • Ausschließlich einfache fokale Anfälle ohne Bewusstseinsstörung und ohne motorische, sensorische oder kognitive Behinderung nach mindestens 1-jähriger Beobachtungszeit | Keine Kraftfahreignung |
| Anfallsrezidiv bei bestehender Fahreignung nach langjähriger Anfallsfreiheit | Kraftfahreignung nach 6 Monaten wieder gegeben (falls keine Hinweise auf erhöhtes Wiederholungsrisiko). Bei vermeidbaren Provokationsfaktoren 3 Monate Fahrpause | Keine Kraftfahreignung |
| Beendigung einer antiepileptischen Therapie | Keine Kraftfahreignung für die Dauer der Reduzierung des letzten Medikamentes sowie die ersten 3 Monate ohne Medikation (Ausnahmen in gut begründeten Fällen möglich) | Keine Kraftfahreignung |

Begründung

Epilepsien sind komplexe Erkrankungen des Gehirns mit dem Leitsymptom epileptischer Anfälle. Diese gehen häufig mit Störungen des Bewusstseins und der Motorik einher, treten in aller Regel spontan, plötzlich und unvorhersehbar auf und können willentlich nicht unterdrückt werden. Hierdurch ist der Betroffene nicht mehr in der Lage, jederzeit ein Kraftfahrzeug sicher führen zu können.

Ob eine verkehrsmedizinisch relevante Gefährdung durch eine Epilepsie besteht, ist vor dem Hintergrund der oben ausgeführten Empfehlungen stets im Einzelfall zu klären. Spezifische und neue Erkenntnisse zum Verlauf und der Therapie von Epilepsien sind dabei für die Beurteilung des einzelnen Patienten zu berücksichtigen.

Nach § 2 der Fahrerlaubnisverordnung haben die Kraftfahrer dafür Sorge zu tragen, dass sie andere Verkehrsteilnehmer nicht gefährden, wenn sie sich infolge geistiger oder körperlicher Mängel nicht sicher im Verkehr bewegen können. Der Betroffene ist aufgefordert, den Verlauf seiner Erkrankung zu belegen. Die alleinige Angabe einer anfallsfreien Periode ist nicht per se ausreichend, fachärztliche Kontrolluntersuchungen sollten in angemessener Weise vorliegen, um den Krankheitsverlauf und das Rezidivrisiko fundiert beurteilen zu können.

Zu beachten ist, dass auch die antiepileptische Medikation im Einzelfall negative Einflüsse auf die Fahrtüchtigkeit haben kann.

Die Voraussetzung zum Führen von Fahrzeugen der Gruppe 2 sind strenger aufgrund des höheren Risikos anfallsbedingter Unfälle (längere Lenkzeiten) sowie der möglichen Unfallschwere.

3.10 Störungen des Gleichgewichtssinnes

Leitsätze

Wer unter ständigen, anfallsartigen Störungen des Gleichgewichts leidet, ist nicht in der Lage, ein Kraftfahrzeug beider Gruppen zu führen.

Der Gleichgewichtssinn dient zur Feststellung der Körperhaltung und Orientierung im Raum und hat seinen peripheren Teil im Gleichgewichtsorgan des Innenohrs, seine Zentren im Hirnstamm und im Kleinhirn. Gleichzeitig ist der Gleichgewichtssinn eng mit den Augen und anderen Sinnen über den vestibulookulären Reflex und über vestibulospinale Reflexe verbunden.

Schwindel gehört zu den häufigsten Beschwerdebildern in der Medizin und ist definiert als eine Störung der bewussten räumlichen Orientierung mit und ohne vegetative Begleitsymptomatik. Wer in Ruhe oder bei geringster körperlicher Belastung unter heftigem Schwindel mit/ohne Störungen der Körpergleichgewichtsregulation leidet, ist nicht in der Lage, ein Kraftfahrzeug sicher zu führen. Nur wenn die Prodromalphase bei Schwindelerkrankungen so lang ist, dass ein Fahrzeug angehalten werden kann, kann auch ein Kraftfahrzeug sicher geführt werden.

Eine fachärztliche Beurteilung hinsichtlich der Fahreignung bei Schwindel und Gleichgewichtsstörungen muss stets im Einzelfall erfolgen. Bei Therapien mit Medikamenten, die die Gleichgewichtsfunktion negativ beeinflussen, ist die Fahreignung unter Berücksichtigung der Leitsätze des Kapitels 3.14.2 „Dauerbehandlung mit Arzneimitteln“ zu beurteilen.

Begründung

Störungen des Gleichgewichtssinnes gehen häufig mit Schwindel - also einer Störung der Raumorientierung - einher, können spontan, plötzlich und unvorhersehbar auftreten und willentlich nicht unterdrückt werden. Hierdurch sind die Betroffenen nicht mehr in der Lage, ein Kraftfahrzeug sicher zu führen.

Ob eine verkehrsmedizinisch relevante Gefährdung durch die Störung des Gleichgewichtssinnes besteht, ist stets im Einzelfall zu klären. Spezifische und neue Erkenntnisse zum Verlauf und der Therapie sind dabei für die Beurteilung des einzelnen Patienten zu berücksichtigen.

Nach § 2 der Fahrerlaubnisverordnung haben die Kraftfahrer dafür Sorge zu tragen, dass sie andere Verkehrsteilnehmer nicht gefährden, wenn sie sich infolge geistiger oder körperlicher Mängel nicht sicher im Verkehr bewegen können. Die Betroffenen sind aufgefordert, den Verlauf ihrer Erkrankung zu belegen. Die alleinigen Angaben der Patienten sind nicht per se ausreichend, ärztliche Kontrolluntersuchungen sollten in angemessener Weise vorliegen.

Zu beachten ist, dass auch eine ärztlich angeordnete Medikation negative Einflüsse auf die Fahrtüchtigkeit haben kann.

Die Voraussetzung zum Führen von Fahrzeugen der Gruppe 2 sind strenger aufgrund des höheren Risikos schwindelbedingter Unfälle (längere Lenkzeiten) sowie der möglichen Schwere eines Unfallgeschehens. Auch für einspurige Motorfahrzeuge sind in diesem Fall strengere Beurteilungskriterien heranzuziehen, da das Führen eines einspurigen Kraftfahrzeugs höhere Anforderungen an den Gleichgewichtssinn stellt.

Im Folgenden werden aus Gründen der Übersichtlichkeit die Leitlinien für beide Gruppen unter den einzelnen Krankheitsbildern abgehandelt.

Krankheitsbilder

Die unterschiedlichen Krankheitsbilder mit dem Leitsymptom Schwindel werden in peripher-vestibuläre, zentral-vestibuläre, primär nicht-vestibuläre und psychogene Schwindelformen unterteilt. Für die Beurteilung der Fahreignung ist eine möglichst genaue ätiopathogenetische Zuordnung des Schwindels erforderlich.

1. Peripher-vestibuläre Schwindelformen

Der peripher-vestibuläre Schwindel wird durch Erkrankungen des Vestibularorgans und des Vestibularnerven verursacht.

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS)

Der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel (BPLS) ist eine der häufigsten aller vestibulären Schwindelerkrankungen. Der plötzliche, Sekunden andauernde Drehschwindel wird durch Änderung der Kopfposition ausgelöst. Nach erfolgreicher Behandlung sind keine Attacken mehr provozierbar. Der Betroffene ist während der Akutphase den Anforderungen im Straßenverkehr nicht gewachsen, auf Dauer besteht diese Einschränkung nicht.

Gruppe 1 und 2

Fahrzeugführer mit benignem paroxysmalen Lagerungsschwindel dürfen ein Kraftfahrzeug lediglich nach erfolgreicher Therapie oder Spontanremission führen. Dies ist durch eine Lagerungsprüfung zu überprüfen. Während einer Episode mit provozierbaren Attacken ist die Fahreignung generell nicht gegeben.

Menièrescher Symptomkomplex (syn. Morbus Menière)

Beim Menièreschen Symptomkomplex treten die Drehschwindelattacken spontan und meist ohne Prodromi auf. In einem Teil der Fälle kündigt sich der abrupt einsetzende Drehschwindel durch Prodromi (Hörminderung, Tinnitus, Druckgefühl) an. Der Verlauf einer Menière-Erkrankung ist im Einzelfall nicht vorhersehbar.

Bei anhaltender und/oder progredienter ein- oder beidseitiger Einschränkung des Hörvermögens sind die Leitsätze des Kapitels 3.2 „Hörvermögen“ zusätzlich hinzuzuziehen.

Gruppe 1

Der Menière-Patient der Gruppe 1 kann bei vorhandenen Prodromi den Aufgaben im Straßenverkehr gewachsen sein. Auch wenn der Führerscheininhaber zwischen den Intervallen keine normalen Untersuchungswerte in der vestibulären Funktionsdiagnostik aufweist, kann er erfahrungsgemäß so gut kompensiert sein, dass er unter alltagsüblichen Anforderungen keine körperlichen Einschränkungen aufweist, die seine Fahreignung in Zweifel stellen.

Ein „aktiver M. Menière“ liegt vor, wenn bei einem Patienten mit Menière-Erkrankung eines der folgenden Kriterien vorliegt:

1. fluktuierendes Hörvermögen
2. Völlegefühl des Ohres
3. häufige, spontane Schwindelattacken.

Sollte eines der Kriterien eines „aktiven M. Menière“ zutreffen, ist mit einer erhöhten Anfallswahrscheinlichkeit zu rechnen. In diesem Fall ist die Fahreignung nicht gegeben. In Ausnahmefällen kann jedoch die Fahreignung gegeben sein, wenn über eine Beobachtungszeit von 2 Jahren ausschließlich Attacken auftreten, die durch Prodromi eingeleitet werden und ein sicheres Abbrechen der Fahrtätigkeit erlauben. Eine fachärztliche Untersuchung ist erforderlich.

Bei vollständiger Abwesenheit der Kriterien eines „aktiven M. Menière“ kann eine geringere Anfallswahrscheinlichkeit erwartet werden, so dass die Fahreignung nach einer 2-jährigen Beobachtungszeit gegeben sein kann, die durch fachärztliche Untersuchung zu überprüfen ist.

Die Fahreignung für einspurige Fahrzeuge ist generell nicht gegeben.

Gruppe 2

Für Patienten mit Menière-Erkrankung ist die Fahreignung für die Gruppe 2 generell nicht gegeben. Ausnahmen sind nach 4-jähriger Anfallsfreiheit auf der Basis eines fachärztlichen Gutachtens möglich.

Akute unilaterale Vestibulopathie (syn. Neuritis vestibularis, Neuropathia vestibularis)

Bei der akuten unilateralen Vestibulopathie kommt es zu einer einseitigen Funktionsminderung des Gleichgewichtsorgans mit massiven Schwindelbeschwerden. Die Patienten klagen über einen heftigen, über Tage anhaltenden Drehschwindel, über starke Übelkeit, Erbrechen und Fallneigung zur betroffenen Seite. Die Intensität des Schwindelgefühls wird durch Lageänderungen und durch rasche Bewegungen noch gesteigert. Die Prognose ist günstig. Nach erfolgreicher Kompensation (siehe Punkt 5. „Kompensation“) resultiert in der Regel selbst bei einem bleibenden Ausfall des Vestibularorgans keine Einschränkung der Fahreignung für zweispurige Fahrzeuge. Das Defizit zeigt sich lediglich noch in Form „dynamischer“ Funktionsstörungen bei raschen Kopfbewegungen, hierbei können kurze Verschiebungen des retinalen Abbilds (Sehstörungen) auftreten. Während der akuten Phase und der Phase der Kompensation (in der Regel zwei bis vier Wochen) ist das sichere Führen eines Kraftfahrzeugs nicht möglich.

Gruppe 1

Die Fahreignung ist lediglich nach erfolgreicher Kompensation, nachgewiesen durch eine fachärztliche Untersuchung, gegeben. Die Fahreignung für einspurige Fahrzeuge ist bei einem persistierenden vollständigen Vestibularisausfall nicht gegeben.

Gruppe 2

Die Fahreignung ist lediglich nach erfolgreicher Kompensation, nachgewiesen durch eine fachärztliche Untersuchung, gegeben.

Bilaterale Vestibulopathie

Leitsymptom sind Oszillopsien bei raschen Kopfbewegungen oder beim Gehen (Scheinbewegungen der Umwelt, Visusminderung). Außerdem klagen die Patienten über eine Gangunsicherheit, die vor allem in Dunkelheit oder auf unebenem Grund noch verstärkt wird.

Gruppe 1

In der Regel besteht keine Fahreignung. Im begründeten Einzelfall kann bei guter Kompensation oder lediglich partiellem vestibulären Ausfall die Fahreignung gegeben sein. Die Fahreignung für einspurige Fahrzeuge ist bei vorhandener bilateraler Vestibulopathie grundsätzlich nicht gegeben.

Gruppe 2

Beim Vorliegen einer bilateralen Vestibulopathie ist die Fahreignung für die Gruppe 2 generell nicht gegeben.

Bogengangsfistel/Cholesteatom

Bei der chronischen Otitis media mit Cholesteatom handelt es sich um eine knochenabbauende Entzündung in den Schleimhauträumen des Mittelohres. Häufig ist sie mit einer auffallenden Keimbesiedlung verbunden. Das Cholesteatom kann entweder kongenital oder erworben sein.

Eine Ausbreitung des Cholesteatoms im Mittelohr ist mit einer Knochendestruktion verbunden. So kann auch der Labyrinthblock angegriffen werden. Im fortgeschrittenen Stadium findet man auch eine Fistel im Bereich der Bogengänge. Die Fistelbildung ist mit Alarmsymptomen verbunden. Dazu gehört die Labyrinthitis mit Hörabfall, heftigem Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. Es kann aber auch zur Fazialisparese und zur Hirnhautentzündung kommen.

Gruppe 1 und 2

Bei Bogengangsfistel ist die Fahreignung lediglich nach erfolgreicher Therapie gegeben.

Ohrradikalhöhle

Bei ausgedehntem Cholesteatom kann nur eine operative Ausräumung zur Heilung beitragen. Aus der Vielzahl der Mittelohrräume werden Warzenfortsatzzellen, Paukenhöhle und Gehörgang zu einer großen Höhle vereinigt, der sogenannten Radikalhöhle. Die Höhle hat den Vorteil, dass sie durch den Gehörgang kontrolliert werden kann und dass sich das Cholesteatom nicht mehr versteckt gefährlich ausbreiten kann. Nach der Operation ist die Anatomie verändert, die Bogengänge liegen frei. Dies erhöht die kalorische Reizbarkeit.

Gruppe 1 und 2

Bei provozierbarem Schwindel dürfen Führerscheinebewerber oder -inhaber lediglich mit Auflagen (z.B. Fahren mit Ohrstöpsel) ein Kraftfahrzeug führen. Eine fachärztliche Untersuchung ist erforderlich.

Vestibularisschwannom (syn. Akustikusneurinom)

Das Akustikusneurinom ist in der Regel ein langsam wachsender, gutartiger Tumor, der aus den Schwannschen Zellen des vestibulären Teils des 8. Hirnnerven hervorgeht. Im Vordergrund der Symptomatik steht meistens der langsam zunehmende oder auch der plötzliche Hörverlust. Durch die synchron ablaufenden Kompensationsvor-

gänge kommt es zwar eher selten zu Schwindel und Gleichgewichtsstörungen, sie können aber in ihrer Intensität sehr unterschiedlich ausgeprägt sein.

Gruppe 1 und 2

Die Fahreignung ist nach erfolgreicher Therapie und/oder ausreichender Kompensation gegeben. Eine fachärztliche Untersuchung ist erforderlich, es gelten dann die Leitlinien von „Akute unilaterale Vestibulopathie“ Für einspurige Fahrzeuge ist die Fahreignung grundsätzlich nicht gegeben.

Vestibularisparoxysmie

Die Vestibularisparoxysmie ist charakterisiert durch kurze, Sekunden dauernde, oftmals häufige Attacken eines Dreh- oder Schwankschwindels mit Stand- und Gangunsicherheit. Die Attacken werden teilweise durch bestimmte Kopfpositionen ausgelöst.

Gruppe 1 und 2

Die Fahreignung ist lediglich nach Sistieren der Attacken und/oder erfolgreicher Therapie und einer anfallsfreien Beobachtungszeit von 3 Monaten gegeben.

2. Zentral-vestibuläre Schwindelformen

Zentrale Schwindelformen sind Ausdruck einer akuten oder chronischen Erkrankung des Zentralen Nervensystems. Man unterscheidet klar definierte Erkrankungen mit typischen neuro-ophthalmologischen Befunden (z.B. Downbeat- oder Upbeat-Nystagmus) von Erkrankungen als Teil eines komplexen neurologischen Syndroms mit neurologischer Begleitsymptomatik (z. B. ischämischer/hämorrhagischer Hirninfarkt, Multiple Sklerose, degenerative Kleinhirnerkrankungen, Schädelhirntrauma) sowie episodische Ataxien, vestibuläre Epilepsien und den Migräneschwindel (Synonyma: Vestibuläre Migräne, Basilarismigräne).

Die Beurteilung kann nur im Einzelfall anhand der klinischen und zusatzdiagnostischen (z.B. ophthalmologischen) Befunde entschieden werden. Die Berücksichtigung der Begutachtungsleitlinien zu Krankheiten des Nervensystems sowie der „Sicherheitsmaßnahmen bei körperbehinderten Kraftfahrern“ ist zu beachten.

Zentral-vestibuläre Schwindelformen außer Migräneschwindel

Gruppe 1 und 2

In der Regel ist die Fahreignung nicht gegeben, dies ist im Einzelfall und in Abhängigkeit vom Auftreten (episodisch oder permanent) und von der Grunderkrankung in einer fachärztlichen Untersuchung zu klären.

Migräneschwindel

Der Migräneschwindel ist eine häufige Ursache für spontan rezidivierende Schwindelattacken. Die Schwindelattacken können vor, während oder nach den Kopfschmerzen auftreten und können Stunden (seltener Minuten bis Tage) anhalten. Während einer Attacke ist die Fahreignung nicht gegeben. Der Beginn ist allerdings nur selten abrupt, daher können in der Regel rechtzeitig Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden.

Gruppe 1

Während einer Attacke mit Migräne-Schwindel ist die Fahreignung nicht gegeben, bei Patienten mit Prodromi im Intervall jedoch in der Regel uneingeschränkt. Bei Attacken ohne Prodromi und mit akutem Beginn ist doch erst nach einer mindestens dreijährigen anfallsfreien Beobachtungszeit die Fahreignung gegeben.

Gruppe 2

Bei Attacken mit akutem Beginn ohne Prodromi ist die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen der Klasse 2 nicht gegeben. Bei Attacken, die durch Prodromi eingeleitet werden, kann nach einer mindestens zweijährigen Beobachtungszeit die Fahreignung gegeben sein, wenn sichergestellt ist, dass eine Fahrtätigkeit mit Beginn einer Attacke regelhaft sicher beendet werden kann. Während der Beobachtungszeit ist die Fahreignung nicht gegeben.

3. Nicht-vestibuläre Schwindelformen

Nicht-psychogene Schwindelformen, deren Ursache außerhalb des vestibulären Systems lokalisiert ist.

Okulärer Schwindel

Schwindelformen, die auf einer Störung des visuellen Systems beruhen (z. B. erschwerte Raumorientierung durch Störungen der Fusion, Brillenkorrekturbedürftigkeit, Skotome, Refraktionsanomalien, Paresen etc.).

Gruppe 1 und 2

Siehe Kapitel 3.1 „Sehvermögen“. Eine fachärztliche Begutachtung ist generell erforderlich.

Medikamenteninduzierter Schwindel

Schwindel kann eine Nebenwirkung zentral wirksamer Medikamente wie z. B. Psychopharmaka, Antihypertensiva und Antiarrhythmika sein. Eine Behandlung kann die Leistungs- und Anpassungsfähigkeit im Straßenverkehr einschränken, so dass weder die Fahrtüchtigkeit noch die Fahreignung gegeben sind.

Gruppe 1 und 2

Bei medikamenteninduziertem Schwindel ist die Fahreignung grundlegend nicht gegeben. Ausnahmen sind unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Dauertherapie mit Arzneimitteln möglich.

Halswirbelsäule und Schwindel

Das klinische Bild eines sogenannten zervikogenen Schwindels ist umstritten, da er nicht klar definiert ist und objektiv nicht nachgewiesen werden kann. Anders verhält es sich mit einem vaskulär bedingten HWS-Schwindel, bei dem in einer bestimmten Kopfstellung das vertebrobasiläre Stromgebiet betroffen ist. In diesem Zusammenhang wird ein Schwankschwindel und ein Gefühl der Unsicherheit bis hin zur Synkope beschrieben, wodurch eine Beeinträchtigung der Fahreignung gegeben sein kann.

Gruppe 1 und 2

Bei anhaltendem Schwindel ist die Fahreignung generell nicht gegeben. Eine fachärztliche Einzelfallbeurteilung ist unerlässlich, um eine organische Ursache zu erkennen.

4. Psychogene Schwindelformen

Als häufigste psychogene Schwindelform wird der phobische Schwankschwindel mit subjektiver Stand- und Gangunsicherheit beschrieben. In Abhängigkeit von der zugrunde liegenden psychischen Störung kann eine psychiatrische oder psychosomatische Mitbegutachtung erforderlich sein, was im Einzelfall durch den Gutachter entschieden werden muss; siehe Kapitel 3.12 „Psychische Störungen“.

Gruppe 1

Die Fahreignung ist nicht gegeben, wenn der Schwindel beim Führen eines Kraftfahrzeugs symptomatisch wird. Die Fahreignung kann dann angenommen werden, wenn durch medikamentöse und/oder psychotherapeutische Behandlung die Krankheitsaktivität geringer geworden ist. Dies kann nur im Einzelfall nach einer fachärztlichen Untersuchung beurteilt werden und muss durch regelmäßige fachärztliche Kontrollen belegbar sein; siehe Kapitel 3.12 „Psychische Störungen“.

Gruppe 2

In der Regel ist die Fahreignung nicht gegeben; dies ist im Einzelfall zu beurteilen. Ein psychiatrisches Gutachtens sollte ggf. angefordert werden; siehe Kapitel 3.12 „Psychische Störungen“.

Diagnostik

Für die Diagnose einer vestibulären Erkrankung besitzt die ausführliche Schwindelanamnese eine überragende Bedeutung. Um eine vestibuläre Läsion zu objektivieren, zu dokumentieren und ggf. den Schweregrad abzuschätzen, benötigt man verschiedene klinische und apparative Untersuchungsmethoden. Das wichtigste objektive Zeichen einer vestibulären Störung ist der Nachweis eines pathologischen Spontannystagmus oder eines Provokationsnystagmus. Die klinische Untersuchung erfolgt hierbei mit der Leuchtbrille (Prüfung auf Spontan-, Provokations-, Lage- und Lagerungsnystagmus). Auch die Prüfung der vestibulospinalen Funktionen (Romberg-Stehversuch, Unterberger-Tretversuch, Blindgang), die Prüfung der Hirnnervenfunktionen und der zerebellären Funktionen sind für die Diagnostik unerlässlich.

Tab. Tabellarische Übersicht der wichtigsten Untersuchungsmethoden

| Untersuchungen | Obligate Messtechniken / Methoden | Fakultative Messtechniken / Methoden |
|--|--|--|
| Spontannystagmus | Inspektion, Leuchtbrille | Ophthalmoskop, Elektro- oder Videonystagmographie |
| Provokationsnystagmus | Inspektion, Leuchtbrille, (Kopfschütteln, Lage und Lagerung, Suche nach Fistelzeichen) | |
| Vestibulospinale Reaktion | Romberg, Unterberger und Gehprüfung | Posturographie |
| Vestibulookuläre Reaktion | Kopfimpuls-Test, kalorische Testung | rotatorische Testung |
| Okulomotorik, Optokinetik | Fixation, langsame Blickfolge, Sakkaden, Optokinetische Reizung | |
| Otholithenfunktion | | Subjektive Vertikale, Vestibulär evozierte myogene Potentiale, exzentrische Rotation |
| Hörfunktion | Tonaudiogramm, Weber, Rinne | Weiterführende audiologische Untersuchungen, s. Kapitel 3.2 „Hörvermögen“ |
| Weiterführende interdisziplinäre Diagnostik | neurologische Untersuchung | Ophthalmologische Untersuchung, Bildgebung |

5. Kompensation

Unter Kompensation versteht man den Vorgang des Ersetzens oder Ausgleichens einer eingeschränkten oder verloren gegangenen Organfunktion. Für die vestibuläre Kompensation bedeutet dies klinisch Beschwerdefreiheit trotz pathologischer Befunde (z.B. kalorische Unter- oder Unerregbarkeit einer Seite), kein Spontannystagmus und normale vestibulospinale Reaktionen unter alltäglicher Belastung.

Als klinisch unvollständige Kompensation wird angesehen: anamnestisch noch Schwindelbeschwerden, vestibulärer Spontannystagmus, pathologischer Steh- und Gehtest, asymmetrische Reaktionen in rotatorischen Prüfungen, asymmetrische Reaktionen in optokinetischen Tests und pathologische Abweichungen der subjektiven Vertikalen.

Tab. Übersicht hinsichtlich der Fahreignung für Gruppen 1 und 2 (Erläuterungen siehe Text)

| Peripher-vestibuläre Schwindelformen | | Gruppe 1 | Auflagen Gruppe 1 | Gruppe 2 | Auflagen Gruppe 2 |
|--|--|--|----------------------------|--|----------------------------|
| BPLS | | Geeignet nur nach erfolgreicher Therapie oder Spontanremission | Lagerungsprüfung | Geeignet nur nach erfolgreicher Therapie oder Spontanremission | Lagerungsprüfung |
| Menièrescher Symptomkomplex | Keine Anzeichen für aktive Mèniere-Erkrankung | Geeignet, wenn die Attacken durch Prodromi eingeleitet werden (Beobachtungszeitraum: 2 Jahre). Ohne Prodromi: geeignet nach einer anfallsfreien Beobachtungszeit von 2 Jahren. Keine Fahreignung für einspurige Fahrzeuge. | Fachärztliche Untersuchung | Nur in Ausnahmefällen nach mindestens 4-jähriger Anfallsfreiheit | Fachärztliche Begutachtung |
| | aktive Mèniere-Erkrankung | Nur in Ausnahmefällen geeignet (nach 2-jähriger Beobachtungszeit) Keine Fahreignung für einspurige Fahrzeuge. | Fachärztliche Untersuchung | Keine Fahreignung | |
| Akute unilaterale Vestibulopathie | | Geeignet nur nach erfolgreicher Kompensation. Keine Fahreignung für einspurige Fahrzeuge bei persistierendem Vestibularisausfall | Fachärztliche Untersuchung | Geeignet nur nach erfolgreicher Kompensation | Fachärztliche Untersuchung |
| Bilaterale Vestibulopathie | | In der Regel keine Fahreignung. Im Einzelfall Fahreignung bei guter Kompensation oder bei partiellem Ausfall möglich. Generell keine Fahreignung für einspurige Fahrzeuge. | Fachärztliche Untersuchung | Keine Fahreignung | --- |
| Bogengangsfistel/ Cholesteatom | | Nur nach erfolgreicher Therapie geeignet | --- | Nur nach erfolgreicher Therapie geeignet | |
| Ohrradikalhöhle | | Ggf. geeignet. Bei provozierbarem Schwindel nur mit Auflagen (z.B. Ohrstöpsel) | Fachärztliche Untersuchung | Ggf. geeignet. Bei provozierbarem Schwindel nur mit Auflagen (z.B. Ohrstöpsel) | Fachärztliche Untersuchung |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Vestibularisschwannom (syn. Akustikusneurinom) | Ggf. nach erfolgreicher Therapie/Kompensation geeignet. Keine Fahreignung für einspurige Fahrzeuge | Fachärztliche Untersuchung | Ggf. nach erfolgreicher Therapie/Kompensation geeignet | Fachärztliche Untersuchung |
| Vestibularisparoxysmie | Geeignet nach Sistieren der Attacken und/oder erfolgreicher Therapie | Beobachtungszeit von 3 Monaten | Geeignet nach Sistieren der Attacken und/oder erfolgreicher Therapie | Beobachtungszeit von 3 Monaten |
| Zentral-vestibuläre Schwindelformen | Gruppe 1 | Auflagen Gruppe 1 | Gruppe 2 | Auflagen Gruppe 2 |
| Zentral-vestibuläre Schwindelformen (außer Migräneschwindel) | In der Regel keine Fahreignung | Einzelfallentscheidung und fachärztliche Untersuchung | In der Regel keine Fahreignung | Einzelfallentscheidung und fachärztliche Untersuchung |
| Migräneschwindel | Im Anfall keine Fahreignung. Bei Patienten mit Prodromi im Intervall uneingeschränkt. Bei Attacken ohne Prodromi: nur bei Anfallsfreiheit | 3-jährige anfallsfreie Beobachtungszeit bei Attacken ohne Prodromi | Bei Attacken mit Prodromi nur nach Beobachtungszeit. Bei Attacken ohne Prodromi: Keine Fahreignung. | 2-jährige Beobachtungszeit bei Attacken mit Prodromi |
| Nicht-vestibuläre Schwindelformen | Gruppe 1 | Auflagen Gruppe 1 | Gruppe 2 | Auflagen Gruppe 2 |
| Okulärer Schwindel | Siehe Kapitel 3.1 „Sehvermögen“ | Fachärztliche Begutachtung | Siehe Kapitel 3.1 „Sehvermögen“ | Fachärztliche Begutachtung |
| Medikamenteninduzierter Schwindel | In der Regel keine Fahreignung | Siehe Kapitel 3.14.2 „Dauerbehandlung mit Arzneimitteln“ | In der Regel keine Fahreignung | Siehe Kapitel 3.14.2 „Dauerbehandlung mit Arzneimitteln“ |
| Halswirbelsäule und Schwindel | Bei anhaltendem Schwindel keine Fahreignung | Fachärztliche Einzelfallbeurteilung | Bei anhaltendem Schwindel keine Fahreignung | Fachärztliche Einzelfallbeurteilung |
| Psychogene Schwindelformen | Gruppe 1 | Auflagen Gruppe 1 | Gruppe 2 | Auflagen Gruppe 2 |
| | Keine Fahreignung, wenn der Schwindel beim Führen eines Fahrzeugs symptomatisch wird | Einzelfallbeurteilung. Fachärztliche Untersuchung und regelmäßige fachärztliche Kontrollen. | In der Regel keine Fahreignung | Einzelfallbeurteilung Ggf. psychiatrisches Gutachten |

3.11 Tagesschläfrigkeit

Leitsätze

Wer unter messbarer auffälliger Tagesschläfrigkeit leidet, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen beider Gruppen gerecht zu werden. Eine unbehandelte oder therapieresistente schwere Tagesschläfrigkeit schließt die Fahreignung generell aus.

Als Tagesschläfrigkeit wird eine verminderte Wachheit bzw. eine Reduktion der zentralnervösen Aktivierung bezeichnet. Es bestehen Schwierigkeiten, tagsüber wach und aufmerksam zu bleiben. Kennzeichen einer erhöhten Tagesschläfrigkeit können Aufmerksamkeitsstörungen, ungewolltes Einschlafen, Sekundenschlaf und/oder Einschlafneigung vor allem in monotonen, alltäglichen Anforderungssituationen sein (Monotonieintoleranz).

Anzeichen von Schläfrigkeit werden in der Regel von Betroffenen bewusst wahrgenommen, jedoch nicht immer zutreffend gedeutet. Schläfrigkeitssymptome können besonders bei chronischer Schläfrigkeit unterschätzt werden. Konkrete Einschlafereignisse (sog. Sekundenschlaf bzw. Mikroschlafepisoden) treten im Zustand der Schläfrigkeit auch unvorhergesehen und unbewusst auf.

Mögliche Ursachen für auffällige Tagesschläfrigkeit sind neben Schlafstörungen oder nicht erholsamem Schlaf auch z. B. körperliche Erkrankungen, situative Faktoren und Medikamenteneinnahme. Das Ausmaß der Schläfrigkeit kann im Tagesverlauf erheblich variieren und durch situative Faktoren beeinflusst werden.

Abzugrenzen von der Tagesschläfrigkeit ist die Müdigkeit, die in einem subjektiven Gefühl der Erschöpfung oder Mattigkeit besteht und nicht mit erhöhter Einschlafneigung bei Tage einhergeht. Müdigkeit ohne Tagesschläfrigkeit kommt z.B. bei psychosomatischen Störungen oder organischen Erkrankungen vor. Die nachfolgend beschriebene Diagnostik bezieht sich nur auf die Tagesschläfrigkeit.

Methodik

Die Begutachtung der Fahreignung beinhaltet ein gestuftes Vorgehen. Treten Auffälligkeiten auf einer Stufe auf, können nachfolgende Stufen der Diagnostik folgen.

Stufe 1

An erster Stelle steht die ausführliche Anamnese. Dabei sollte gezielt nach charakteristischen Schläfrigkeitssymptomen gefragt werden, wie beispielsweise:

- Störungen der Aufmerksamkeit, insbesondere in monotonen Situationen (Lesen, Fernsehen, Besprechungen, Autofahrten, ruhiges Sitzen etc.)
- Einschlafen oder Sekundenschlaf in monotonen Situationen
- Ungewolltes oder zwanghaftes Einschlafen auch in sozialen Anforderungssituationen

Die Anamnese wird ergänzt durch standardisierte Fragebögen zur Einschlafneigung in Alltagssituationen, z.B. Epworth Sleepiness Scale (ESS). Bei einem Wert von mindestens 11 von 24 Punkten in der ESS wird von auffälliger Tagesschläfrigkeit ausgegangen. Zusätzlich zu Anamnese und Fragebogenverfahren wird zur besseren diagnostischen Sicherheit ein Messverfahren zur zentralnervösen Aktivierung oder Vigilanz (vgl. Tab.) empfohlen. Wenn sich in dieser Stufe Hinweise auf das Vorliegen einer erhöhten

Tagesschläfrigkeit ergeben, muss eine weitere Abklärung mittels schlafmedizinischer oder somnologischer Qualifikation erfolgen (Stufe 2).

Stufe 2

Ergeben sich Auffälligkeiten in Stufe 1, kommen verschiedene Messverfahren zur Tagesschläfrigkeit und Aufmerksamkeit (s. Tab.) zur Anwendung.

Dabei sollten mehrere Komponenten der Tagesschläfrigkeit aus den Bereichen zentralnervöse Aktivierung und Aufmerksamkeitsfunktionen getestet werden (siehe Bedingungen A, B und C weiter unten). Die Testleistungen sollen in Übereinstimmung zum subjektiven Erleben von Schläfrigkeit des Patienten stehen und/oder sich mit dem vom Gutachter gebildeten klinischen Eindruck des Betroffenen decken. In Einzelfällen kann die klinische Einschätzung des begutachtenden Experten von den experimentell gewonnenen Ergebnissen abweichen.

Die tageszeitliche Abhängigkeit der Untersuchungsergebnisse ist bei der Befundinterpretation zu beachten. Auch deutliche Fluktuationen der Leistungsgüte im Verlauf eines Testverfahrens können auf eine erhöhte Tagesschläfrigkeit hinweisen.

Stufe 3

Wenn nach der Stufe 2 erhebliche Zweifel an der Fahreignung bestehen, aber noch keine endgültige Entscheidung getroffen werden kann, kann die Durchführung einer Fahrprobe bis zur Entwicklung valider Fahrsimulatoren angezeigt sein. Dabei sollten Limitierungen der Fahrprobe, welche eine etwaige Schläfrigkeit verdecken, möglichst streng berücksichtigt werden. Dazu gehören das Verhalten der Gutachter (z.B. Beschränkung der Konversation auf das Nötigste) und die Rahmenbedingungen der Fahrprobe. Wenn möglich, sollte eine Fahrt mit Monotoniebelastung (z. B. Fahrt auf einer wenig befahrenen Autobahn von mind. 30-minütiger Dauer) durchgeführt werden.

Gruppe 1 und 2

Die Fahreignung ist nicht gegeben, wenn Tagesschläfrigkeit und daraus resultierende Einschränkungen in Aufmerksamkeitsfunktionen vorliegen. Dies ist der Fall, wenn:

A: Sich in einem Untersuchungsverfahren zur zentralnervösen Aktivierung oder zur Vigilanz (Tab., Punkt 1 und Punkt 2a) mindestens ein auffälliger Befund findet oder

B: Mindestens 2 der in Tab. unter Punkt 2 benannten Aufmerksamkeitsfunktionen auffällige Befunde zeigen oder

C: Sich bei mindestens 2 Verfahren zur Schläfrigkeit (Punkt 1 Tabelle) oder Aufmerksamkeit (Punkt 2 Tabelle) grenzwertige Befunde bei gleichzeitigem Vorliegen einer positiven klinischen Symptomatik finden.

Tab. Merkmalsbereiche und Anforderungsprofil an Untersuchungsmethoden für arbeits- und verkehrsmedizinische Untersuchungen der Tagesschläfrigkeit

| Komponente | Merkmalsbeschreibung | Verfahren | Messgrößen |
|---|---|---|--|
| 1. Schläfrigkeit / Wachheit | | | |
| 1a: Tonische zentralnervöse Aktivierung | <ul style="list-style-type: none"> Voraussetzung für die Aufmerksamkeitskomponenten Vigilanz, selektive und geteilte Aufmerksamkeit Nicht bewusst beeinflussbar | <ul style="list-style-type: none"> Mehrfach-Wachbleibe Test (MWT) Langzeit-Pupillographie (>10 Minuten) Monotone Reiz-Reaktionsaufgaben * Reaktionszeitmessungen ohne Warnreiz * | <ul style="list-style-type: none"> Einschlaflatenz (mehrmals am Tag gemessen) spontane Schwankungen des Pupillendurchmessers im Dunkeln definierte Anzahl ausgelassener Reaktionen infolge Einschlafens Kognitive und motorische Reaktionszeiten und Fehler-rate |
| 1b: Phasische zentralnervöse Aktivierung | <ul style="list-style-type: none"> Fähigkeit, das tonische Aktivierungsniveau auf einen kritischen Reiz hin zu erhöhen | <ul style="list-style-type: none"> Reaktionszeitmessungen mit Warnreiz * | <ul style="list-style-type: none"> Kognitive und motorische Reaktionszeiten und Fehler-rate. Differenz zwischen Reaktionen mit und ohne Warnreiz |
| 2. Aufmerksamkeit | | | |
| 2a: Vigilanz | <ul style="list-style-type: none"> Fähigkeit über lange Zeiträume und Monotonie auf seltene, zufällig auftretende Reize zu reagieren | <ul style="list-style-type: none"> Monotone Aufgaben geringer Reizdichte, Dauer > 30 Minuten * | <ul style="list-style-type: none"> Ausgelassene Reaktionen, Reaktionszeiten und Fehler-rate |
| 2b: Selektive Aufmerksamkeit | <ul style="list-style-type: none"> Fähigkeit, die Konzentration und Reaktion auf einen bestimmten Reiz aus einer Summe von Reizen aufrecht zu erhalten | <ul style="list-style-type: none"> Aufgaben mit zeitlicher Belastung, die Qualität und Zeit der Reaktion für einen Zielreiz aus einer Variation von verschiedenen Reizen (Distraktoren) sind von Bedeutung | <ul style="list-style-type: none"> Reaktionszeiten und Fehler-rate (Zielreiz) |
| 2c: Geteilte Aufmerksamkeit | <ul style="list-style-type: none"> Fähigkeit zu geteilter und paralleler Informationsverarbeitung Fähigkeit zu automatisierter Verarbeitung | <ul style="list-style-type: none"> Aufgaben mit Beteiligung verschiedener Sinnesmodalitäten bei gleichzeitiger zeitlicher Belastung | <ul style="list-style-type: none"> Reaktionszeiten und Fehler-rate |
| 2d: Daueraufmerksamkeit | <ul style="list-style-type: none"> Fähigkeit über lange Zeiträume auf zufällig auftretende Reize zu reagieren | <ul style="list-style-type: none"> Aufgaben mit hoher Reizdichte und langer Zeitdauer > 30 Minuten * | <ul style="list-style-type: none"> Reaktionszeiten, ausgelassene Reaktionen und Fehler-rate |

* Die zeitgleiche Durchführung eines EEGs zur Erkennung von Simulations- und Dissimulationstendenzen ist empfehlenswert

Bei erfolgreich behandelter Tagesschläfrigkeit, welche durch erneute Begutachtung dokumentiert werden muss, besteht die Fahreignung wieder. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sind gemäß den Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaft durchzuführen.

Bedingte Fahreignung unter Auflagen kann unter der Voraussetzung möglich sein, dass die Betroffenen ihre Schläfrigkeit bewusst wahrnehmen und einen verantwortungsvollen Umgang mit der Tagesschläfrigkeit im Straßenverkehr zeigen. Die Auflagen können eine Begrenzung der Fahrstrecke, der Fahrzeit, regelmäßige Medikamenteneinnahmen und das Verbot für monotone Fahrbedingungen, wie z.B. Autobahnfahrten, umfassen.

Keine bedingte Fahreignung besteht in solchen Fällen, in denen Schläfrigkeit nicht realistisch eingeschätzt werden kann und die Betroffenen keinen verantwortungsvollen Umgang mit Schläfrigkeit im Straßenverkehr aufweisen.

Die besonderen Anforderungen und Risiken sowie die Rahmenbedingungen der Tätigkeit für die Gruppe 2 sind bei der Begutachtung zu berücksichtigen.

Begründung

Tagesschläfrigkeit stellt ein hohes Unfallrisiko dar. Einschlafereignisse können dabei spontan, plötzlich und mit geringer Vorhersagbarkeit auftreten und lassen sich oft willentlich nicht unterdrücken. Hierdurch ist der Betroffene nicht mehr in der Lage, jederzeit ein Kraftfahrzeug sicher führen zu können. Auch eine durch Schläfrigkeit bedingte Beeinträchtigung der Vigilanz oder Daueraufmerksamkeit und der allgemeinen Reaktionsbereitschaft gefährdet die Fahrsicherheit.

Ob eine verkehrsmedizinisch relevante Gefährdung durch Tagesschläfrigkeit besteht, ist vor dem Hintergrund der oben ausgeführten Empfehlungen stets im Einzelfall zu klären. Von wesentlicher Bedeutung bei der Begutachtung ist, ob der Betroffene seine Schläfrigkeit realistisch einschätzen kann (aus gutachterlicher Sicht unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Diagnostik) und damit angemessen umgeht. Patienten mit chronischer Tagesschläfrigkeit, die ihre Schläfrigkeitsanzeichen zuverlässig erkennen und die ihre Schläfrigkeit durch geeignete Gegenmaßnahmen (z.B. geplanter Kurzschlaf) kompensieren, können somit unter Umständen in den Lage sein, ein Kraftfahrzeug sicher zu führen. Ferner sind bei der Beurteilung der Testergebnisse Kompensationsmöglichkeiten zu berücksichtigen. Auffällige Testleistungen in einem ersten Testverfahren (z.B. Probleme aufgrund motorischer Fertigkeiten) können möglicherweise in einem zweiten Testverfahren, das den gleichen Merkmalsbereich misst, jedoch andere motorische Fähigkeiten beansprucht, ausgeglichen werden.

Bei krankheitsbedingter Schlafstörung ist der Behandlungserfolg im Sinne der Leitsätze zu belegen.

Zu beachten ist, dass auch eine Medikation mit sedierender (Neben-) Wirkung Tagesschläfrigkeit verursachen kann.

3.12 Psychische Störungen

Unter psychischen Störungen werden im Folgenden alle geistig-seelischen Störungen verstanden.

3.12.1 Organisch-psychische Störungen

Leitsätze

Wer unter einer der folgenden organischen Psychosen akut leidet:

- Delir (Verwirrtheitszustand),
- amnestisches Syndrom (Korsakow Syndrom),
- Dämmerzustand,
- organische Psychose mit paranoider, manischer oder depressiver Symptomatik

ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden.

Nach Abklingen einer organischen Psychose ist die Fähigkeit zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen im Wesentlichen von Art und Prognose des Grundleidens abhängig. Wenn das Grundleiden eine positive Beurteilung zulässt, kann diese Fähigkeit wieder angenommen werden, wenn keine Restsymptome der Psychose mehr nachweisbar sind und kein relevantes chronisch-hirnorganisches Psychosyndrom vorliegt (siehe Kapitel 3.12.2 „Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen“).

In der Regel - bei organischer Psychose unklarer Ursache in jedem Fall - sind Nachuntersuchungen in bestimmten vom Gutachter festzulegenden Abständen erforderlich.

Nach einmaligem schädigenden Ereignis und kurzer Krankheitsdauer kann von einer Nachuntersuchung abgesehen werden.

Begründung

Bei organischen Psychosen handelt es sich oft um schwere und in ihrem Verlauf kaum absehbare Krankheitszustände des Gehirns, die im Allgemeinen mit Bewusstseinsstörungen einhergehen oder doch dem Bilde schwerer allgemeiner krankhafter psychischer Veränderungen entsprechen. Sie schließen ebenso wie ihre Prodromalerscheinungen das sichere Führen von Kraftfahrzeugen aus.

In Abhängigkeit vom Grundleiden kann die Gefahr einer Wiedererkrankung bestehen. Nach einmaliger Schädigung kommt es für die Beurteilung darauf an, ob die Schädigung Resterscheinungen, d. h. Beeinträchtigungen der hirnrorganischen Leistungsfähigkeit, hinterließ.

3.12.2 Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen

Leitsätze

Die Beurteilung, ob die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 vorliegen, muss von der Art und Schwere eines hirnrorganischen Psychosyndroms bzw. einer hirnrorganischen Wesensänderung abhängig gemacht werden. So kann eine leichte hirnrorganische Wesensänderung die Voraussetzungen für die Fahrerlaubnisgruppe 1 unter Umständen unberührt lassen. Schwere Störungen schließen jedoch die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen auch dieser Gruppe aus.

Den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 können Betroffene mit einer Demenz und/oder organischem Psychosyndrom in der Regel - d. h. von seltenen Ausnahmen abgesehen - nicht gerecht werden.

Solche Ausnahmen können nur bei geringfügigen Einschränkungen der psychischen Leistungsfähigkeit und/oder bei sehr leichten, ihrer Art nach für das Führen eines Kraftfahrzeuges der Gruppe 2 bedeutungslosen Wesensänderungen als gerechtfertigt angesehen werden.

Im Einzelfall ist für Gruppe 1 und Gruppe 2 durch einen Facharzt für Psychiatrie und nach dessen Empfehlung evtl. durch eine neuropsychologische Zusatzuntersuchung zu prüfen, ob und in welchem Grade die geistigen Fähigkeiten beeinträchtigt sind.

Nachuntersuchungen sind (auch bei positiver Beurteilung) im Hinblick auf eine mögliche Verschlechterung vorzusehen, außer der Zustand ist erwiesenermaßen stabil (z. B. leichte posttraumatisch bedingte psychische Störungen).

Begründung

Im Anschluss an eine organische Psychose oder aber primär kann ein organisches Psychosyndrom auftreten. Dabei handelt es sich um Folgen von Hirnschäden bzw. -funktionsstörungen, insbesondere um Verlangsamung, Verarmung der Psychomotorik (Mimik, Gestik, Gang), Antriebsminderung, Mangel an Initiative und Spontaneität, Merkstörung und andere Gedächtnisstörungen, weitere kognitive Beeinträchtigungen, depressive oder euphorische Gemüthsstimmung.

Schwere Ausprägungsgrade nannte man bisher Demenz, heute werden alle hirnrorganischen Psychosyndrome so genannt. Früher unterschied man zwischen organischer Leistungsminderung und organischer Wesensänderung (Persönlichkeitsveränderung), jedoch ist eine scharfe Grenzziehung nicht möglich und auch nicht relevant für die Beurteilung der Leistungen beim Führen eines Kraftfahrzeugs. Die Schweregrade und Ausprägungen einzelner Symptome sind sehr unterschiedlich. Meist ist der Verlauf chronisch, zum Teil fortschreitend, zum Teil auch reversibel.

Es gibt leichte hirnrorganische Psychosyndrome, die sich auf die Leistungen beim Führen eines Kraftfahrzeuges (und auch im Übrigen auf die Lebensbewältigung) kaum auswirken. Schwere organische Psychosyndrome schließen jedoch die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen aus.

3.12.3 Altersdemenz und Persönlichkeitsveränderungen durch pathologische Alterungsprozesse

Leitsätze

Wer unter einer ausgeprägten senilen oder präsenilen Demenz oder unter einer schweren altersbedingten Persönlichkeitsveränderung leidet, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden.

Begründung

Der motorisierte Straßenverkehr stellt an die menschliche Leistungs- und Belastungsfähigkeit besonders hohe Anforderungen: Es kann darum durch die nachlassende organisch-psychische Leistungsfähigkeit des Menschen im höheren Lebensalter zunehmend zu Anpassungsschwierigkeiten kommen. Die Ursachen hierfür sind im allgemeinen Leistungsrückgang zu sehen. Er hat stets eine organische Grundlage, und er ist in schwerer Ausprägung krankhaft (insbesondere Alzheimer-Demenz, andere Hirnatrophien, Multiinfarkt-Demenz bei Arteriosklerose). Die Gefahren ergeben sich aus mangelnden sensorischen Leistungen oder erheblichen Reaktionsleistungsschwächen, so dass es zu Situationsverkennungen und Fehlreaktionen kommen kann. Verbinden sich mit solchen Schwächen Persönlichkeitsveränderungen, wie erheblicher Mangel an Einsicht und Kritik, dann entsteht die besonders gefahrenträchtige Kombination von Leistungsschwächen und falscher Einschätzung des eigenen Leistungsvermögens.

Die Beurteilung eines älteren Fahrerlaubnisinhabers oder Fahrerlaubnisbewerbers muss allerdings berücksichtigen, dass gewisse Leistungsminderungen bei allen Menschen im höheren Lebensalter zu erwarten sind. Es müssen also ausgeprägte Leistungsmängel und schwere Persönlichkeitsveränderungen im Einzelfall nachgewiesen werden. Dabei kann die Beurteilung der Befunde in Grenzfällen bei älteren Fahrerlaubnisinhabern anders erfolgen als bei älteren Fahrerlaubnisbewerbern. So kann bei älteren Fahrerlaubnisinhabern - wenn sie die Fahrerlaubnis schon in jüngeren Jahren erworben haben - damit gerechnet werden, dass Verkehrserfahrungen und gewohnheitsmäßig geprägte Bedienungshandlungen (Automationen) zur Beherrschung des Fahrzeugs geringere Leistungsdefizite ausgleichen. In Zweifelsfällen kann eine praktische Fahrprobe bei älteren Fahrerlaubnisinhabern zur Klärung der Sachlage beitragen.

3.12.4 Affektive Psychosen

Leitsätze

Gruppe 1

Bei jeder sehr schweren Depression, die z. B. mit

- depressiv-wahnhaften,
- depressiv-stuporösen Symptomen oder mit
- akuter Suizidalität

einhergeht, und bei allen manischen Phasen sind die für das Kraftfahren notwendigen psychischen Fähigkeiten so erheblich herabgesetzt, dass ein ernsthaftes Risiko des verkehrswidrigen Verhaltens besteht. Nach Abklingen der manischen Phase und wenn die relevanten Symptome einer sehr schweren Depression nicht mehr vorhanden sind und - ggf. unter regelmäßig kontrollierter medikamentöser Prävention - mit ihrem Wiederauftreten nicht mehr gerechnet werden muss, ist in der Regel von einem angepassten Verhalten bei Teilnahme am Straßenverkehr mit einem Kraftfahrzeug auszugehen. Auswirkungen der antidepressiven Pharmakotherapie sind zu berücksichtigen, insbesondere in den ersten Tagen nach rascher Dosissteigerung.

Wenn mehrere manische oder sehr schwere depressive Phasen mit kurzen Intervallen eingetreten waren und deshalb der weitere Verlauf nicht absehbar ist (besonders wenn keine Phasenprophylaxe erfolgt), ist nicht von einem angepassten Verhalten bei Teilnahme am Straßenverkehr mit einem Kraftfahrzeug auszugehen, auch wenn z. Zt. keine Störungen nachweisbar sind.

Ein angepasstes Verhalten kann nur dann wieder angenommen werden, wenn - ggf. durch eine medikamentöse Prävention - die Krankheitsaktivität geringer geworden ist und mit einer Verlaufsform in der vorangegangenen Schwere nicht mehr gerechnet werden muss. Dies muss durch regelmäßige psychiatrische Kontrollen belegbar sein.

Die Begutachtungen können nur durch einen Facharzt für Psychiatrie erfolgen.

Gruppe 2

Für Fahrer der Gruppe 2 ist Symptommfreiheit zu fordern. Nach mehreren depressiven oder manischen Phasen ist in der Regel nicht von einem angepassten Verhalten bei Teilnahme am Straßenverkehr mit einem Kraftfahrzeug auszugehen.

Begründung

Affektive Psychosen verlaufen in abgesetzten, depressiven (melancholischen) oder/und manischen Phasen, in denen emotionale Funktionen, nicht aber Intelligenzfunktionen gestört sind. Hierdurch wird im Falle depressiver Erkrankungen die Anpassungs- und Leistungsfähigkeit beim Führen eines Kraftfahrzeuges nicht beeinträchtigt, außer in den oben genannten sehr schweren depressiven Phasen. In manischen Phasen ist jedoch auch bei geringer Symptomausprägung mit Beeinträchtigungen der Anpassungs- und Leistungsfähigkeit zu rechnen.

Krankheitsbild und Verlauf der affektiven Psychosen wurden in den letzten Jahren durch Fortschritte der Therapie und Prävention verändert. Durch die antidepressive Behandlung, insbesondere mit antidepressiven Pharmaka, wird die depressive (melancholische) Symptomatik wesentlich reduziert, und zum Teil wird die Zeitdauer der Pha-

se abgekürzt. Zudem können durch eine medikamentöse Prävention (prophylaktische Langzeitbehandlung mit Lithium-Salzen oder Carbamazepin) Wiedererkrankungen depressiver und manischer Art in der Mehrzahl verhindert werden. Bei dieser Prophylaxe werden regelmäßig (zumindest vierteljährliche) psychiatrische Beratungen (einschließlich Blutspiegelbestimmungen) durchgeführt. Hierdurch werden auch die Möglichkeiten der Frühdiagnose eventueller Wiedererkrankungen wesentlich verbessert, was im Hinblick auf die sozialen Belange und auch ggf. auf die Kontrolle bei Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr nützlich ist.

3.12.5 Schizophrene Psychosen

Leitsätze

Die Voraussetzung zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen ist in akuten Stadien schizophrener Episoden nicht gegeben.

Gruppe 1

Nach abgelaufener akuter Psychose kann die Voraussetzung zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 in der Regel wieder gegeben sein, wenn keine Störungen (z. B. Wahn, Halluzination, schwere kognitive Störung) mehr nachweisbar sind, die das Realitätsurteil erheblich beeinträchtigen. Bei der Behandlung mit Psychopharmaka sind einerseits deren stabilisierende Wirkung, andererseits die mögliche Beeinträchtigung psychischer Funktionen zu beachten. Langzeitbehandlung schließt die positive Beurteilung nicht aus (siehe Kapitel 3.14 „Betäubungsmittel und Arzneimittel“); in manchen Fällen ist die Langzeitbehandlung hierfür die Voraussetzung, wobei diese Behandlung durch Bescheinigungen des behandelnden Facharztes für Psychiatrie dokumentiert werden sollte.

Wenn mehrere psychotische Episoden aufgetreten sind (sog. wellenförmiger Verlauf), sind im Hinblick auf mögliche Wiedererkrankungen die Untersuchungen durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in festzulegenden Abständen zu wiederholen.

Gruppe 2

Nach einer schizophrenen Erkrankung bleiben für Fahrer der Gruppe 2 die Voraussetzungen zum sicheren Führen eines Kraftfahrzeuges in der Regel - abgesehen von besonders günstigen Umständen - ausgeschlossen.

Begründung

Unter Schizophrenien fasst man eine Gruppe von Psychosen mit unterschiedlichem Schweregrad, verschiedenartigen Syndromen und uneinheitlichen Verläufen zusammen. Gemeinsam ist den Schizophrenien, dass alle psychischen Funktionen beeinträchtigt sein können (nicht nur das Denken), dass die Ich-Funktion (die psychische Einheit) in besonderer Weise gestört (Desintegration) und die Realitätsbeziehungen beeinträchtigt sein können.

Im Verlauf treten akute Erkrankungen auf, auch wiederholt. Diese psychotischen Episoden können entweder ausheilen oder in Teilremissionen (sog. soziale Remissionen) bzw. in Residualzustände (Persönlichkeitsveränderungen) übergehen.

Schwere psychotische Krankheitserscheinungen können das Realitätsurteil eines Menschen in so erheblichem Ausmaß beeinträchtigen, dass selbst die Einschätzung normaler Verkehrssituationen gestört wird. Schwere psychotische Körpermissempfindungen können die Aufmerksamkeit absorbieren und die Leistungsfähigkeit senken. Antriebs- und Konzentrationsstörungen können den situationsgerechten Einsatz der psycho-physischen Leistungsfähigkeit mindern. Derartige psychotische Krankheitserscheinungen können also zu Fehlleistungen führen und die allgemeine Leistungsfähigkeit unter das notwendige Maß herabsetzen. In jedem Einzelfall muss - auch abhängig vom Krankheitsstadium - die Bedeutung aller einzelnen Symptome für die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beurteilt werden.

3.13 Alkohol

3.13.1 Missbrauch⁵

Leitsätze

Bei Alkoholmissbrauch sind die Voraussetzungen, die an den Führer eines Kraftfahrzeugs im Straßenverkehr gestellt werden, nicht erfüllt.

Missbrauch liegt vor, wenn ein Bewerber oder Inhaber einer Fahrerlaubnis das Führen eines Kraftfahrzeuges und einen die Fahrsicherheit beeinträchtigenden Alkoholkonsum nicht hinreichend sicher trennen kann, ohne bereits alkoholabhängig zu sein. In einem solchen Falle ist der Betroffene nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen zu entsprechen.

Von Missbrauch ist insbesondere in folgenden Fällen auszugehen:

- in jedem Fall (ohne Berücksichtigung der Höhe der Blutalkoholkonzentration), wenn wiederholt ein Fahrzeug unter unzulässig hoher Alkoholwirkung geführt wurde,
- nach einmaliger Fahrt unter hoher Alkoholkonzentration (ohne weitere Anzeichen einer Alkoholwirkung),
- wenn aktenkundig belegt ist, dass es bei dem Betroffenen in der Vergangenheit im Zusammenhang mit der Verkehrsteilnahme zu einem Verlust der Kontrolle des Alkoholkonsums gekommen ist.

War die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen nicht gegeben, so kann sie nur dann als wiederhergestellt gelten, d. h. es muss nicht mehr mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit mit einer Fahrt unter Alkoholeinfluss gerechnet werden, wenn die folgenden Voraussetzungen gegeben sind:

- a) Das Alkoholtrinkverhalten wurde ausreichend geändert. Das ist der Fall,
 - wenn Alkohol nur noch kontrolliert getrunken wird, so dass Trinken und Fahren zuverlässig getrennt werden können, oder
 - wenn Alkoholabstinenz eingehalten wird. Diese ist zu fordern, wenn aufgrund der Lerngeschichte anzunehmen ist, dass sich ein konsequenter kontrollierter Umgang mit alkoholischen Getränken nicht erreichen lässt.
- b) Die vollzogene Änderung im Umgang mit Alkohol ist stabil und motivational gefestigt. Das ist anzunehmen, wenn folgende Feststellungen getroffen werden können:
 - Die Änderung erfolgte aus einem angemessenen Problembewusstsein heraus; das bedeutet auch, dass ein angemessenes Wissen zum Bereich des Alkoholtrinkens und Fahrens nachgewiesen werden muss, wenn das Änderungsziel kontrollierter Alkoholkonsum ist.
 - Die Änderung ist nach genügend langer Erprobung und der Erfahrungsbildung (in der Regel ein Jahr, mindestens jedoch 6 Monate) bereits in das Gesamtverhalten integriert.
 - Die mit der Verhaltensänderung erzielten Wirkungen werden positiv erlebt.
 - Der Änderungsprozess kann nachvollziehbar aufgezeigt werden.

⁵ lt. ICD-10 Schädlicher Gebrauch

- Eine den Alkoholmissbrauch eventuell bedingende Persönlichkeitsproblematik wurde erkannt und entscheidend korrigiert.
 - Neben den inneren stehen auch die äußeren Bedingungen (Lebensverhältnisse, berufliche Situation, soziales Umfeld) einer Stabilisierung des geänderten Verhaltens nicht entgegen.
- c) Es lassen sich keine körperlichen Befunde erheben, die auf missbräuchlichen Alkoholkonsum hindeuten. Wenn Alkoholabstinenz zu fordern ist, dürfen keine körperlichen Befunde vorliegen, die zu einem völligen Alkoholverzicht im Widerspruch stehen.
- d) Verkehrsrelevante Leistungs- oder Funktionsbeeinträchtigungen als Folgen früheren Alkoholmissbrauchs fehlen. Zur Bewertung der Leistungsmöglichkeiten wird auf die Kapitel 2.5 „Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit“ und 3.15 „Intellektuelle Leistungseinschränkungen“ verwiesen.
- e) Bei Alkoholmissbrauch eines Kranken mit organischer Persönlichkeitsveränderung (infolge Alkohols oder bei anderer Verursachung) ist das Kapitel 3.12.2 „Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen“ zu berücksichtigen. Bei Alkoholmissbrauch eines Kranken mit affektiver oder schizophrener Psychose sind zugleich die Kapitel 3.12.4 „Affektive Psychosen“ und 3.12.5 „Schizophrene Psychosen“ zu berücksichtigen.
- f) Nach Begutachtung in einer amtlich anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung wird die Wiederherstellung der Fahreignung angenommen, wenn sich die noch feststellbaren Defizite durch einen anerkannten und evaluierten Rehabilitationskurs für alkoholauffällige Kraftfahrer beseitigen lassen.

Die Wiederherstellung der Fahreignung durch einen dieser evaluierten Rehabilitationskurse ist angezeigt, wenn die Gutachter eine stabile Kontrolle über das Alkoholtrinkverhalten für so weitgehend erreichbar halten, dass dann die genannten Voraussetzungen erfüllt werden können. Sie kommt, soweit die intellektuellen und kommunikativen Voraussetzungen gegeben sind, in Betracht,

- wenn eine erforderliche Verhaltensänderung bereits vollzogen wurde, aber noch der Systematisierung und Stabilisierung bedarf oder
- wenn eine erforderliche Verhaltensänderung erst eingeleitet wurde bzw. nur fragmentarisch zustande gekommen ist, aber noch unterstützend begleitet, systematisiert und stabilisiert werden muss oder auch,
- wenn eine erforderliche Verhaltensänderung noch nicht wirksam in Angriff genommen worden ist, aber aufgrund der Befundlage, insbesondere aufgrund der gezeigten Einsicht in die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung sowie der Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstkritik und Selbstkontrolle, erreichbar erscheint.

Die Fähigkeit, ein Fahrzeug sicher zu führen, gilt dann als wiederhergestellt, wenn das vertragsgerechte Absolvieren des Kurses durch eine Teilnahmebescheinigung nachgewiesen wird.

Die besonderen Anforderungen und Risiken für Fahrer der Gruppe 2 sind insbesondere gemäß Anlage 5 zur FeV zu berücksichtigen.

Hinter dem Missbrauch kann sich Abhängigkeit verbergen (siehe folgenden Abschnitt).

Begründung

siehe Kapitel 3.13.2

3.13.2 Abhängigkeit

Leitsätze

Wer vom Alkohol abhängig ist, kann kein Kraftfahrzeug führen. Diagnostische Leitlinien der Alkoholabhängigkeit nach ICD 10⁶ sind:

"Die sichere Diagnose «Abhängigkeit» sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist."

War die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen wegen Abhängigkeit nicht gegeben, so kann sie nur dann wieder als gegeben angesehen werden, wenn durch Tatsachen der Nachweis geführt wird, dass dauerhafte Abstinenz besteht⁷.

Als Tatsache zu werten ist in der Regel eine erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung, die stationär oder im Rahmen anderer Einrichtungen für Suchtkranke erfolgen kann. In der Regel muss nach der Entgiftungs- und Entwöhnungszeit eine einjährige Abstinenz nachgewiesen werden, und es dürfen keine sonstigen eignungsrelevanten Mängel vorliegen.

Hierzu sind regelmäßige ärztliche Untersuchungen erforderlich einschließlich der relevanten Labordiagnostik, unter anderen Gamma-GT, GOT, GPT, MCV, CDT und Triglyzeride. Bei Verdacht auf chronischen Leberschaden, z. B. nach langjährigem Alkoholmissbrauch, nach Hepatitis oder bei anderen relevanten Erkrankungen ist die Labordiagnostik entsprechend zu erweitern. Die Laboruntersuchungen müssen von Laboratorien durchgeführt werden, deren Analysen den Ansprüchen moderner Qualitätssi-

⁶ Kapitel V, Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Verlag Hans Huber Bern Göttingen Toronto, 2. Auflage 1993

⁷ Dies entspricht der Forderung in § 13 Abs. 3 Nr. 1 FeV, dass Abhängigkeit nicht mehr bestehen darf.

cherung genügen (z. B. erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen). Sämtliche Laboruntersuchungen können nur in Verbindung mit allen im Rahmen der Begutachtung erhobenen Befunden beurteilt werden.

Die besonderen Anforderungen und Risiken für die Fahrer der Gruppe 2 sind gemäß Anlage 5 zur Fahrerlaubnis-Verordnung zu berücksichtigen.

Begründung

Bereits Blutalkoholkonzentrationen mit Werten ab 0,3 ‰ können zu einer Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit und zur Veränderung der Stimmungslage mit Kritikminderung führen, so dass ein erhöhtes Verkehrsrisiko von derart beeinflussten Kraftfahrern ausgeht. Bei 0,8 ‰ liegt das Risiko in der Regel um das Vierfache höher als bei nüchternen Verkehrsteilnehmern. Fahruntüchtigkeit liegt bei jedem Kraftfahrzeugfahrer mit Werten höher als 1 ‰ vor.

Werden Werte um oder über 1,5 ‰ bei Kraftfahrern im Straßenverkehr angetroffen, so ist die Annahme eines chronischen Alkoholkonsums mit besonderer Gewöhnung und Verlust der kritischen Einschätzung des Verkehrsrisikos anzunehmen. Bei solchen Menschen pflegt in der Regel ein Alkoholproblem vorzuliegen, das die Gefahr weiterer Alkoholauffälligkeit im Straßenverkehr in sich birgt. Auch wiederholte Auffälligkeiten unter Alkohol im Straßenverkehr innerhalb weniger Jahre begründen einen solchen Verdacht, selbst wenn die Werte wesentlich geringer sind.

Ferner besteht, wegen der allgemeinen Verfügbarkeit des Alkohols, bei Alkoholabhängigkeit und -missbrauch generell eine hohe Rückfallgefahr, so dass im Einzelfall strenge Maßstäbe anzulegen sind, bevor eine positive Prognose zum Führen von Kraftfahrzeugen gestellt werden kann.

Diese erfordert tragfähige Strategien für die Entwicklung der Kontrolle über den Alkoholkonsum als Voraussetzung zur Trennung von Alkoholkonsum und Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr, wie sie z. B. in geeigneten Kursen oder Therapien vermittelt werden. In der Regel hat in solchen Fällen eine sorgfältige Auseinandersetzung mit den Ursachen und der Entwicklung des früheren Alkoholmissbrauchs zu erfolgen.

Häufiger Alkoholmissbrauch führt zur Gewöhnung an die Giftwirkung und damit zur Unfähigkeit einer realistischen Einschätzung der eigenen Alkoholisierung und des hierdurch ausgelösten Verkehrsrisikos.

Im Spätstadium des chronischen Missbrauchs kann es insbesondere zu Störungen fast aller Organsysteme, und zwar vorwiegend zu hepatischen, gastrointestinalen und kardialen Manifestationen kommen. In der Regel erweisen sich jedoch bei der Begutachtung die psychischen und psychosozialen Ursachen und Folgen des chronischen Alkoholmissbrauchs als weit bedeutsamer. Es kann zu krankhaften Persönlichkeitsveränderungen mit abnormer Entwicklung der affektiven und emotionalen Einstellung gegenüber der Umwelt kommen, wobei Selbstüberschätzung, Gleichgültigkeit, Nachlässigkeit, Erregbarkeit, Reizbarkeit etc. zu beobachten sind.

Besteht eine Alkoholabhängigkeit, so ist die Fähigkeit zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen generell aufgehoben. Voraussetzung einer positiven Prognose ist eine erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung mit entsprechender Nachsorge.

3.14 Betäubungsmittel und Arzneimittel

3.14.1 Sucht (Abhängigkeit) und Intoxikationszustände

Leitsätze

Wer Betäubungsmittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) nimmt oder von ihnen abhängig ist, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Dies gilt nicht, wenn die Substanz aus der bestimmungsgemäßen Einnahme eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels herrührt.

Wer regelmäßig (täglich oder gewohnheitsmäßig) Cannabis konsumiert, ist in der Regel nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Ausnahmen sind nur in seltenen Fällen möglich, wenn eine hohe Wahrscheinlichkeit gegeben ist, dass Konsum und Fahren getrennt werden und wenn keine Leistungsmängel vorliegen.

Wer gelegentlich Cannabis konsumiert, ist in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden, wenn er Konsum und Fahren trennen kann, wenn kein zusätzlicher Gebrauch von Alkohol oder anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen und wenn keine Störung der Persönlichkeit und kein Kontrollverlust vorliegen.

Wer von anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen, z. B. Tranquilizer⁸, bestimmte Psychostimulanzien, verwandte Verbindungen bzw. deren Kombinationen (Polytoxikomanie), abhängig ist, wird den gestellten Anforderungen beim Führen von Kraftfahrzeugen nicht gerecht (zur Abhängigkeit wird auf die Definition in Kapitel 3.13.2 „Abhängigkeit“ hingewiesen).

Wer, ohne abhängig zu sein, missbräuchlich oder regelmäßig Stoffe der oben genannten Art zu sich nimmt, die die körperlich-geistige (psychische) Leistungsfähigkeit eines Kraftfahrers ständig unter das erforderliche Maß herabsetzen oder die durch den besonderen Wirkungsablauf jederzeit unvorhersehbar und plötzlich seine Leistungsfähigkeit oder seine Fähigkeit zu verantwortlichen Entscheidungen (wie den Verzicht auf die motorisierte Verkehrsteilnahme) vorübergehend beeinträchtigen können, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden.

Sind die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen ausgeschlossen, so können sie nur dann wieder als gegeben angesehen werden, wenn der Nachweis geführt wird, dass kein Konsum mehr besteht. Bei Abhängigkeit ist in der Regel eine erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung zu fordern, die stationär oder im Rahmen anderer Einrichtungen für Suchtkranke erfolgen kann.

Nach der Entgiftungs- und Entwöhnungszeit ist in der Regel eine einjährige Abstinenz durch ärztliche Untersuchungen nachzuweisen (auf der Basis von mindestens vier unvorhersehbar anberaumten Laboruntersuchungen innerhalb dieser Jahresfrist in unregelmäßigen Abständen). Zur Überprüfung der Angaben über angebliche "Suchtstoff-

⁸ Was die Tranquilizer angeht, ist zu unterscheiden: einerseits der eigentliche Missbrauch mit der Gefahr von Abhängigkeit (höhere Dosen, steigende Dosis, Einnahme regelmäßig auch am Tage), andererseits der regelmäßige abendliche Gebrauch kleiner Mengen. Letzterer führt zwar in der Regel nicht zur Fahrunsicherheit, kann aber zu Abhängigkeit führen, da bereits nach einigen Monaten der Einnahme selbst kleiner Mengen eine Abhängigkeit (low dose dependence) eintreten kann, erkennbar an eindeutigen Entziehungssymptomen.

freiheit" können insbesondere bei einer Reihe von Pharmaka und Betäubungsmitteln auch Haare in die Analytik einbezogen werden (unter Umständen abschnittsweise).

Bei i.v.-Drogenabhängigen kann unter bestimmten Umständen eine Substitutionsbehandlung mit Methadon indiziert sein. Wer als Heroinabhängiger mit Methadon substituiert wird, ist im Hinblick auf eine hinreichend beständige Anpassungs- und Leistungsfähigkeit in der Regel nicht geeignet, ein Kraftfahrzeug zu führen. Nur in seltenen Ausnahmefällen ist eine positive Beurteilung möglich, wenn besondere Umstände dies im Einzelfall rechtfertigen. Hierzu gehören u. a. eine mehr als einjährige Methadonsubstitution, eine psychosoziale stabile Integration, die Freiheit von Beigebrauch anderer psychoaktiver Substanzen, incl. Alkohol, seit mindestens einem Jahr, nachgewiesen durch geeignete, regelmäßige, zufällige Kontrollen (z. B. Urin, Haar) während der Therapie, der Nachweis für Eigenverantwortung und Therapie-Compliance sowie das Fehlen einer Störung der Gesamtpersönlichkeit. Persönlichkeitsveränderungen können nicht nur als reversible oder irreversible Folgen von Missbrauch und Abhängigkeit zu werten sein, sondern ggf. auch als vorbestehende oder parallel bestehende Störung, insbesondere auch im affektiven Bereich. In die Begutachtung des Einzelfalles ist das Urteil der behandelnden Ärzte einzubeziehen. Insoweit kommt in diesen Fällen neben den körperlichen Befunden den Persönlichkeits-, Leistungs-, verhaltenspsychologischen und den sozialpsychologischen Befunden erhebliche Bedeutung für die Begründung von positiven Regelausnahmen zu.

Begründung

Menschen, die von einem oder mehreren der oben genannten Stoffe abhängig sind, können für die Zeit der Wirkung eines Giftstoffes oder sogar dauernd schwere körperlich-geistige (psychische) und die Kraftfahrleistung beeinträchtigende Schäden erleiden. So können als Folge des Missbrauchs oder der Abhängigkeit krankhafte Persönlichkeitsveränderungen auftreten, insbesondere Selbstüberschätzung, Gleichgültigkeit, Nachlässigkeit, Erregbarkeit und Reizbarkeit. Es kommt schließlich zur Entdifferenzierung und Depravation der gesamten Persönlichkeit.

Bei einigen Drogen kann es sehr schnell zu schweren Entzugssymptomen kommen, die innerhalb weniger Stunden nach der Einnahme auftreten und die die Fahrtauglichkeit erheblich beeinträchtigen. Dies gilt insbesondere für Heroin wegen der bekannten kurzen Halbwertszeit.

Außerdem kann die langdauernde Zufuhr größerer Mengen dieser toxischen Stoffe zu Schädigungen des zentralen Nervensystems führen.

Die besondere Rückfallgefahr bei der Abhängigkeit rechtfertigt die Forderung nach Erfüllung bestimmter Voraussetzungen. Im Allgemeinen wird man hierfür den Nachweis einer erfolgreichen Entwöhnungsbehandlung verlangen müssen. Der Erfolg ist nicht schon bei Abschluss der Entwöhnungsbehandlung zu erkennen, sondern erst nach Ablauf des folgenden, besonders rezidivgefährdeten Jahres.

Es ist im Übrigen für die angemessene Begründung einer positiven Verkehrsprognose wesentlich, dass zur positiven Veränderung der körperlichen Befunde einschließlich der Laborbefunde ein tiefgreifender und stabiler Einstellungswandel hinzutreten muss, der es wahrscheinlich macht, dass der Betroffene auch in Zukunft die notwendige Abstinenz einhält.

3.14.2 Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

Leitsätze

Bei nachgewiesenen Intoxikationen und anderen Wirkungen von Arzneimitteln, die die Leistungsfähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges beeinträchtigen, ist bis zu deren völligem Abklingen die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen nicht gegeben.

Werden Krankheiten und Krankheitssymptome mit höheren Dosen psychoaktiver Arzneimittel behandelt, so können unter Umständen Auswirkungen auf das sichere Führen von Kraftfahrzeugen erwartet werden, und zwar unabhängig davon, ob das Grundleiden sich noch auf die Anpassungs- und Leistungsfähigkeit eines Betroffenen auswirkt oder nicht.

Begründung

Die Beurteilung der Anpassungs- und Leistungsfähigkeit eines Kraftfahrers an die Erfordernisse beim Führen eines Kraftfahrzeuges im Zusammenhang mit einer Arzneimittelbehandlung muss in jedem Falle sehr differenziert gesehen werden. Vor allem ist zu beachten, dass eine ganze Reihe Erkrankungen, die von sich aus die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen ausschließen können, durch Arzneimittelbehandlung so weit gebessert oder sogar geheilt werden, dass erst durch die Behandlung die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen wieder erreicht werden können. Entscheidend für die Beurteilung ist aber, ob eine Arzneimitteltherapie, insbesondere auch die Dauertherapie, zu schweren und für das Führen von Kraftfahrzeugen wesentlichen Beeinträchtigungen der psycho-physischen Leistungssysteme führt. Medikamentöse Behandlungen, in deren Verlauf erhebliche unerwünschte Wirkungen wie Verlangsamung und Konzentrationsstörungen auftreten, schließen die Eignung in jedem Falle aus. Ob solche Intoxikationen vorliegen, wird vor allem dann zu prüfen sein, wenn ein chronisches Grundleiden zu behandeln ist, das mit Schmerzen oder starken "vegetativen" Beschwerden einhergeht (auch chronische Kopfschmerzen, Trigeminusneuralgien, Phantomschmerzen, Schlafstörungen usw.). Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang aber nicht nur Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel (Tranquillizer), Antikonvulsiva, Neuroleptika und Antidepressiva oder Antiallergika, bei denen im Falle des Auftretens von Intoxikationserscheinungen qualitativ vergleichbare Gefahrensymptome zu berücksichtigen sind, sondern auch andere, zur Dauerbehandlung eingesetzte Stoffe mit anderen gefährlichen Nebenwirkungen bzw. Intoxikationssymptomen (siehe Kapitel 3.12.4 „Affektive Psychosen“ und 3.12.5 „Schizophrene Psychosen“).

Die meisten Herz-Kreislauf-Erkrankungen benötigen eine Langzeitbehandlung mit zum Teil sehr unterschiedlich wirkenden Arzneimitteln. So sind besondere Umstände der Behandlung bei der Eignungsbeurteilung eines Herz-Kreislauf-Kranken zu berücksichtigen. Hier sei lediglich noch auf die am häufigsten vorkommenden Gefahrenlagen hingewiesen:

Antikoagulantien führen zu einer Verzögerung der Blutgerinnung und bringen die Gefahr akuter Blutungen mit sich. Eine sorgfältige ärztliche Überwachung bei Behandlung mit Antikoagulantien ist demnach bei Fahrerlaubnisinhabern erforderlich. Sie sollte durch ein entsprechendes ärztliches Attest in angemessenen Abständen bestätigt werden.

Die Arzneimittel der Digitalisgruppe können gelegentlich zu bedrohlichen Rhythmusstörungen führen. Seltener kann es zu Sehstörungen und akuten psychischen Störungen

bei älteren Menschen kommen. Auch in diesen Fällen sind also die regelmäßige ärztliche Überwachung und ihr Nachweis in angemessenen, im Einzelfall festzulegenden Zeitabständen erforderlich.

Antihypertonika verursachen als Nebenwirkung bei zu starker Senkung des Blutdrucks Schwindel- und Ohnmachtsneigung.

Allgemein ist bei der Behandlung mit Arzneimitteln in der Initialphase eine besonders sorgfältige ärztliche Überwachung notwendig. Aber auch später muss die ärztliche Führung der Therapie sichergestellt und je nach Fall in angemessenen Zeitabständen nachgewiesen werden.

3.15 Intellektuelle Leistungseinschränkungen

Leitsätze

Gruppe 1

Wer in seiner intellektuellen Leistungsfähigkeit schwer beeinträchtigt ist, ist in der Regel nicht in der Lage, ein Kraftfahrzeug sicher zu führen.

Andere bzw. ältere Bezeichnungen für derartige Beeinträchtigungen sind "Intelligenzstörungen", "geistige Behinderungen" oder "Oligophrenie".

Anknüpfungstatsachen, die darauf hindeuten, dass die Kraftfahreignung wegen intellektueller Minderleistung ausgeschlossen oder zumindest in Zweifel zu ziehen ist, sind

- a) Verhaltensweisen, die zeigen, dass klar erkennbare Gefahren oder erhebliche persönliche Nachteile, deren Eintreten durchaus wahrscheinlich war, nicht erkannt werden,
- b) Auffälligkeiten durch extrem desorientiertes Fahrverhalten bzw. Nichterkennen oder Fehldeutung einer Verkehrssituation.

Andere Ursachen für die genannten Anknüpfungstatsachen sind auszuschließen, z. B.:

- eine stark erhöhte Risikobereitschaft (zu a),
- Fehlleistungen im Sinne einer zeitweilig fehlenden Konzentration auf die Verkehrssituation oder einer falschen Einschätzung der zeit-räumlichen Verhältnisse (zu a und b),
- der Einfluss situativer Faktoren, z. B. irritierendes Verhalten anderer Verkehrsteilnehmer, vorübergehende Unpässlichkeit (zu a und b),
- körperliche, z. B. sinnesphysiologische Beeinträchtigungen,
- Alzheimer Krankheit oder senile Demenz,
- Psychosen,
- Alkohol und Drogen.

Die Feststellung unzureichender intellektueller Voraussetzungen (Intelligenzbeeinträchtigungen) zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen lässt sich in der Regel erst nach einem entsprechenden Ergebnis der Leistungsüberprüfung, ggf. unter Einbeziehung einer Fahrprobe, treffen.

Eignungsausschließende intellektuelle Leistungseinschränkungen sind nicht gegeben, wenn der IQ (Intelligenzquotient) über 70 in einem entsprechenden Intelligenztest liegt (z. B. HAWIE-R).

Eine intellektuelle Leistungseinschränkung kann durch ein ausgeprägtes Risikobewusstsein und durch eine sicherheitsbetonte Grundhaltung, die in einer langjährigen Fahrpraxis erworben wurde, kompensiert werden. Die psychischen Leistungen müssen aber mindestens den Prozentrang von 16 in den eingesetzten Tests erreichen.

Gruppe 2

Die zusätzlichen Risiken und Gefahren, die mit dem Führen von Fahrzeugen dieser Gruppe verbunden sind, müssen besonders berücksichtigt werden.

Taxi- und Busfahrer sollten einen IQ von mindestens 85 aufweisen. Im Zweifelsfall empfiehlt sich die Beobachtung des Fahrverhaltens.

Begründung

Es hat sich gezeigt, dass der Intelligenzquotient innerhalb eines sehr breiten Spielraums nicht als allein entscheidendes Kriterium gelten kann und keine allein entscheidende Bedeutung für die Leistungsfähigkeit beim Führen von Kraftfahrzeugen hat.

Andererseits kann auch ein Eignungsmangel bei einem höheren IQ vorliegen, wenn bestimmte Teilbereiche der Intelligenz, die Auswirkungen auf die sichere Verkehrsteilnahme haben, nicht ausreichend entwickelt sind.

Um so wichtiger für die Prognose des Verkehrsverhaltens ist die ganzheitliche Betrachtung der Persönlichkeit unter Einbeziehung der psychischen Leistungsfähigkeit, aber auch der affektiven, emotionalen und motivationalen Einflussgrößen.

Die Einbeziehung medizinischer, insbesondere neurologischer und psychiatrischer Befunde kann insofern beurteilungsrelevant sein, als sich aus den Entstehungsbedingungen Folgerungen für die Behandelbarkeit und damit möglicherweise für die Prognose der Beeinträchtigung der intellektuellen Leistungsfähigkeit ergeben.

Abgesehen von dem quantifizierbaren Resultat muss aus dem psychologischen Teil der Untersuchung bei Berücksichtigung aller verwertbaren Informationen ableitbar sein, dass das allgemeine Verständnis für einfache soziale, aber auch physikalische Zusammenhänge (z. B. die Bedeutung einer regennassen Fahrbahn) eine regelgerechte Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr ermöglicht.

Wenn früheres verkehrsgefährdendes Verhalten als Kraftfahrer nach dem Ergebnis der medizinisch-psychologischen Untersuchung in der Tat auf intellektuelle Beeinträchtigungen zurückzuführen ist, sind bei der Prüfung der o. a. Feststellungen in "Grenzfällen" strenge Maßstäbe anzulegen, weil sich aus der Tatsache der Auffälligkeit(en) fehlende oder nur begrenzte Kompensationsmöglichkeiten ableiten lassen.

3.16 Straftaten

Leitsätze

Wer Straftaten begangen hat, ist nach § 2 Abs. 4 StVG ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen,

- wenn sie im Zusammenhang mit dem Straßenverkehr oder im Zusammenhang mit der Kraftfahreignung stehen oder
- wenn sie auf ein hohes Aggressionspotenzial schließen lassen, sei es auf einer Neigung zu planvoller, bedenkenloser Durchsetzung eigener Anliegen ohne Rücksicht auf berechnete Interessen anderer oder einer Bereitschaft zu ausgeprägt impulsivem Verhalten (z. B. bei Raub, schwerer oder gefährlicher Körperverletzung, Vergewaltigung) und dabei Verhaltensmuster deutlich werden, die sich so negativ auf das Führen von Kraftfahrzeugen auswirken können, dass die Verkehrssicherheit gefährdet wird.

Die Voraussetzungen zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen können nur dann als wiederhergestellt gelten, wenn die Persönlichkeitsbedingungen, Krankheitsbedingungen und sozialen Bedingungen, die für das frühere gesetzwidrige Verhalten verantwortlich waren, sich entscheidend positiv verändert oder ihre Bedeutung so weit verloren haben, dass negative Auswirkungen auf das Verhalten als Kraftfahrer nicht mehr zu erwarten sind. Davon ist nur dann auszugehen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) Eine unter den entscheidenden Aspekten positiv zu wertende Veränderung der Lebensweise ist deutlich erkennbar und wird durch die jetzigen Lebensverhältnisse gestützt (soziale Beziehungen, wirtschaftliche Situation, Engagement in Beruf bzw. Ausbildung).
- b) Diese Veränderung wurde vom Betroffenen aus einem Problembewusstsein heraus vollzogen (ggf. initiiert oder begleitet von einer angemessenen sozialpädagogischen, therapeutischen oder verhaltensmodifizierenden Intervention), und sie wird als zufriedenstellend erlebt.
- c) Generelle Fehleinstellungen oder Störungen, die eine soziale Einordnung verhindern, lassen sich nicht (mehr) feststellen.
- d) Die unter a) bis c) genannten Voraussetzungen haben sich über einen gewissen Zeitraum, in der Regel etwa ein Jahr, als stabil erwiesen.

Für Fahrer der Gruppe 2 sind bei der Beurteilung der Fähigkeit, Fahrzeuge dieser Gruppe sicher zu führen, wegen der besonderen Anforderungen an die Fahrer und der zusätzlichen Risiken im Straßenverkehr strenge Maßstäbe anzulegen.

Begründung

Allgemeinrechtliche Straftaten sind in der Regel durch generalisierte, gewohnheitsmäßige Fehleinstellungen und Fehlreaktionen bedingt. Diese erschweren auch eine adäquate Bewertung der Normen und Gesetze, die den Straßenverkehr regeln, und ein entsprechend angepasstes Verhalten als motorisierter Verkehrsteilnehmer. Ursachen für Straftaten können auch Krankheiten sein.

Der Straßenverkehr ist ein soziales Handlungsfeld, welches von den Beteiligten "ständige Vorsicht und gegenseitige Rücksicht" (§ 1 StVO) erfordert.

Wer aufgrund des rücksichtslosen Durchsetzens eigener Interessen, aufgrund seines großen Aggressionspotentials oder seiner nicht beherrschten Affekte und unkontrollierten Impulse in schwerwiegender Weise die Rechte anderer verletzt, lässt nicht erwarten, dass er im motorisierten Straßenverkehr die Rechte anderer Verkehrsteilnehmer - zumindest in den sehr häufig auftretenden Konfliktsituationen - respektieren wird.

Solange ein solches Fehlverhalten besteht, ist auch mit sicherheitswidrigen Auffälligkeiten im Straßenverkehr zu rechnen.

3.17 Verstöße gegen verkehrsrechtliche Vorschriften

Leitsätze

Ist die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen aufgrund wiederholter oder erheblicher Verstöße gegen verkehrsrechtliche Vorschriften infrage gestellt oder war die Eignung ausgeschlossen, so kann die Eignung nur dann als gegeben oder als wiederhergestellt betrachtet werden, wenn der Betroffene die nachstehend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt:

- a) Es besteht Einsicht in die Problematik des Fehlverhaltens bzw. in die Ungewöhnlichkeit der Häufung, die Ursachen der Verkehrsverstöße werden erkannt und risikoarme Vermeidungsstrategien sind entwickelt.
- b) Die wesentlichen Bedingungen, die für das problematische Verhalten maßgeblich waren, werden von dem Betroffenen erkannt.
- c) Innere Bedingungen (Antrieb, Affekte, Stimmungsstabilität bzw. -labilität, Motive, persönliche Wertsetzungen, Selbstbeobachtung, Selbstbewertung, Selbstkontrolle), die früher das problematische Verhalten determinierten, haben sich im günstigen Sinne entscheidend verändert.
- d) Ungünstige äußere Bedingungen, die das frühere Fehlverhalten mitbestimmten, haben sich unter den entscheidenden Gesichtspunkten günstig entwickelt oder ihre Bedeutung so weit verloren, dass negative Auswirkungen auf das Verhalten als Kraftfahrer nicht mehr zu erwarten sind.
- e) Die psychische Leistungsfähigkeit ermöglicht eine ausreichend sichere Verkehrsteilnahme aufgrund situationsangemessener Aufmerksamkeitsverteilung, rascher und zuverlässiger visueller Auffassung und Orientierung, aufgrund Belastbarkeit sowie Reaktionsschnelligkeit und -sicherheit (siehe Kapitel 2.5 „Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit“).
- f) Ausgeprägte Intelligenzmängel, die eine vorausschauende Fahrweise bei realistischer Gefahrenwahrnehmung und -einschätzung infrage stellen, liegen nicht vor (siehe Kapitel 3.15 „Intellektuelle Leistungseinschränkungen“).
- g) Körperliche und psychische Beeinträchtigungen, die als Ursache für die Verkehrsverstöße infrage kommen, liegen nicht mehr vor beziehungsweise können als kompensiert gelten.

Wegen der zusätzlichen Risiken der Fahrer der Gruppe 2 sind die besonderen Anforderungen gemäß Anlage 5 zur FeV zu berücksichtigen.

Begründung

Personen, die durch wiederholte oder erhebliche Verkehrsverstöße aufgefallen sind, stellen nach den vorliegenden Forschungsergebnissen eine besondere Gefahrenquelle dar.

Diese Gefährdung lässt sich damit erklären, dass den Verkehrsauffälligkeiten Gewohnheiten, verfestigte Fehleinstellungen oder Leistungsmängel zugrunde liegen. Aufgrund des geringen Entdeckungsrisikos bei Verkehrsverstößen und des damit vordergründig erlebten kurzfristigen "Erfolgs" von riskanten Verhaltensweisen (z. B. Zeitgewinn bei Geschwindigkeitsüberschreitungen oder Rotlichtmissachtungen) ist in der Regel von einer oft jahrelangen Lerngeschichte im Vorfeld aktenkundig gewordener Verkehrsauffälligkeiten auszugehen. Derart habituelle Verhaltensweisen sind entspre-

chend änderungsresistent, zumal die verhängten Strafen oft in einem erheblichen zeitlichen Abstand von den Verhaltensauffälligkeiten erfolgen und eine Vielzahl entlastender Abwehrargumente zur Verfügung stehen ("Pechvogelhaltung", Bagatellisierung usw.).

Damit es nicht zu weiteren erheblichen Verstößen gegen die verkehrsrechtlichen Vorschriften und zu einer Gefährdung der Verkehrssicherheit kommt, die der Allgemeinheit nicht zugemutet werden kann, dürfen also nicht nur oberflächliche Vorsatzbildungen erfolgt sein (angepasste Fahrweise bis zur Löschung der Eintragungen im Verkehrszentralregister), sondern es müssen die Grundzüge und Ursachen der Fehleinstellungen und der eigenen Lerngeschichte erkannt, die Einstellungen und das Verhalten ausreichend geändert, stabile neue Gewohnheiten gebildet und/oder evtl. vorhandene Leistungsmängel korrigiert bzw. kompensiert worden sein.

3.18 Auffälligkeiten bei der Fahrerlaubnisprüfung

Leitsätze

Wer erhebliche Auffälligkeiten bei der Fahrerlaubnisprüfung aufweist, begründet damit Zweifel (§ 18 Abs. 3 FeV) an seiner Fahreignung.

Solche Auffälligkeiten legen nahe, dass der Betreffende die notwendigen körperlichen und psychischen Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen nicht erfüllt, z. B. durch falsche oder ausbleibende Reaktionen im Gefahrenfalle, durch unzureichende optische Orientierung oder eine Beeinträchtigung der körperlichen Beweglichkeit, die das sichere Führen eines Fahrzeuges erheblich einschränkt, d. h. durch Verhaltensweisen, die nicht auf mangelnden Fertigkeiten (z. B. auch außergewöhnlich starke Prüfungsangst) beruhen und den Betroffenen ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen machen.

Wenn die Eignung wegen solcher erheblicher Auffälligkeiten bei der Fahrerlaubnisprüfung infrage gestellt ist, kann sie nur dann gegeben sein, wenn folgende Feststellungen getroffen werden können:

- a) Eine ausreichende psychische Leistungsfähigkeit ist gegeben; die in Kapitel 2.5 „Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit“ dazu genannten Voraussetzungen sind erfüllt. (Soweit verkehrsgefährdende Verhaltensweisen beobachtet worden waren, sind insoweit strenge Maßstäbe anzulegen.)
- b) Eine ausreichende intellektuelle Leistungsfähigkeit ist gegeben; die in Kapitel 3.15 („Intellektuelle Leistungseinschränkungen“) dazu genannten Voraussetzungen sind erfüllt.
- c) Soweit "Prüfungsnervosität" mit verstärkten vegetativen Zeichen (z. B. vermehrte Schweißsekretion, starkes Zittern der Beine oder Hände) und unkontrolliertem Verhalten (z. B. überschießende oder blockierte Reaktionen) auftraten, so kann hieraus nicht auf Nichteignung geschlossen werden, insbesondere dann nicht, wenn die Untersuchungsergebnisse darauf schließen lassen, dass in künftigen Stress-Situationen außerhalb der Prüfungssituation das Verhalten ausreichend kontrolliert wird.
- d) Auch bei anderen auffälligen Reaktionen bzw. auffälligem Verhalten bei der Fahrerlaubnisprüfung muss die Eignung nicht ausgeschlossen bleiben, wenn mit diesen Auffälligkeiten in Zukunft nicht mehr gerechnet werden muss.
- e) Gesundheitsstörungen und Behinderungen, die das sichere Führen eines Kraftfahrzeuges schwerwiegend beeinträchtigen, sind nicht bekannt geworden.
- f) Es kann erwartet werden, dass durch geeignete Maßnahmen etwa vorliegende Ausbildungs- und Fertigmängel behoben werden können.

Begründung

In den angesprochenen Fällen, in denen die Auffälligkeiten in der Prüfung meist nicht auf eine unzureichende Ausbildung zurückzuführen sind, sind also folgende Fragen abzuklären:

- von welchen Bedingungen das auffällige Verhalten abhängt,
- ob die beobachteten Auffälligkeiten die Verkehrssicherheit unzumutbar beeinträchtigen werden,

- ob die Bedingungen, die das auffällige Verhalten in der Prüfung auslösten, sich bereits positiv verändert haben oder sicher verändern lassen.

Zur Beantwortung dieser Fragen ist ein ganzheitlicher, breit angelegter medizinischer und psychologischer Untersuchungsansatz erforderlich.

3.19 Fahrgastbeförderung

Nach Anlage 5 Nr. 2 FeV müssen sich Bewerber um die Erteilung oder Verlängerung einer Fahrerlaubnis der Klassen D, DE, D1E und der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung einer Prüfung der psychischen Leistungsfähigkeit unterziehen. Der Nachweis ist zu führen durch ein betriebs- oder arbeitsmedizinisches Gutachten oder ein Gutachten einer Begutachtungsstelle für Fahreignung. Hinsichtlich der Anforderungen wird verwiesen auf Kapitel 2.5 „Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit“ (Gruppe 2).

3.20 Ausnahmen vom Mindestalter

Leitsätze

Wer das nach § 2 Abs. 2 StVG erforderliche und in § 10 Abs. 1 FeV für die jeweilige Fahrerlaubnisklasse festgesetzte Mindestalter noch nicht erreicht hat, darf Kraftfahrzeuge dieser Klasse nicht führen.

Die Fahrerlaubnisbehörde kann in besonderen Härtefällen Ausnahmen von den festgelegten Regelungen - ggf. unter Auflagen, z. B. Fahrten nur auf dem Weg zwischen Wohnung und Schule, Nichtüberschreiten einer bestimmten Höchstgeschwindigkeit, oder Beschränkungen, z. B. nur für landwirtschaftliche Zugmaschinen - zulassen, oder im Rahmen einer Berufskraftfahrerausbildung.

In diesen Fällen sind Ausnahmen nur zulässig, wenn der Bewerber körperliche und geistige (psychische) Voraussetzungen besitzt, die ihn bereits vor Erreichen des Mindestalters als ausreichend gereift zum Führen von Kraftfahrzeugen der beantragten Klasse erscheinen lassen.

Die vorzeitige Erteilung einer Fahrerlaubnis vor Erreichen des Mindestalters kann nur befürwortet werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) Es liegen keine eignungs ausschließenden oder die Eignung erheblich einschränkenden verkehrsmedizinisch und/oder verkehrspsychologisch relevanten Mängel vor.
- b) Die psychische Leistungsfähigkeit entspricht im Wesentlichen der Gesamtnorm. Davon ist auszugehen, wenn die in Kapitel 2.5 „Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit“ formulierten Voraussetzungen erfüllt sind. Insbesondere sollen die Leistungsverläufe stabil sein und die Leistungen ausgewogen, z. B. zwischen Tempo- und Sorgfaltsleistung.
- c) Es fehlen Anzeichen für eine intellektuelle Minderleistung. Sollten sich aus dem Leistungsbild in den Verfahren zur Überprüfung der für den Kraftfahrer wichtigen psychischen Funktionen, aus Verhaltensbeobachtungen oder aus dem bisherigen schulischen Werdegang Zweifel ergeben, sind die intellektuellen Voraussetzungen gemäß Kapitel 3.15 „Intellektuelle Leistungseinschränkungen“ zu prüfen.
- d) Aus der bisherigen Entwicklung sowie aus der gegenwärtigen Lebenssituation (Bedingungen des Wohnsitzes, schulische bzw. berufliche Situation, soziale Beziehungen, Freizeitgestaltung, bisheriges Verhalten als Verkehrsteilnehmer) sind keine Risikofaktoren ableitbar.
- e) Mittel- oder langfristige realistische Zielsetzungen in der Lebensplanung sind entsprechend dem Entwicklungsstand eines Heranwachsenden, wenn auch eventuell nur grob oder vage, erkennbar.
- f) Einsicht in die Notwendigkeit sozialer Normen ist vorhanden, ebenso die Bereitschaft zu ihrer Einhaltung.
- g) Der Betroffene sieht sich dem Ziel, das mit der vorzeitigen Aufnahme der Fahrtätigkeit erreicht werden soll, verpflichtet, und es gehört zu seiner Lebensplanung.
- h) Auch für den Fall einer körperlichen Reifeverzögerung findet sich dafür im psychologischen Bereich keine Entsprechung.

Begründung

Die physische wie auch die psychische Entwicklung des Menschen verläuft nicht mit einer einheitlichen Geschwindigkeit oder Kontinuität. Daher entspricht auch beim jugendlichen, heranwachsenden Menschen der zu einem bestimmten Zeitpunkt festzustellende Entwicklungsstand keineswegs immer dem kalendarischen Alter.

Die Festsetzung eines gesetzlichen Mindestalters kann sich also nicht am Einzelfall, sondern nur an einer Norm orientieren, von der es mehr oder weniger starke Abweichungen, z. B. im Sinne einer Reifeverzögerung oder einer Reifebeschleunigung, gibt. Die Einzelfallprüfung ist dann erforderlich, wenn jemand die Ausnahme von der Norm im Sinne einer vorzeitigen Erteilung einer Fahrerlaubnis wünscht.

Während nach Erreichen des gesetzlichen Mindestalters ein Bewerber um eine Fahrerlaubnis einen normgerechten Entwicklungsstand oder eine normgerechte Leistungsausstattung nicht nachzuweisen hat, muss ihm, wenn es um eine Ausnahmeregelung geht, dieser Nachweis abverlangt werden. Insofern ist es auch mit der Einzelfallgerechtigkeit durchaus vereinbar, wenn einem Bewerber etwa aufgrund einer unzureichenden Leistungsausstattung eine vorzeitige Erteilung verwehrt wird, obgleich die Leistungsfähigkeit nach Erreichen des Mindestalters üblicherweise nicht geprüft wird.

Anhang A

Ein Muster der Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung von Bewerbern um die Erteilung oder Verlängerung einer Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, D, D1, DE, D1E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung, ist in der Fahrerlaubnis-Verordnung, Anlage 5, zu finden.

Über die jeweils aktuelle Fassung der Fahrerlaubnis-Verordnung informiert das Bundesministerium der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH kostenlos im Internet unter www.gesetze-im-internet.de.

Die amtliche Fassung eines Gesetzes oder einer Rechtsverordnung enthält nach geltendem Recht nur die Papiaerausgabe des Bundesgesetzblattes, das vom Bundesministerium der Justiz herausgegeben wird und über die Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Straße 192, 50735 Köln, bezogen werden kann.

Anhang B

Auszug aus dem VdTÜV-Merkblatt Kraftfahrwesen 745, Ausgabe 11.99 ab Seite 6.

Folgende Abkürzungen werden benutzt:

| | |
|-------|---|
| aaSoP | Amtlich anerkannter Sachverständiger oder Prüfer für den Kraftfahrzeugverkehr |
| Kfz | Kraftfahrzeug |
| lof | land- oder forstwirtschaftlich |
| MPU | amtlich anerkannte Medizinisch-Psychologische Untersuchungsstelle |
| TP | Technische Prüfstelle für den Kraftfahrzeugverkehr |
| UVV | Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften |
| zGG | zulässiges Gesamtgewicht. |

2 Maßnahmen bei den einzelnen Fällen einer Körperbehinderung

(Die im Folgenden genannten Schlüsselzahlen ergeben sich aus der Anlage 9 zu § 25 Abs. 3 FeV.)

2.1 Vollständiger Ausfall beider Arme

Ausfall infolge Amputation im Schultergelenk, im Oberarm beiderseits oder eines Ober- und eines Unterarmes sowie völlige Gebrauchsunfähigkeit durch Lähmung, Versteifung, Fehlstellung, Missbildung oder entsprechende angeborene oder erworbene Leiden.

2.1.1 Krafträder

Das Führen von Krafträdern ist nicht möglich.

2.1.2 Mehrspurige Kfz bis 3,5 t zGG

Fachärztlich-orthopädisches oder chirurgisches Gutachten; zusätzliches Gutachten einer MPU nur, wenn Besonderheiten im Einzelfall dies erforderlich machen.

Fahrprobe durch einen aaSoP erforderlich. Sämtliche Bedienungselemente des Kfz sind auf Bein- bzw. Fußbedienung umzurüsten.

A. Beschränkungen⁹ (Schlüsselzahl 50 oder 51; zusätzliche Beschränkungen werden bei der Fahrprobe festgelegt)

- 1 Beschränkung der Fahrzeugart, des Fahrzeuggewichts, Anhängerbetrieb u. ä.
- 2 Betriebsbremse
- 3 Feststellbremse
- 4 Kupplung/Schaltung
- 5 Gas
- 6 Lenkung
- 7 Hupe, Blinker, Warnblinkanlage
- 8 Abblendlichtschalter
- 9 Schalter für Licht, Scheibenwischer, Scheibenwaschanlage
- 10 Sonstiges
- 10.1 Sitz, Sicherheitsgurt
- 10.2 Sicherungseinrichtungen gemäß § 38a StVZO
- 10.3 Heckscheibe
- 10.4 Seitenfenster

⁹ Technische Hilfen siehe Anlage des VdTÜV Merkblattes Kraftfahrwesen 745, Ausgabe 10.93 oder 11.99

10.5 Umsturzschutzvorrichtung

10.6 Beinstütze

B. Auflagen

- 1 Prothese, Stützapparat
-
- 2 Außenspiegel
Rechts und links elektrisch verstellbar.
- 3 Schuhe
Festsitzenden, geschlossenen, an Lenkpedal angepassten Schuh tragen.
- 4 Absichern liegengebliebener Fahrzeuge
Allgemeines Ziffer (6)¹⁰
- 5 Betriebsbedingte Höchstgeschwindigkeit
-
- 6 Funkgerät
-

2.1.3 Mehrspurige Kfz über 3,5 t zGG

(Schlüsselzahl 50 oder 51; s. a. 2.1.2)

Fachärztlich-orthopädisches oder chirurgisches Gutachten; zusätzliches Gutachten einer MPU nur, wenn Besonderheiten im Einzelfall dies erforderlich machen.

Intensive Fahrprobe mit entsprechendem Fahrzeug durch einen aaSoP erforderlich.

Sämtliche Bedienungselemente des Kfz sind auf Bein- bzw. Fußbedienung umzurüsten.

2.1.4 Iof Zugmaschinen (Ackerschlepper)

Das Führen dieser Kfz ist nicht möglich.

2.2 Ausfall beider Unterarme oder Hände

Ausfall infolge Amputation sowie völlige Gebrauchsunfähigkeit durch Lähmung, Versteifung, Fehlstellung oder entsprechende angeborene oder erworbene Leiden.

2.2.1 Krafträder

Das Führen von Krafträdern ist nicht möglich.

2.2.2 Mehrspurige Kfz bis 3,5 t zGG

Fachärztlich-orthopädisches oder chirurgisches Gutachten; zusätzliches Gutachten einer MPU nur, wenn Besonderheiten im Einzelfall dies erforderlich machen.

Fahrprobe durch einen aaSoP erforderlich.

A. Beschränkungen

- 1 Beschränkung der Fahrzeugart, des Fahrzeuggewichts, Anhängerbetrieb u. ä.
Kein Anhängerbetrieb (Schlüsselzahl 05.06)

¹⁰ Allgemeine Ziffer (6): Behinderte, die nicht in der Lage sind, ihr Fahrzeug gemäß § 15 Satz 2 StVZO mit Warndreieck abzusichern, benötigen hiervon eine Einzelausnahmegenehmigung. Führt der Behinderte ohne Begleitperson, so ist z. B. eine Warnleuchte nach § 53a Abs. 3 StVZO mitzuführen, die im Bedarfsfall unverzüglich am oder im Fahrzeug an deutlich sichtbarer Stelle angebracht und in Betrieb genommen werden muss. Am Heck des Fahrzeugs bzw. des Zuges oben angebrachte Blinkleuchten erfüllen den gleichen Zweck.

-
- 2 Betriebsbremse
-
 - 3 Feststellbremse
Bei handbetätigter Feststellbremse geeignete Vorrichtung zum Feststellen und Lösen erforderlich. (Schlüsselzahl 20)
 - 4 Kupplung/Schaltung
Automatische Kraftübertragung, ggf. besondere Entriegelungs- und Betätigungseinrichtung für Wählhebel erforderlich. (Schlüsselzahl 78)
 - 5 Gas
-
 - 6 Lenkung
Lenkhilfe ist ab 1,2 t zGG zu erwägen und ab 1,5 t zGG erforderlich. Lenkgabel oder Drehknopf am Lenkrad erforderlich. (Schlüsselzahl 40)
 - 7 Hupe, Blinker, Warnblinkanlage
Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. (Schlüsselzahl 35)
 - 8 Abblendlichtschalter
Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. (Schlüsselzahl 35)
 - 9 Schalter für Licht, Scheibenwischer, Scheibenwaschanlage
Betätigung entweder durch Wippschalter mit ausreichender Betätigungsfläche oder Kippschalter mit ausreichend langem Betätigungshebel, durch Druckschalter mit ausreichend vergrößerter Druckfläche oder Fußbetätigung.
 - 10 Sonstiges
 - 10.1 Sitz, Sicherheitsgurt
Falls erforderlich, automatisch anlegender Sicherheitsgurt oder Rückhaltesystem, das in seiner Wirkung mindestens einem Dreipunktgurt entspricht. (Schlüsselzahl 43)
 - 10.2 Sicherungseinrichtungen gemäß § 38a StVZO
Zündstromunterbrechung und Diebstahlwarnanlage erforderlich, wenn Abschließen nicht möglich. (Schlüsselzahl 35)
 - 10.3 Heckscheibe
Heizbare Heckscheibe; bei Fahrzeugen mit leicht verschmutzender Heckscheibe Wisch-Waschanlage erforderlich.
 - 10.4 Seitenfenster
Ggf. elektr. Fensterheber an den vorderen Türen. (Schlüsselzahl 35)
 - 10.5 Umsturzschutzvorrichtung
-
 - 10.6 Beinstütze
-

B. Auflagen

- 1 Prothese, Stützapparat
Tragen vorhandener orthopädischer Hilfsmittel beiderseits erforderlich. (Schlüsselzahl 03)
- 2 Außenspiegel
Rechts und links elektrisch verstellbar. (Schlüsselzahl 42)
- 3 Schuhe
-
- 4 Absichern liegengebliebener Fahrzeuge
Allgemeines Ziffer (6) erwägen.
- 5 Betriebsbedingte Höchstgeschwindigkeit
-
- 6 Funkgerät
-

2.2.3 Mehrspurige Kfz über 3,5 t zGG

Fachärztlich-orthopädisches oder chirurgisches Gutachten; zusätzliches Gutachten einer MPU nur, wenn Besonderheiten im Einzelfall dies erforderlich machen.

Intensive Fahrprobe mit entsprechendem Fahrzeug durch einen aaSoP erforderlich.

A. Beschränkungen

- 1 Beschränkung der Fahrzeugart, des Fahrzeuggewichts, Anhängerbetrieb, u. ä.
Kein Anhängerbetrieb. (Schlüsselzahl 05.06)
- 2 Betriebsbremse
-
- 3 Feststellbremse
Bei handbetätigter Feststellbremse geeignete Vorrichtung zum Feststellen und Lösen erforderlich. (Schlüsselzahl 20)
- 4 Kupplung/Schaltung
Automatische Kraftübertragung, ggf. besondere Entriegelungs- und Betätigungseinrichtung für Wählhebel erforderlich. (Schlüsselzahl 78)
- 5 Gas
-
- 6 Lenkung
Lenkhilfe erforderlich. Lenkgabel oder Drehknopf am Lenkrad erforderlich. (Schlüsselzahl 40)
- 7 Hupe, Blinker, Warnblinkanlage
Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. (Schlüsselzahl 35)
- 8 Abblendlichtschalter
Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. (Schlüsselzahl 35)
- 9 Schalter für Licht, Scheibenwischer, Scheibenwaschanlage
Betätigung entweder durch Wippschalter mit ausreichender Betätigungsfläche oder Kippschalter mit ausreichend langem Betätigungshebel, durch Druckschalter mit ausreichend vergrößerter Druckfläche oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)
- 10 Sonstiges
 - 10.1 Sitz, Sicherheitsgurt
Falls erforderlich, automatisch anlegender Sicherheitsgurt oder Rückhaltesystem, das in seiner Wirkung mindestens einem Dreipunktgurt entspricht. (Schlüsselzahl 43)
 - 10.2 Sicherungseinrichtungen gemäß § 38a StVZO
-
 - 10.3 Heckscheibe
-
 - 10.4 Seitenfenster
Ggf. elektr. Fensterheber an den vorderen Türen. (Schlüsselzahl 35)
 - 10.5 Umsturzschtzvorrichtung
-
 - 10.6 Beinstütze
-

B. Auflagen

- 1 Prothese, Stützapparat
Tragen vorhandener orthopädischer Hilfsmittel beiderseits erforderlich. (Schlüsselzahl 03)
- 2 Außenspiegel
Rechts und links elektrisch verstellbar. (Schlüsselzahl 42)
- 3 Schuhe

-
- 4 Absichern liegengebliebener Fahrzeuge
Allgemeines Ziffer (6) erwägen.
- 5 Betriebsbedingte Höchstgeschwindigkeit
-
- 6 Funkgerät
-

2.2.4 Iof Zugmaschinen (Ackerschlepper)

Fachärztlich-orthopädisches oder chirurgisches Gutachten; zusätzliches Gutachten einer MPU nur, wenn Besonderheiten im Einzelfall dies erforderlich machen.

Intensive Fahrprobe mit entsprechendem Fahrzeug ggf. mit Anhänger durch einen aaSoP erforderlich.

A. Beschränkungen

- 1 Beschränkung der Fahrzeugart, des Fahrzeuggewichts, Anhängerbetrieb u. ä.
-
- 2 Betriebsbremse
-
- 3 Feststellbremse
Bei handbetätigter Feststellbremse geeignete Vorrichtung zum Feststellen und Lösen erforderlich. (Schlüsselzahl 20)
- 4 Kupplung/Schaltung
Automatische Kraftübertragung, ggf. besondere Entriegelungs- und Betätigungseinrichtung für Wählhebel erforderlich. (Schlüsselzahl 78)
- 5 Gas
-
- 6 Lenkung
Lenkhilfe erforderlich. Lenkgabel oder Drehknopf am Lenkrad erforderlich. (Schlüsselzahl 40)
- 7 Hupe, Blinker, Warnblinkanlage
Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. (Schlüsselzahl 35)
- 8 Abblendlichtschalter
Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. (Schlüsselzahl 35)
- 9 Schalter für Licht, Scheibenwischer, Scheibenwaschanlage
Betätigung entweder durch Wippschalter mit ausreichender Betätigungsfläche oder Kippschalter mit ausreichend langem Betätigungshebel, durch Druckschalter mit ausreichend vergrößerter Druckfläche oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)
- 10 Sonstiges
-

B. Auflagen

- 1 Prothese, Stützapparat
Tragen vorhandener orthopädischer Hilfsmittel beiderseits erforderlich. (Schlüsselzahl 03)
- 2 Außenspiegel
Rechts und links elektrisch verstellbar. (Schlüsselzahl 42)
- 3 Schuhe
-
- 4 Absichern liegengebliebener Fahrzeuge
Allgemeines Ziffer (6) erwägen.

5 Betriebsbedingte Höchstgeschwindigkeit

-

6 Funkgerät

-

2.3 Ausfall des linken Armes

Ausfall infolge Amputation im Schultergelenk oder im Oberarm sowie völlige Gebrauchsunfähigkeit durch Lähmung, Versteifung oder entsprechende angeborene oder erworbene Leiden.

2.3.1 Krafträder

Das Führen von Krafträdern ist nicht möglich.

2.3.2 Mehrspurige Kfz bis 3,5 t zGG

In der Regel fachärztlich-orthopädisches oder chirurgisches Gutachten; bei Besonderheiten Gutachten einer MPU.

Fahrprobe durch einen aaSoP erwägen.

A. Beschränkungen

1 Beschränkung der Fahrzeugart, des Fahrzeuggewichts, Anhängerbetrieb u.ä.

-

2 Betriebsbremse

-

3 Feststellbremse

Bei links angeordneter, handbetätigter Feststellbremse geeignete Vorrichtung zum Feststellen und Lösen erforderlich. (Schlüsselzahl 20)

4 Kupplung/Schaltung

Automatische Kraftübertragung erforderlich. (Schlüsselzahl 78)

5 Gas

-

6 Lenkung

Lenkhilfe ist ab 1,2 t zGG zu erwägen und ab 1,5 t zGG erforderlich. Drehknopf am Lenkrad erforderlich. (Schlüsselzahl 40)

7 Hupe, Blinker, Warnblinkanlage

Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. Wenn Betätigung durch Stumpf oder Prothese nicht möglich, Betätigungseinrichtung rechts von der Lenksäule oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)

8 Abblendlichtschalter

Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. Wenn Betätigung durch Stumpf oder Prothese nicht möglich, Betätigungseinrichtung rechts von der Lenksäule oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)

9 Schalter für Licht, Scheibenwischer, Scheibenwaschanlage

Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. Wenn Betätigung durch Stumpf oder Prothese nicht möglich, Betätigungseinrichtung rechts von der Lenksäule oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)

10 Sonstiges

-

B. Auflagen

1 Prothese, Stützapparat

- Tragen vorhandener orthopädischer Hilfsmittel in der Regel erforderlich. (Schlüsselzahl 03)
- 2 Außenspiegel
 -
 - 3 Schuhe
 -
 - 4 Absichern liegengebliebener Fahrzeuge
 -
 - 5 Betriebsbedingte Höchstgeschwindigkeit
 -
 - 6 Funkgerät
 -

2.3.3 Mehrspurige Kfz über 3,5 t zGG

In der Regel fachärztlich-orthopädisches oder chirurgisches Gutachten; bei Besonderheiten Gutachten einer MPU.

Fahrprobe mit entsprechendem Fahrzeug ggf. mit Anhänger durch einen aaSoP erforderlich.

A. Beschränkungen

- 1 Beschränkung der Fahrzeugart, des Fahrzeuggewichts, Anhängerbetrieb u. ä.
 -
- 2 Betriebsbremse
 -
- 3 Feststellbremse

Bei links angeordneter, handbetätigter Feststellbremse geeignete Vorrichtung zum Feststellen und Lösen erforderlich. (Schlüsselzahl 20)
- 4 Kupplung/Schaltung

Automatische Kraftübertragung erforderlich. (Schlüsselzahl 78)
- 5 Gas
 -
- 6 Lenkung

Lenkhilfe erforderlich. Drehknopf am Lenkrad erforderlich. (Schlüsselzahl 40)
- 7 Hupe, Blinker, Warnblinkanlage

Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. Wenn Betätigung durch Stumpf oder Prothese nicht möglich, Betätigungseinrichtung rechts von der Lenksäule oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)
- 8 Abblendlichtschalter

Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. Wenn Betätigung durch Stumpf oder Prothese nicht möglich, Betätigungseinrichtung rechts von der Lenksäule oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)
- 9 Schalter für Licht, Scheibenwischer, Scheibenwaschanlage

Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. Wenn Betätigung durch Stumpf oder Prothese nicht möglich, Betätigungseinrichtung rechts von der Lenksäule oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)
- 10 Sonstiges
 -

B. Auflagen

- 1 Prothese, Stützapparat

Tragen vorhandener orthopädischer Hilfsmittel in der Regel erforderlich. (Schlüsselzahl 03)

- 2 Außenspiegel
-
- 3 Schuhe
-
- 4 Absichern liegengebliebener Fahrzeuge
-
- 5 Betriebsbedingte Höchstgeschwindigkeit
-
- 6 Funkgerät
-

2.3.4 Iof Zugmaschinen (Ackerschlepper)

In der Regel fachärztlich-orthopädisches oder chirurgisches Gutachten; bei Besonderheiten Gutachten einer MPU.

Fahrprobe mit entsprechendem Fahrzeug ggf. mit Anhänger durch einen aaSoP erforderlich.

A. Beschränkungen

- 1 Beschränkung der Fahrzeugart, des Fahrzeuggewichts, Anhängerbetrieb u. ä.
-
- 2 Betriebsbremse
-
- 3 Feststellbremse
Bei links angeordneter, handbetätigter Feststellbremse geeignete Vorrichtung zum Feststellen und Lösen erforderlich. (Schlüsselzahl 20)
- 4 Kupplung/Schaltung
Automatische Kraftübertragung erforderlich. (Schlüsselzahl 78)
- 5 Gas
-
- 6 Lenkung
Drehknopf am Lenkrad erforderlich. (Schlüsselzahl 40)
- 7 Hupe, Blinker, Warnblinkanlage
Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. Wenn Betätigung durch Stumpf oder Prothese nicht möglich, Betätigungseinrichtung rechts von der Lenksäule oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)
- 8 Abblendlichtschalter
Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. Wenn Betätigung durch Stumpf oder Prothese nicht möglich, Betätigungseinrichtung rechts von der Lenksäule oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)
- 9 Schalter für Licht, Scheibenwischer, Scheibenwaschanlage
Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. Wenn Betätigung durch Stumpf oder Prothese nicht möglich, Betätigungseinrichtung rechts von der Lenksäule oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)
- 10 Sonstiges
-

B. Auflagen

- 1 Prothese, Stützapparat
Tragen vorhandener orthopädischer Hilfsmittel in der Regel erforderlich. (Schlüsselzahl 03)
- 2 Außenspiegel
-

- 3 Schuhe
-
- 4 Absichern liegengebliebener Fahrzeuge
-
- 5 Betriebsbedingte Höchstgeschwindigkeit
-
- 6 Funkgerät
-

2.4 Ausfall der linken Hand

Ausfall infolge Amputation im Unterarm sowie völlige Gebrauchsunfähigkeit durch Lähmung, Versteifung oder entsprechende angeborene oder erworbene Leiden.

2.4.1 Krafträder

In der Regel fachärztlich-orthopädisches oder chirurgisches Gutachten; bei Besonderheiten Gutachten einer MPU.

Fahrprobe durch einen aaSoP erforderlich.

A. Beschränkungen

- 1 Beschränkung der Fahrzeugart, des Fahrzeuggewichts u. ä.
Keine Krafträder mit Beiwagen. Ausschluss Soziusbetrieb erwägen. (Schlüsselzahl 05.03)
- 2 Betriebsbremsen
Vorderradbremse mit rechter Hand zu betätigen. (Schlüsselzahl 44.02)
- 3 Feststellbremse
-
- 4 Kupplung/Schaltung
Automatische Kraftübertragung. (Schlüsselzahl 78)
- 5 Gas
Mit rechter Hand zu betätigen. (Schlüsselzahl 44.04)
- 6 Lenkung
-
- 7 Hupe, Blinker
Mit rechter Hand zu betätigen. (Schlüsselzahl 35)
- 8 Abblendlichtschalter
Betätigung ohne Loslassen des Lenkers.
- 9 Schalter für Licht
-
- 10 Sonstiges
-

B. Auflagen

- 1 Prothese, Stützapparat
Tragen einer festsitzenden und auf Zug belastbaren Prothese stets erforderlich. (Schlüsselzahl 03)
- 2 Außenspiegel
-
- 3 Schuhe
-
- 4 Absichern liegengebliebener Fahrzeuge
-

- 5 Betriebsbedingte Höchstgeschwindigkeit Beschränkung auf 130 km/h erwägen. (Schlüsselzahl 05.04)
- 6 Funkgerät
-

2.4.2 Mehrspurige Kfz bis 3,5 t zGG

In der Regel fachärztlich-orthopädisches oder chirurgisches Gutachten; bei Besonderheiten Gutachten einer MPU.

Fahrprobe durch einen aaSoP erwägen.

A. Beschränkungen

- 1 Beschränkung der Fahrzeugart, des Fahrzeuggewichts, Anhängerbetrieb u. ä.
-
- 2 Betriebsbremse
-
- 3 Feststellbremse
Bei links angeordneter, handbetätigter Feststellbremse geeignete Vorrichtung zum Feststellen und Lösen erforderlich. (Schlüsselzahl 20)
- 4 Kupplung/Schaltung
Automatische Kraftübertragung erforderlich, wenn sicheres Halten des Lenkrades mit linker Hand, Stumpf oder Prothese nicht möglich ist. (Schlüsselzahl 78)
- 5 Gas
-
- 6 Lenkung
Lenkhilfe ist ab 1,2 t zGG zu erwägen und ab 1,5 t zGG erforderlich, wenn linke Hand, Stumpf oder Prothese nicht unterstützend eingesetzt werden kann sowie bei Schaltgetriebe. Bei Einhandbetätigung Drehknopf erforderlich. (Schlüsselzahl 40)
- 7 Hupe, Blinker, Warnblinkanlage
Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. Wenn Betätigung durch Stumpf oder Prothese nicht möglich, Betätigungseinrichtung rechts von der Lenksäule oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)
- 8 Abblendlichtschalter
Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. Wenn Betätigung durch Stumpf oder Prothese nicht möglich, Betätigungseinrichtung rechts von der Lenksäule oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)
- 9 Schalter für Licht, Scheibenwischer, Scheibenwaschanlage
Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. Wenn Betätigung durch Stumpf oder Prothese nicht möglich, Betätigungseinrichtung rechts von der Lenksäule oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)
- 10 Sonstiges
-

B. Auflagen

- 1 Prothese, Stützapparat
Tragen vorhandener orthopädischer Hilfsmittel in der Regel erforderlich. (Schlüsselzahl 03)
- 2 Außenspiegel
-
- 3 Schuhe
-
- 4 Absichern liegendegebliebener Fahrzeuge
-

- 5 Betriebsbedingte Höchstgeschwindigkeit
-
- 6 Funkgerät
-

2.4.3 Mehrspurige Kfz über 3,5 t zGG

In der Regel fachärztlich-orthopädisches oder chirurgisches Gutachten; bei Besonderheiten Gutachten einer MPU.

Fahrprobe mit entsprechendem Fahrzeug ggf. mit Anhänger durch einen aaSoP erforderlich.

A. Beschränkungen

- 1 Beschränkung der Fahrzeugart, des Fahrzeuggewichts, Anhängerbetrieb u. ä.
-
- 2 Betriebsbremse
-
- 3 Feststellbremse
Bei links angeordneter, handbetätigter Feststellbremse geeignete Vorrichtung zum Feststellen und Lösen erforderlich. (Schlüsselzahl 20)
- 4 Kupplung/Schaltung
Automatische Kraftübertragung erforderlich, wenn sicheres Halten des Lenkrades mit linker Hand, Stumpf oder Prothese nicht möglich ist. (Schlüsselzahl 78)
- 5 Gas
-
- 6 Lenkung
Lenkhilfe erforderlich. Bei Einhandbetätigung Drehknopf am Lenkrad erforderlich. (Schlüsselzahl 40)
- 7 Hupe, Blinker, Warnblinkanlage
Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. Wenn Betätigung durch Stumpf oder Prothese nicht möglich, Betätigungseinrichtung rechts von der Lenksäule oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)
- 8 Abblendlichtschalter
Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. Wenn Betätigung durch Stumpf oder Prothese nicht möglich, Betätigungseinrichtung rechts von der Lenksäule oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)
- 9 Schalter für Licht, Scheibenwischer, Scheibenwaschanlage
Betätigung muss ohne Loslassen des Lenkrades möglich sein. Wenn Betätigung durch Stumpf oder Prothese nicht möglich, Betätigungseinrichtung rechts von der Lenksäule oder Fußbetätigung. (Schlüsselzahl 35)
- 10 Sonstiges
-

B. Auflagen

- 1 Prothese, Stützapparat
Tragen vorhandener orthopädischer Hilfsmittel in der Regel erforderlich. (Schlüsselzahl 03)
- 2 Außenspiegel
-
- 3 Schuhe
-
- 4 Absichern liegendegebliebener Fahrzeuge
-

