

# **Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung**

bearbeitet von

Dr. med. Nicole Gräcmann

Dr. med. Martina Albrecht

Bundesanstalt für Straßenwesen

**Stand: 14.08.2017**

**Berichte der  
Bundesanstalt für Straßenwesen**

**Mensch und Sicherheit Heft M 115**

Die Bundesanstalt für Straßenwesen veröffentlicht ihre Arbeits- und Forschungsergebnisse in der Schriftenreihe **Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen**. Die Reihe besteht aus folgenden Unterreihen:

- A - Allgemeines
- B - Brücken- und Ingenieurbau
- F - Fahrzeugtechnik
- M - Mensch und Sicherheit
- S - Straßenbau
- V - Verkehrstechnik

Es wird darauf hingewiesen, dass die unter dem Namen der Verfasser veröffentlichten Berichte nicht in jedem Fall die Ansicht des Herausgebers wiedergeben. Nachdruck und photomechanische Wiedergabe, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Bundesanstalt für Straßenwesen, Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit.

Die Inhalte von pdf-Datei sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Weitergabe an Dritte, Übersetzungen und Verarbeitung sowie Speicherung in elektronische Systeme.

Die Hefte der Schriftenreihe **Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen** können direkt beim Carl Schünemann Verlag GmbH, Zweite Schlachtpforte 7, D-28195 Bremen, Telefon 0421 36903-53, bezogen werden.

Über die Forschungsergebnisse und ihre Veröffentlichungen wird in Kurzform im Informationsdienst **Forschung kompakt** berichtet. Dieser Dienst wird kostenlos abgegeben; Interessenten wenden sich bitte an die Bundesanstalt für Straßenwesen, Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit.

#### **Zitierhinweis**

Die Begutachtungsleitlinien werden kapitelweise fortlaufend aktualisiert.

Für die Zitierung ist die Angabe des Standes (siehe Titel) unverzichtbar. Bitte zitieren Sie aus den Begutachtungsleitlinien folgendermaßen:

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung, Bundesanstalt für Straßenwesen, Bergisch Gladbach, Stand 14.08.2017

#### **Impressum**

##### **Bericht zum Forschungsprojekt F1100.4388001 der Bundesanstalt für Straßenwesen**

##### **Herausgeber**

Bundesanstalt für Straßenwesen  
Brüderstraße 53, D-51427 Bergisch Gladbach  
Telefon 02204 43-0, Telefax 02204 43-674

##### **Redaktion**

Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit

##### **Druck und Verlag**

Fachverlag NW in der Carl Schünemann Verlag GmbH, Zweite Schlachtpforte 7, D-28195 Bremen  
Telefon 0421 36903-53, Telefax 0421 36903-48, Internet [www.nw-verlag.de](http://www.nw-verlag.de)

Bergisch Gladbach, 14. August 2017

## **Kurzfassung · Abstract**

### **Begutachtungsleitlinien zur Krafftahreignung**

Die Begutachtungsleitlinien sind eine Zusammenstellung eignungs ausschließender oder eignungseinschränkender körperlicher und/oder geistiger Mängel und sollen die Begutachtung der Krafftahreignung im Einzelfall erleichtern. Sie dienen als Nachschlagewerk für Begutachtende, die Fahrerlaubnisbewerber oder –inhaber in Bezug auf ihre Krafftahreignung beurteilen.

In der 6. Auflage im Jahr 2000 wurden die Begutachtungsleitlinien „Krankheit und Kraftverkehr“ (5. Auflage 1996) und das "Psychologische Gutachten Krafftahreignung" von 1995 zusammengeführt. Für die weitere Überarbeitung wurden unter der Federführung der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) und unter Beteiligung der jeweiligen Fachgesellschaften Expertengruppen einberufen, die die Leitlinien kapitelweise überarbeiten. Die überarbeiteten Leitlinien werden nach Zustimmung des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung online veröffentlicht.

Im allgemeinen Teil der Leitlinien werden grundsätzliche Beurteilungshinweise, Auswahl und rechtliche Stellung der Begutachtenden sowie die Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit und die Möglichkeiten der Kompensation von Mängeln dargestellt. Im speziellen Teil werden in einzelnen Kapiteln körperliche und geistige Krankheiten und Mängel behandelt, die längerfristige Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit beim Führen eines Krafftahrzeugs haben, und somit die Sicherheit im Straßenverkehr gefährden können.

### **Evaluation guidelines for driving ability**

The evaluation guidelines are a compilation of physical and/or mental handicaps that make people unable to drive or limit their driving ability. They are intended to ease the case-by-case evaluation of driving ability. They are also intended as a reference tool for evaluators who have to judge driving licence applicants or holders with regard to their ability to drive.

The evaluation guidelines "Disease and road traffic" (5<sup>th</sup> edition, 1996) and the "Psychological expertise on driving ability" dated 1995 were combined for the 6th edition. The Federal Highway Research Institute (BASt) coordinated the assembly of expert groups, including representatives of the respective professional bodies for further revision. The guidelines are revised and then published online after approval by the Federal Ministry for Transport, Building and Urban Affairs.

The general section of the guidelines contains basic evaluation instructions and deals with the selection and legal position of the evaluators as well as the requirements for mental capabilities and possible ways to compensate for handicaps. The chapters of the special section relate to physical and mental handicaps that can have a long-term impact on the capabilities relevant for the control of a motor vehicle and therefore on road safety.

## Inhalt

<b>Präambel</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Einführung</b> .....	<b>6</b>
1.1 Entstehung der Leitlinien.....	6
1.2 Zuordnung der Fahrerlaubnisklassen.....	6
<b>2 Allgemeiner Teil</b> .....	<b>7</b>
2.1 Grundsätzliche Beurteilungshinweise .....	7
2.2 Auswahl des Gutachters .....	8
2.3 Rechtliche Stellung des Gutachters .....	9
2.4 Inhalt und Aufgabe der Begutachtungsleitlinien .....	10
2.5 Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit.....	11
2.6 Kompensation von Eignungsmängeln .....	13
2.7 Kumulierte Auffälligkeiten.....	14
<b>3 Spezieller Teil</b> .....	<b>15</b>
3.1 Sehvermögen .....	15
3.2 Hörvermögen .....	16
3.3 Bewegungsbehinderungen .....	18
3.4 Herz- und Gefäßkrankheiten.....	19
3.4.1 Herzrhythmusstörungen.....	19
3.4.2 Arterielle Hypertonie .....	21
3.4.3 Arterielle Hypotonie .....	22
3.4.4 Koronare Herzkrankheit (Herzinfarkt).....	22
3.4.5 Herzinsuffizienz .....	23
3.4.6 Periphere arterielle Verschlusskrankheit .....	25
3.4.7 Herzklappenerkrankungen .....	25
3.4.8 Angeborene Herzerkrankungen.....	26
3.4.9 Kardiomyopathien .....	26
3.4.10 Ionenkanalerkrankungen.....	27
3.4.11 Synkopen .....	28
3.5 Diabetes mellitus .....	36
3.6 Nierenerkrankungen .....	40
3.7 Organtransplantationen .....	42
3.8 Lungen- und Bronchialerkrankungen .....	43
3.9 Krankheiten des Nervensystems.....	44
3.9.1 Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Rückenmarks .....	44
3.9.2 Erkrankungen der neuromuskulären Peripherie .....	45
3.9.3 Parkinsonsche Krankheit, Parkinsonismus und andere extrapyramidale Erkrankungen einschließlich zerebellarer Syndrome.....	47
3.9.4 Kreislaufabhängige Störungen der Hirntätigkeit .....	48
3.9.5 Zustände nach Hirnverletzungen und Hirnoperationen, angeborene und frühkindlich erworbene Hirnschäden .....	50
3.9.6 Epileptische Anfälle und Epilepsien .....	52
3.10 Störungen des Gleichgewichtssinnes .....	57
3.11 Tagesschläfrigkeit.....	67
3.11.1 Messbare auffällige Tagesschläfrigkeit.....	67

---

3.11.2	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom .....	71
3.12	Psychische Störungen .....	73
3.12.1	Organisch-psychische Störungen .....	73
3.12.2	Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen.....	74
3.12.3	Altersdemenz und Persönlichkeitsveränderungen durch pathologische Alterungsprozesse.....	75
3.12.4	Affektive Psychosen.....	75
3.12.5	Schizophrene Psychosen.....	76
3.13	Alkohol.....	78
3.13.1	Missbrauch .....	78
3.13.2	Abhängigkeit.....	80
3.14	Betäubungsmittel und Arzneimittel.....	82
3.14.1	Sucht (Abhängigkeit) und Intoxikationszustände .....	82
3.14.2	Dauerbehandlung mit Arzneimitteln .....	84
3.15	Intellektuelle Leistungseinschränkungen.....	86
3.16	Straftaten .....	88
3.17	Verstöße gegen verkehrsrechtliche Vorschriften .....	90
3.18	Auffälligkeiten bei der Fahrerlaubnisprüfung .....	92
3.19	Fahrgastbeförderung .....	94
3.20	Ausnahmen vom Mindestalter.....	95
<b>Anhang A.....</b>		<b>97</b>
<b>Anhang B.....</b>		<b>97</b>

**Gültig ab: 2. November 2009**

## **Präambel**

Die Begutachtungsleitlinien basieren auf den Ausführungen der Europäischen Führerscheinrichtlinie sowie der Fahrerlaubnis-Verordnung. Sie tragen sowohl der Entwicklung der Eignungsbegutachtung auf medizinischem Gebiet als auch der Entwicklung auf psychologischem Gebiet Rechnung. Die Leitlinien dienen der Einzelfallgerechtigkeit und tragen so dazu bei, die Mobilität zu sichern.

**Gültig ab: 28. Dezember 2016**

## **1 Einführung**

### **1.1 Entstehung der Leitlinien**

Das Gutachten "Krankheit und Kraftverkehr" wurde erstmals 1973 publiziert, die fünfte Auflage erfolgte 1996. Das "Psychologische Gutachten Kraftfahreignung" wurde 1995 veröffentlicht. Als Zusammenführung dieser beiden Gutachten erschienen im Jahr 2000 die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung als 6. Auflage.

Um der zunehmenden Spezialisierung Rechnung zu tragen und auf wissenschaftliche Erkenntnisse und die Änderung rechtlicher Grundlagen schneller reagieren zu können, beauftragte das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung die Bundesanstalt für Straßenwesen, die Überarbeitung der Leitlinien kapitelweise unter Einbeziehung zuständiger Expertinnen und Experten sowie der jeweiligen Fachgesellschaften zu leiten und nach Genehmigung durch Bund und Länder zu veröffentlichen. Die Überarbeitung erfolgt kontinuierlich durch eine Expertengruppe für jedes Kapitel. Die Fertigstellung eines Kapitels wird jeweils im Internet veröffentlicht. Die letzte Druckauflage mit Stand 1. Mai 2014 erschien im Mai 2014.

### **1.2 Zuordnung der Fahrerlaubnisklassen**

Die Einteilung der Fahrerlaubnisklassen wird in § 6 und § 6a der jeweils gültigen Fahrerlaubnisverordnung (FeV) geregelt.

Für die Zwecke der Begutachtungsleitlinien werden die Klassen entsprechend des jeweils gültigen Anhangs III der EU-Führerscheinrichtlinie und der Anlage 4 der FeV in zwei Gruppen unterteilt:

Gruppe 1: Führer von Fahrzeugen der Klassen A, A1, A2, B, BE, AM, L, T

Gruppe 2: Führer von Fahrzeugen der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E und die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (FzF)

**Gültig ab: 1. Februar 2000**

## **2 Allgemeiner Teil**

### **2.1 Grundsätzliche Beurteilungshinweise**

Die Aufgabe der Begutachtungsleitlinien besteht darin, Beurteilungsgrundsätze aufzuzeigen, die den Gutachtern (gem. § 11 Abs. 2 - 4 und den §§ 13 und 14 FeV) als Entscheidungshilfe für den Einzelfall dienen sollen. Fachwissenschaftliche Grundlagen für Fahreignungsbegutachtungen, z. B. von Fachgesellschaften, die den Stand der Wissenschaft und Technik darstellen, sind als Empfehlungen einzubeziehen.

Bei der Erstellung der Beurteilungsgrundsätze wurden sowohl die Bedürfnisse des Einzelnen zur Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr als auch das Interesse der Allgemeinheit an der Sicherheit berücksichtigt.

Bei der Beurteilung der Fahreignung wird davon ausgegangen, dass ein Betroffener ein Kraftfahrzeug nur dann nicht sicher führen kann, wenn aufgrund des individuellen körperlich-geistigen (psychischen) Zustandes beim Führen eines Kraftfahrzeugs Verkehrsgefährdung zu erwarten ist.

Für die gerechtfertigte Annahme einer Verkehrsgefährdung muss die nahe durch Tatsachen begründete Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Schädigungsereignisses gegeben sein.

Die Möglichkeit - die niemals völlig auszuschließen ist -, dass es trotz sorgfältiger Abwägung aller Umstände einmal zu einem Schädigungsereignis kommen kann, wird für die Fälle der empfohlenen positiven oder bedingt positiven Begutachtung hingenommen. Die Grenze zwischen den Bereichen positiv (auch bedingt positiv) bzw. negativ zu beurteilender Fälle ist nur unter Beachtung des Einzelfalls zu ziehen. Dass Kompensationen durch besondere menschliche Veranlagungen, durch Gewöhnung, durch besondere Einstellung oder durch besondere Verhaltenssteuerungen und -umstellungen möglich sind, kann als erwiesen angesehen werden. Im Einzelfall hat jeder Gutachter unter Berücksichtigung der speziellen Befundlage aber die Kompensationsfrage zu prüfen.

Für die Konkretisierung des Gefährdungssachverhaltes wurde davon ausgegangen, dass er dann gegeben ist, wenn von einem Kraftfahrer nach dem Grad der festgestellten Beeinträchtigung der körperlich-geistigen (psychischen) Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass die Anforderungen beim Führen eines Kraftfahrzeuges, zu denen ein stabiles Leistungsniveau und auch die Beherrschung von Belastungssituationen gehören, nicht mehr bewältigt werden können oder

von einem Kraftfahrer in einem absehbaren Zeitraum die Gefahr des plötzlichen Versagens der körperlich-geistigen (psychischen) Leistungsfähigkeit (z. B. hirnrnorganische Anfälle, apoplektische Insulte, anfallsartige Schwindelzustände und Schockzustände, Bewusstseinsstörungen oder Bewusstseinsverlust u. ä.) zu erwarten ist, wegen sicherheitswidrigen Einstellungen, mangelnder Einsicht oder Persönlichkeitsmängeln keine Gewähr dafür gegeben ist, dass der Fahrer sich regelkonform und sicherheitsgerecht verhält.

Ergibt die Untersuchung eines Fahrerlaubnisinhabers oder Fahrerlaubnisbewerbers, dass die festgestellten Beeinträchtigungen der körperlich-geistigen (psychischen) Leistungsfähigkeit ein stabiles Leistungsniveau zur Beherrschung der Anforderungen bedingt gewährleisten oder dass besondere Bedingungen die Gefahr des plötzlichen Versagens abwenden können, so sind die Bedingungen vorzuschlagen, die im Einzelfall

gem. § 11 Abs. 2 und § 46 FeV erfüllt werden müssen. Dabei handelt es sich um Auflagen oder Beschränkungen der Fahrerlaubnis.

Die Begriffe "Auflagen" und "Beschränkungen" haben eine unterschiedliche rechtliche Bedeutung:

Auflagen richten sich an den Führer eines Fahrzeuges, z. B. sich in bestimmten zeitlichen Abständen ärztlichen Nachuntersuchungen zu unterziehen oder beim Führen eines Kraftfahrzeuges stets eine Brille zu tragen etc.

Beschränkungen betreffen das Fahrzeug: Sie beschränken den Geltungsbereich einer erteilten Fahrerlaubnis auf bestimmte Fahrzeugarten oder auf bestimmte Fahrzeuge mit besonderen Einrichtungen, z. B. mit automatischer Kraftübertragung, Handgasbetätigung etc.

Werden von einem Gutachter Beschränkungen empfohlen, so sollten optimale technische Bedingungen angestrebt werden, die nach Möglichkeit auch eine Normal-Bedienung des Kraftfahrzeuges zulassen.

Stets sollten klare Vorstellungen über die Zweckmäßigkeit und Durchführbarkeit einer empfohlenen Maßnahme bestehen. Auflagen und Beschränkungen können von erheblich einschneidender Wirkung für einen Fahrerlaubnisinhaber oder Fahrerlaubnisbewerber sein. Die Notwendigkeit für entsprechende Maßnahmen muss darum beweisbar sein.

## 2.2 Auswahl des Gutachters

### a) Zur Gutachterausswahl

1 Die Behörde gibt die Art der Begutachtung vor (§ 11 Abs. 6 FeV), die Auswahl der konkreten Untersuchungsstelle bleibt dem Betroffenen überlassen. Innerhalb der Begutachtungsstelle für Fahreignung soll dem Auftraggeber jedoch kein Einfluss auf die Wahl der Gutachter eingeräumt werden. Nach Möglichkeit sind alle relevanten Vorbefunde beizuziehen.

Sofern ein Gericht ein Gutachten für erforderlich hält, obliegt diesem die Auswahl des für die Fragestellung geeigneten und hierfür qualifizierten Gutachters.

### b) Zur Qualifikation des Gutachters

2 Der ärztliche oder psychologische Gutachter muss nicht nur über spezielle Erfahrungen in der Verkehrsmedizin bzw. in der Verkehrspsychologie verfügen (praktische Tätigkeit, Fortbildung und Weiterbildung), sondern sich auch bereits durch eine langfristige Tätigkeit in entsprechenden Institutionen (Kliniken, Facharztpraxen bzw. Begutachtungsstellen für Fahreignung) qualifiziert haben (siehe hierzu §§ 65 bis 67 und 72 FeV). Bei speziellen medizinischen Fragestellungen ist die fachärztliche Begutachtung sicherzustellen.

### c) Zur Vermeidung des Vorwurfs der Parteilichkeit des Gutachters

3 Dieselben Gründe, die einen Zeugen berechtigen, das Zeugnis zu verweigern (siehe hierzu u. a. §§ 52 bis 53a StPO), berechtigen einen Sachverständigen zur Verweigerung des Gutachtens. Gibt es einen solchen Anlass, dann sollte der Gutachter das den Verfahrensbeteiligten mitteilen und den Gutachtauftrag nicht übernehmen. Das gleiche Recht steht auch dem Betroffenen zu.

4 Nachdem der Gesetzgeber dies (u. a. § 76 StPO) jedem Sachverständigen einräumt, sollte jeder vor Annahme eines Gutachtauftrages überprüfen, ob Sachver-

halte vorliegen, die Anlass zum Vorwurf der Besorgnis der Befangenheit eines Sachverständigen geben könnten, was zur Ablehnung führen kann.

5 Angesichts der Vielzahl von Gründen, die es rechtfertigen, einen Gutachtauftrag abzulehnen, sollte der Sachverständige jeden Anschein vermeiden, der für eine Befangenheit sprechen oder dahingehend ausgelegt werden könnte.

6 Dazu gehört im weitesten Sinne auch der Verdacht, im Dienst des zu Begutachtenden zu stehen, falls zuvor der zum Sachverständigen Ernante gegen Honorar beraten bzw. therapiert hat. Dies gilt gleichermaßen für den Arzt wie für den Psychologen (§ 11 Abs. 2 letzter Satz FeV). In begründeten Ausnahmefällen ist die Begutachtung durch den behandelnden Arzt nicht ausgeschlossen.

- d) Nach Weisung der jeweiligen obersten Landesbehörden können die Fahrerlaubnisbehörden zusätzliche Gutachten anfordern, die von Persönlichkeiten mit herausragender Qualifikation erstattet werden und die dazu besonders benannt worden sind.

### 2.3 Rechtliche Stellung des Gutachters

Bei allen Gutachtern ist zu beachten, dass sie gegenüber einer rechtlich verantwortlichen und darum entscheidenden Instanz (Behörden, Gerichte) stets nur die Stellung eines Beraters haben. Dabei bleibt unbestritten, dass je nach Sachlage nur der Arzt oder der Psychologe die Kompetenz hat, eine Krankheit oder einen Mangel festzustellen und sich zur Prognose im Hinblick auf die Auswirkung bei Teilnahme eines Betroffenen am motorisierten Straßenverkehr zu äußern.

Daraus ergibt sich die Leistung des Gutachters: Er soll die rechtlichen Folgerungen ableitbar machen. Die Folgerungen selbst treffen nur

- a) die Verwaltungsbehörden
- b) die Gerichte.

Das Gutachten ist eine Hilfe, die der Rechtsinstanz durch begründete Aussagen über das mögliche künftige Versagen oder Verhalten eines Fahrerlaubnisinhabers oder Fahrerlaubnisbewerbers die rechtliche Entscheidung begründbar machen soll; insbesondere soll es aufzeigen, welche Gefahren von gegebenen Krankheiten, Defekten, Leistungsmängeln oder anderen Sachverhalten ausgehen. Die Beurteilung der Sachlage durch den jeweils zuständigen Gutachter muss daher klar, folgerichtig, widerspruchsfrei und verständlich - grundsätzlich auch für den Auftraggeber - sein. Rechtsbegriffe wie "geeignet" oder "ungeeignet" hat der Gutachter nicht zu verwenden. Adressat der Anordnung, ein Eignungsgutachten beizubringen, ist der betroffene Fahrerlaubnisbewerber oder -inhaber. Er - nicht die Behörde - ist Auftraggeber der Begutachtung und damit auch Vertragspartner und Kostenschuldner des Gutachters bzw. der begutachtenden Stelle. Ihm, dem Betroffenen, steht auch die Auswahl des Gutachters bzw. bei einer Begutachtungsstelle für Fahreignung die Auswahl der Stelle (siehe Kapitel 2.2a Zur Gutachterausswahl) zu - natürlich im Rahmen der Vorgaben, die die behördliche Anordnung hinsichtlich der Art der Begutachtung setzt. Er - und nicht die Behörde - hat Anspruch auf die Aushändigung des Gutachtens. Nur mit seiner ausdrücklichen Zustimmung darf das Gutachten unmittelbar der Behörde oder Dritten zugeleitet werden, sonst steht die Schweigepflicht (§ 203 StGB) entgegen.

## 2.4 Inhalt und Aufgabe der Begutachtungsleitlinien

Es ist nicht Aufgabe der Leitlinien, alle vorkommenden Leistungseinschränkungen eines Menschen zu berücksichtigen und zu prüfen, ob die festgestellten Beeinträchtigungen ein stabiles oder bedingt stabiles Leistungsniveau gewährleisten oder u. U. zu einem plötzlichen Leistungszusammenbruch führen könnten. Es werden nur solche körperlich-geistigen (psychischen) Mängel in die Begutachtungsleitlinien einbezogen, deren Auswirkungen die Leistungsfähigkeit eines Kraftfahrers häufig längere Zeit beeinträchtigen oder aufheben. Für akute, vorübergehende, sehr selten vorkommende oder nur kurzzeitig anhaltende Erkrankungen (grippale Infekte, akute infektiöse Magen-Darm-Störungen, aber auch Migräne, Heuschnupfen, Asthma etc.) ist es dem Verantwortungsbewusstsein jedes Verkehrsteilnehmers aufgegeben, durch kritische Selbstprüfung festzustellen, ob er unter den jeweils gegebenen Bedingungen noch am Straßenverkehr, insbesondere am motorisierten Straßenverkehr, teilnehmen kann oder nicht (siehe § 2 Abs. 1 der FeV). In Zweifelsfällen bleibt stets die Möglichkeit, einen Arzt zu befragen, dessen Rat sich bei eventuellen Komplikationen nach den allgemeinen Beurteilungsgrundsätzen (siehe Kapitel 2.1 Grundsätzliche Beurteilungshinweise) richten wird. Die Beurteilung von Erkrankungen, die sich auf mehrere Organsysteme erstrecken, muss den Begutachtungsleitlinien folgen, die für diese Krankheitsgruppen vorgesehen sind; hierbei ist zu beachten, dass die Auswirkungen der einzelnen Krankheiten oder Behinderungen sich gegenseitig ungünstig beeinflussen können. Für alle Auswirkungen der im Folgenden aufgeführten Leiden hat der Verkehrsteilnehmer stets die Hauptlast der Verantwortung zu tragen. Diese Leitlinien geben Gutachtern und allen verantwortlichen behördlichen Instanzen für ihre Tätigkeit im Rahmen der vorbeugenden Gefahrenabwehr Entscheidungshilfen.

Die Aufgabe der Begutachtungsleitlinien wird erfüllt mit der Zusammenstellung eignungs ausschließender oder eignungseinschränkender körperlich-geistiger (psychischer) und charakterlicher Mängel beim Fahrerlaubnisbewerber und Fahrerlaubnisinhaber. Es sind die ärztlichen und verkehrspsychologischen Erkenntnisse und Erfahrungen, die hier ihren Niederschlag finden und die in der Abstimmung mit der FeV die Praxis der Begutachtung des Einzelfalles erleichtern sollen. Da alle aufgeführten Beurteilungsleitsätze und -begründungen sehr eingehende Beratungen unter Einbeziehung aktueller Stellungnahmen aller relevanten medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften und gutachtliche Erfahrungen zur Grundlage haben, kann sich der Gutachter im Einzelfall auf diese Begutachtungsleitlinien beziehen und muss nicht jede gutachtliche Schlussfolgerung eingehend erläutern. Die Leitsätze der Begutachtungsleitlinien ersetzen nicht die Begründung des Gutachtens im Einzelfall. Es bleibt eine Aufgabe des Gutachters, den Mangel individuell zu interpretieren und so einen Bezug des Mangels zu den Begutachtungsleitlinien in verständlicher Weise herzustellen. Wenn der Gutachter jedoch unter besonderen, von der Regel abweichenden Umständen des Einzelfalles ein Abweichen von den aufgeführten Beurteilungsleitsätzen für gerechtfertigt hält, muss er seine Beurteilung sehr ausführlich und mit entsprechenden Hinweisen auf die zugrunde gelegte Fachliteratur begründen.

## 2.5 Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit

Zweifel an der psychischen Leistungsfähigkeit können sich ergeben wegen einer Minderung der optischen Orientierung, der Konzentrationsfähigkeit, der Aufmerksamkeit, der Reaktionsfähigkeit und der Belastbarkeit.

Psychische Leistungsmängel können sich folgendermaßen auswirken:

- Optische Informationen werden in ihrem Bedeutungsgehalt nicht ausreichend schnell und sicher wahrgenommen.
- Die Zielorientierung im jeweiligen optischen Umfeld, d. h. im Verkehrsraum, gelingt nicht oder nicht sicher oder nur mit einem so deutlich erhöhten Zeitaufwand, dass daraus in der konkreten Verkehrssituation eine Gefährdung entstehen würde.
- Die Konzentration ist zeitweilig oder dauernd gestört in der Weise, dass die jeweils anstehende Fahraufgabe aufgrund von Abgelenktsein oder Fehldeutungen verkannt oder fehlerhaft gelöst wird.
- Die Aufmerksamkeitsverteilung ist unzulänglich, weil nur ein Teilbereich der für den Kraftfahrer bedeutsamen Informationen erfasst wird und/oder bei Situationswechsel, z. B. nach einer Phase der Monotonie, neue Informationen der Aufmerksamkeit entgehen.
- Die Aufmerksamkeitsbelastbarkeit ist zu gering, weil es unter Stress oder nach länger andauernder Beanspruchung zu fehlerhaften Wahrnehmungen, Interpretationen oder Reaktionen kommt.
- Notwendige motorische Reaktionen setzen zu spät ein und/oder werden stark verzögert ausgeführt.
- Reaktionen erfolgen unsicher, eventuell vorschnell und situationsunangemessen, oder werden unpräzise, motorisch ungeschickt, "überschießend" oder überhastet ausgeführt.
- Die psychischen Leistungen sind instabil in dem Sinne, dass die erforderliche Ausgewogenheit zwischen Schnelligkeit und Sorgfaltsleistung fehlt.

Die psychische Leistungsfähigkeit wird mit geeigneten, objektivierbaren psychologischen Testverfahren untersucht. Ausschlaggebend ist, ob die Mindestanforderungen erfüllt werden.

Die Frage nach der Verursachung psychischer Leistungsmängel steht dabei nicht im Vordergrund. Ursächlich kommen u. a. auch psychische Krankheiten in Betracht (siehe Spezieller Teil), z. B. Demenz, organische Persönlichkeitsveränderung und andere organisch-psychische Störungen sowie intellektuelle Minderbegabung. Die Verursachung und die medizinische Diagnose sollen durch den Arzt und speziell durch den Psychiater möglichst genau erfasst werden, auch weil sich hieraus Hinweise für die Behandlung (und damit ggf. für die Verbesserung der Fahreignung) sowie Hinweise für die Prognose der Erkrankung und der Fahreignung ergeben können. Die Feststellung der aktuellen psychischen Leistungsfähigkeit bzw. Leistungsmängel ist aber diagnoseübergreifend bzw. diagnose-unabhängig, d. h., sie gilt auch dann, wenn eine Diagnose nicht oder nicht mit Sicherheit gestellt werden kann.

Die Zweifel können in der Regel als ausgeräumt gelten, wenn sich eine der folgenden Feststellungen treffen lässt:

### Gruppe 1

- Der Prozentrang 16<sup>1</sup> 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 Sehvermögens (siehe Kapitel 3.1), Bewegungsbehinderungen (siehe Kapitel 3.3), Herz- und Gefäßkrankheiten (siehe 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.

Voraussetzung für die Erteilung einer eingeschränkten Fahrerlaubnis ist die nachvollziehbar zu erwartende Praktikabilität und Effektivität der Auflagen und/oder Beschränkungen.

## **Gruppe 2**

Es gelten sinngemäß die Ausführungen zur Gruppe 1.

Darüber hinaus gilt die erhöhte Anforderung, dass in der Mehrzahl der eingesetzten Verfahren der Prozentrang 33 - gemessen an altersunabhängigen Normwerten - erreicht oder überschritten werden muss, dass aber der Prozentrang 16 in den relevanten Verfahren ausnahmslos erreicht sein muss.

Hiervon kann nur abgesehen werden, wenn in einzelnen Untertests bei Abweichungen nach unten Kompensationsmöglichkeiten gegeben sind. Andererseits muss sichergestellt werden, dass eine Kumulation ausgeschlossen ist (siehe Gruppe 1).

In Zweifelsfällen ist eine Fahrverhaltensprobe durch den psychologischen Gutachter vorzunehmen (Gruppe 1 und 2).

## **2.6 Kompensation von Eignungsmängeln**

Bei der Beurteilung von festgestellten Eignungsmängeln ist die Frage ihrer möglichen Kompensierbarkeit von zentraler Bedeutung.

Die Verfügbarkeit der erforderlichen Leistungsfähigkeit ist keine stabile Größe. Sie unterliegt vorübergehenden Beeinträchtigungen, die z. B. infolge Ermüdung, Stress, Alkohol und Drogen eintreten können, und sie kann durch chronische Beeinträchtigungen vermindert oder gestört sein, z. B. infolge Krankheiten oder Verhaltensstörungen.

Unter Kompensation wird die Behebung oder der Ausgleich von Leistungsmängeln oder Funktionsausfällen bzw. fahreignungsrelevanten Defiziten durch andere Funktionssysteme verstanden.

Die Kompensation von chronischen, überdauernden Eignungsmängeln kann z. B. erfolgen

- durch technische oder medizinisch-technische Maßnahmen, z. B. Umbauten von Kraftfahrzeugen für Behinderte oder Einsatz von Prothesen,
- durch Arzneimittelbehandlung von Krankheiten,
- durch psychische Qualitäten, z. B. besondere Umsicht, Aufmerksamkeit und Gewissenhaftigkeit, die den Kraftfahrer veranlassen, z. B. am motorisierten Straßenverkehr bei Dämmerung oder Dunkelheit nicht teilzunehmen, oder Leistungsdefizite, z. B. bei älteren Kraftfahrern, oder auch Persönlichkeitsstörungen auszugleichen
- oder durch deren Zusammenwirken.

Die Kompensationsmöglichkeiten bei Einschränkung der psychischen Leistungsfähigkeit (siehe Kapitel 2.5 Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit) sind, wenn es in Teilbereichen zu Minderleistungen kommt, nur in begrenztem Maße gegeben. Sie sind um so geringer, je krasser der Leistungsausfall in einem Teilbereich oder je vielfältiger die Leistungseinschränkungen - im Sinne einer Mängelkumulation - sind.

Kompensationsfaktoren sind

- eine trotz einzelner funktionaler Mängel insgesamt gesehen ausreichende intellektuelle Leistungsfähigkeit, die ein vorausschauendes Fahren bzw. eine Früherkennung von Gefahrensituationen ermöglicht,
- mindestens normgerechte körperliche, insbesondere sinnesphysiologische Voraussetzungen,
- (bei Fahrerlaubnisinhabern) Vertrautheit mit dem Führen von Kraftfahrzeugen,
- eine sicherheits- und verantwortungsbewusste Grundeinstellung, die erwarten lässt, dass die Unzulänglichkeiten der eigenen Leistungsausstattung selbstkritisch reflektiert wurden und diese beim Fahrverhalten berücksichtigt werden.

Wenn chronische Eignungsmängel einer ständigen Kompensation bedürfen, kann die Eignung nur noch bedingt gegeben sein. Der betreffende Kraftfahrer darf nur unter festgelegten Beschränkungen oder Auflagen der Fahrerlaubnis am motorisierten Verkehr teilnehmen (siehe Kapitel 2.1 Grundsätzliche Beurteilungshinweise).

Eine risikoarme Verkehrsteilnahme ist bei bedingter Eignung nur dann gewährleistet, wenn der betreffende Kraftfahrer die erforderliche Sensibilität, Kritikfähigkeit und die nötige Zuverlässigkeit besitzt, um die geforderte Verfügbarkeit der notwendigen kompensatorischen Funktionen für eine situationsangepasste Leistung aufrecht zu erhalten und einsetzen zu können, d. h. die Regeln des Straßenverkehrs und die Auflagen und Beschränkungen der Fahrerlaubnis zu beachten.

Es ist zu prüfen, ob unter Berücksichtigung des Ausmaßes und der zu erwartenden Verlaufsformen einer vorliegenden Funktionseinschränkung oder Krankheit die Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle und Zuverlässigkeit (compliance) des Fahrerlaubnisbewerbers ausreichen, um die notwendigen therapeutischen Maßnahmen vor dem Benutzen eines Kraftfahrzeuges zu beachten oder ggf. das Kraftfahren zu unterlassen.

## **2.7 Kumulierte Auffälligkeiten**

Mehrfache Auffälligkeiten können Zweifel an der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen rechtfertigen, auch dann, wenn jede Auffälligkeit für sich allein noch keinen Eignungszweifel auslöst.

Der Gutachter, der ggf. einen weiteren Gutachter hinzuzuziehen hat, muss beachten, dass es zu einer Summation oder auch Kumulation von Auffälligkeiten auch dann kommen kann, wenn sie unabhängig voneinander sind oder eine einseitige oder wechselseitige Abhängigkeit nicht zu vermuten ist. Insofern ist die Frage der Kumulation, wenn mehrere Auffälligkeiten vorliegen, stets zu prüfen und die Art des Zusammenwirkens der Auffälligkeiten nachvollziehbar darzustellen. Das gilt erst recht bei Auffälligkeiten, bei denen wechselseitige Abhängigkeiten schon erkennbar vorliegen oder zumindest zu vermuten sind.

Es kann erforderlich werden, dass gerade bei Auffälligkeiten oder Mängeln, die unabhängig voneinander zu sein scheinen, auch mehrere für die Fragestellungen zuständige Fachärzte mit verkehrsmedizinischer Qualifikation oder eine Begutachtungsstelle für Fahreignung mit der Begutachtung beauftragt werden müssen.

### 3 Spezieller Teil

**Gültig ab: 2. November 2009**

#### 3.1 Sehvermögen

In der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) sind die Anforderungen an das Sehvermögen im § 12 und der Anlage 6 geregelt.

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](http://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.

## **Gültig ab: 1. Mai 2014**

### **3.2 Hörvermögen**

#### **Leitsätze**

Eine Beeinträchtigung der Hörleistung bis hin zur beidseitigen völligen Gehörlosigkeit stellt kein Hindernis zur Erteilung der Fahrerlaubnis dar. Bei Zweifeln an der Fahreignung ist eine HNO-ärztliche Begutachtung erforderlich.

Zur Beurteilung der Kraftfahreignung müssen auch mögliche assoziierte Erkrankungen berücksichtigt werden, falls notwendig auch durch Konsultation weiterer Fachdisziplinen.

Hochgradige Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit ist definiert als „besseres Ohr: Hörverlust  $\geq 60$  %“. Das Ton- und das Sprachaudiogramm stellen die Grundlage der Begutachtung dar. Die Bestimmung des prozentualen Hörverlustes erfolgt anhand der Vierfrequenztafel nach ROESER (1973) aus der Luftleitungskurve des Tonaudiogramms, ausgehend von den Hörverlusten in dB bei 500, 1000, 2000 und 4000 Hz im schallisolierten Raum.

Für Träger von Hörgeräten ist das ohne Hörhilfen ermittelte Audiometrieergebnis maßgebend. Bei Vorliegen einer hochgradigen Hörstörung müssen – soweit möglich - die Versorgung und das Tragen einer adäquaten Hörhilfe nach dem aktuellen Stand der medizinisch-technischen und audiologisch-technischen Kenntnisse erfolgen.

#### **Gruppe 1**

Bei der Erteilung einer Fahrerlaubnis der Gruppe 1 ergeben sich bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit keine Bedenken, wenn nicht weitere körperliche oder psychische Defizite vorliegen, die eine fachärztliche Untersuchung erforderlich machen.

#### **Gruppe 2**

Bei der Erteilung einer Fahrerlaubnis der Gruppe 2 sind bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit eine fachärztliche Eignungsuntersuchung bei Führerscheinerwerb und regelmäßige ärztliche Kontrollen Voraussetzung. Zusätzlich ist eine 3-jährige Fahrpraxis mit einem Kraftfahrzeug der Klasse B nachzuweisen. Bei Zweifeln an der Fahreignung ist eine fachärztliche Begutachtung erforderlich. Entscheidend bei der Beurteilung der Fahreignung ist auch die Frage nach einer möglichen Kompensierbarkeit.

*Tabellarische Übersicht (zu Einzelheiten s. Text)*

Hochgradige Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit	Eignung oder bedingte Eignung		Beschränkungen / Auflagen bedingter Eignung	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
	Ja, wenn nicht gleichzeitig andere schwerwiegende Mängel (z.B. Sehstörungen, Gleichgewichtsstörungen) vorliegen	Ja, wenn nicht gleichzeitig andere schwerwiegende Mängel (z.B. Sehstörungen, Gleichgewichtsstörungen) vorliegen	–	<p>Fachärztliche Eignungsuntersuchung. Regelmäßige ärztliche Kontrolle.</p> <p>Vorherige Bewährung von 3 Jahren Fahrpraxis auf Kfz der Klasse B.</p> <p>Hochgradige Schwerhörigkeit muss – soweit möglich – mit einer adäquaten Hörhilfe nach dem aktuellen Stand der medizinisch-technisch und audiologisch-technischen Kenntnisse korrigiert werden.</p>

### Begründung

Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit gelten nicht als Mängel, die generell für das Führen von Fahrzeugen ungeeignet machen. Die Orientierung im motorisierten Straßenverkehr erfolgt überwiegend über das optische System, da verkehrsrelevante Informationen maßgeblich über visuelle Signale vermittelt werden. Das Gehör als Hilfsmittel ist im Straßenverkehr weitgehend zurückgetreten. Entscheidend bei der Beurteilung der Fahreignung ist vor allem die Frage der möglichen Kompensierbarkeit. Durch eine vorhandene Hörminderung kann eine Steigerung anderer sensorischer Leistungen erreicht werden. Somit sind hörgeminderte oder gehörlose Fahrer in der Lage, durch besondere Umsicht, Aufmerksamkeit und Gewissenhaftigkeit sicher am Straßenverkehr teilzunehmen.

Auch die Führer eines Kraftfahrzeugs, das der Personenbeförderung gemäß § 11 Abs. 1 (Klasse D oder D1) und § 48 FeV (Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung) dient, sind bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit fahrgerecht. Grundsätzlich beeinflusst das Fehlen einer mündlichen Verständigung weder die Fahrkompetenz, noch beeinträchtigt es die Verkehrssicherheit.

Die Auflage der 3-jährigen Fahrpraxis mit einem Kraftfahrzeug der Klasse B für die Gruppe 2 hat einerseits zum Ziel, durch mehr Fahrpraxis und Routine die Sicherheit im Straßenverkehr zu erhöhen, andererseits kann durch die vorhandene Hörminderung eine Steigerung anderer sensorischer Systeme (vor allem Schulung des optischen Systems) erreicht werden. Die Voraussetzungen zum Führen von Fahrzeugen der Gruppe 2 sind strenger aufgrund der höheren Anforderung beim Fahren (z. B. längere Lenkzeiten) sowie der möglichen Unfallschwere.

**Gültig ab: 1. Februar 2000**

### **3.3 Bewegungsbehinderungen**

Auf Vorschlag des Verbandes der Technischen Überwachungsvereine (Merkblatt VdTÜV Krafftahwesen 745, Ausgabe 11.99 „Sicherheitsmaßnahmen bei körperbehinderten Krafftahern“) sind spezielle Anforderungen an die Anpassung am Fahrzeug oder an orthopädischen Hilfsmitteln zu stellen. Diese Anforderungen sind im Anhang B aufgeführt. Nach der FeV werden die medizinisch-psychologischen Untersuchungen in der Begutachtungsstelle für Fahreignung (§ 66 FeV), früher amtlich anerkannte Medizinisch-Psychologische Untersuchungsstelle, durchgeführt. Das fachärztlich-orthopädische oder chirurgische Gutachten soll Aussagen über Prothesenverträglichkeit, Stumpfverhältnisse, Belastbarkeit der betroffenen Gliedmaßen bzw. der Prothesen, eventuelle Auswirkungen bei Langzeitbelastung, Restfunktionen bei Teillähmung und dergleichen enthalten.

Bei der Beurteilung der Bewegungsbehinderungen sind auch die Kapitel 3.9.1 (Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Rückenmarks) bis 3.9.3 (Parkinsonsche Krankheit, Parkinsonismus und andere extrapyramidale Erkrankungen einschließlich zerebellarer Syndrome) zu beachten.

**Gültig ab: 28. Dezember 2016**

### **3.4 Herz- und Gefäßkrankheiten**

#### **Leitsätze**

Das sichere Führen von Kraftfahrzeugen kann durch Herz- und Gefäßerkrankungen eingeschränkt sein. In Abhängigkeit von der vorliegenden Erkrankung ist die Einschätzung der Fahreignung unter Berücksichtigung der Therapietreue des Fahrzeugführers stets individuell vorzunehmen. Besteht eine kardiologische Grunderkrankung mit einem erhöhten Risiko eines plötzlichen Kontrollverlustes am Steuer, z.B. kürzlich stattgehabte Synkope (plötzliche kurzanhaltende Bewusstlosigkeit), sollte der Fahrzeugführer über diese Problematik aufgeklärt und zu einer defensiven Fahrweise angehalten werden.

Bei Fahrerlaubnisinhabern beider Führerscheingruppen können fachärztliche Kontrolluntersuchungen erforderlich sein. Die zeitlichen Untersuchungsintervalle sind als Einzelfallbeurteilung festzulegen. Liegen mehrere kardiovaskuläre Erkrankungen vor, sind stets die strengeren Auflagen zu beachten.

Zur Beurteilung der Fahreignung bei Herzkrankheiten wurde die sogenannte „Risk of Harm Formula“ der Kanadischen Gesellschaft für Kardiologie herangezogen. Mit Hilfe dieser Gleichung, in der die Zeit am Steuer, die Art des gefahrenen Fahrzeugs, die Wahrscheinlichkeit für einen plötzlichen Kontrollverlust und die Wahrscheinlichkeit für einen schweren Unfall eingehen, lässt sich das Risiko für einen krankheitsbedingten schweren Unfall grob berechnen. Durch Einsatz der „Risk of Harm Formula“ bei der Beurteilung der Fahreignung können so Unfallrisiken durch plötzlichen Kontrollverlust am Steuer durch unterschiedliche Erkrankungen abschätzend verglichen werden.

#### **Krankheitsbilder**

##### **3.4.1. Herzrhythmusstörungen**

Wenn ein Fahrerlaubnisbewerber oder -inhaber unter Herzrhythmusstörungen leidet, die anfallsweise zu wiederholter Unterbrechung der Blutversorgung des Gehirns und damit zu Synkopen führen, ist er nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Grundlage der Beurteilung sollte in jedem Fall eine eingehende internistisch-kardiologische Untersuchung (einschließlich 24-Stunden-Langzeit-EKG, eventuell Einsatz eines Ereignisrekorders) sein. Bei komplexen Fragestellungen bietet es sich an, einen für Herzrhythmusstörungen spezialisierten Kardiologen hinzu zu ziehen, um die Ursache zu finden und eine entsprechende Therapie einzuleiten.

##### **3.4.1.1 Bradykarde Herzrhythmusstörungen**

#### **Gruppe 1**

Es besteht keine Fahreignung, wenn anamnestisch Synkopen vorliegen, die auf noch vorhandene Rhythmusstörungen zurückzuführen sind. Nach effektiver Therapie (Medikamente/Schrittmachertherapie) und kardiologischer Nachuntersuchung kann die Fahreignung wieder vorliegen. Nach Schrittmachertherapie sind die entsprechenden Auflagen zu berücksichtigen.

**Gruppe 2**

Es besteht keine Fahreignung, wenn anamnestisch Synkopen vorliegen, die auf noch vorhandene Rhythmusstörungen zurückzuführen sind. Bei Vorliegen eines atrioventrikulären Blocks (AV-Block III, eines AV-Blocks Mobitz II sowie bei alternierendem Rechts- und Linksschenkelblock) ist die Fahreignung nicht gegeben.

Nach effektiver Therapie und nach kardiologischer Nachuntersuchung kann die Fahreignung gegeben sein. Nach Schrittmacher-Therapie sind die entsprechenden Auflagen zu berücksichtigen.

**3.4.1.2 Tachykarde supraventrikuläre und ventrikuläre Herzrhythmusstörungen****Gruppe 1**

Es besteht keine Fahreignung, wenn anamnestisch Synkopen vorliegen, die auf noch vorhandene Rhythmusstörungen zurückzuführen sind. Bei strukturellen Herzerkrankungen und anhaltenden Kammertachykardien (VTs) ist die Fahreignung ebenfalls nicht gegeben. Nach effektiver Therapie und fachärztlicher Nachuntersuchung kann die Fahreignung wieder gegeben sein.

**Gruppe 2**

Es besteht keine Fahreignung, wenn anamnestisch Synkopen vorliegen, die auf noch vorhandene Rhythmusstörungen zurückzuführen sind. Bei polymorphen nicht-anhaltenden Kammertachykardien (NSVTs) individuelle Entscheidung nach kardiologischer Untersuchung; bei anhaltenden ventrikulären Tachykardien oder nach Indikation eines Defibrillators ist die Fahreignung generell nicht mehr gegeben. Nach effektiver Therapie und kardiologischer Nachuntersuchung kann ggf. die Fahreignung im Einzelfall wieder gegeben sein.

**3.4.1.3 Schrittmacher****Gruppe 1**

Nach Schrittmacherimplantation oder Schrittmacherwechsel ist die Fahreignung gegeben. Eine adäquate Schrittmacherfunktion und eine entsprechende Wundheilung müssen kardiologisch bestätigt werden. Regelmäßige kardiologische Kontrolluntersuchungen sind notwendig.

**Gruppe 2**

Nach Schrittmacherimplantation ohne Schrittmacherabhängigkeit und ohne Synkopen in der Anamnese sowie nach Aggregatwechsel ist die Fahreignung nach einer Woche wieder gegeben. Mit Synkopen, bei Schrittmacherabhängigkeit und nach Elektrodenwechsel ist die Fahreignung nach vier Wochen gegeben. Eine adäquate Schrittmacherfunktion und eine entsprechende Wundheilung müssen kardiologisch bestätigt werden. Regelmäßige kardiologische Kontrolluntersuchungen sind notwendig.

#### **3.4.1.4 Defibrillator**

Generell tragen Patienten, denen ein implantierbarer Cardioverter/Defibrillator (ICD) zur Primärprävention implantiert wurde, ein niedrigeres Risiko, während des Fahrens plötzlich fahruntfähig zu sein, als Patienten mit Sekundärpräventionsindikation.

Bei Verweigerung eines ICD ist der Patienten darauf hinzuweisen, dass nicht das Vorhandensein des ICDs, sondern die zugrunde liegende Herzerkrankung das Risiko für Arrhythmien mit Synkopen darstellt. Dies gilt insbesondere für Patienten, bei denen die Indikation sekundärpräventiv ist.

#### **Gruppe 1**

Nach Implantation oder Wechsel eines Defibrillators kann angenommen werden, dass der Betroffene bedingt wieder in der Lage ist, Kraftfahrzeuge der Gruppe 1 zu führen. Kraftfahrer der Gruppe 1, denen primärpräventiv ein ICD implantiert wurde, sind in der Regel nach ein bis zwei Wochen wieder fahrgeeignet.

Kraftfahrer, die sekundärpräventiv einen ICD erhalten, kann die Fahreignung frühestens nach 3 Monaten wieder zugesprochen werden. Eine adäquate ICD-Funktion und eine entsprechende Wundheilung sind von einem Kardiologen zu bestätigen. Nach einer adäquaten Schockauslösung ist die Fahreignung für 3 Monate nicht gegeben. Nach einem inadäquaten Schock ist die Fahreignung so lange nicht gegeben, bis inadäquate Schocks sicher verhindert werden. Regelmäßige kardiologische Kontrollen mit Überprüfung des Defibrillators sind notwendig.

Bei rezidivierendem Auftreten von Kammertachykardien ist eine rhythmologische Untersuchung notwendig.

#### **Gruppe 2**

Kraftfahrer der Gruppe 2 mit ICD sind in der Regel nicht geeignet, ein Kraftfahrzeug zu führen. Wenn der Kardiologe unter besonderen Umständen des Einzelfalls ein Abweichen von den aufgeführten Leitsätzen für gerechtfertigt hält (z.B. bei Patienten mit DCM (krankhafte Erweiterung des Herzmuskels), muss er seine Beurteilung zu einer möglichen Fahreignung sehr ausführlich und mit entsprechenden Hinweisen auf die zugrunde liegende Fachliteratur begründen.

#### **3.4.2 Arterielle Hypertonie**

Ein kausaler Zusammenhang zwischen erhöhtem Blutdruck und Auftreten von Verkehrsunfällen ist nicht gesichert. Die Empfehlungen für das Führen eines Fahrzeuges bei erhöhtem Blutdruck beruhen alleine auf klinischer Erfahrung. Bei Vorliegen von zerebralen Symptomen oder Sehstörungen im Rahmen einer arteriellen Hypertonie, liegt für Fahrzeugführer beider Gruppen (auch unabhängig von den gemessenen Blutdruckwerten) keine Fahreignung vor.

#### **Gruppe 1**

Solange ein erhöhter Blutdruck mit zerebralen Symptomen oder Sehstörungen vorliegt, besteht keine Fahreignung. Bei der Blutdrucktherapie sollte darauf hingewiesen wer-

den, dass eine medikamentöse/interventionelle Behandlung des Bluthochdrucks durch Blutdruckabfall zum Kontrollverlust am Steuer führen kann.

## **Gruppe 2**

Solange ein erhöhter Blutdruck mit zerebralen Symptomen oder Sehstörungen vorliegt, besteht keine Fahreignung. Bei der Blutdrucktherapie sollte darauf hingewiesen werden, dass eine medikamentöse/interventionelle Behandlung des Bluthochdrucks durch Blutdruckabfall zum Kontrollverlust am Steuer führen kann. Blutdruckwerte  $> 180$  mmHg systolisch und/oder 110 mmHg diastolisch (Grad 3 Hypertension) können die Fahreignung in Frage stellen.

### **3.4.3. Arterielle Hypotonie**

Hypotonien sind als sekundäre Krankheitszeichen oder in der Rekonvaleszenz nach Infektionserkrankungen häufig. Personen mit auffallend niedrigem Blutdruck sind im Allgemeinen leistungsfähig und haben (gerade) unter Belastungen keine Beschwerden. Die Fahreignung ist in der Regel für beide Gruppen nicht eingeschränkt.

### **3.4.4 Koronare Herzkrankheit**

#### **3.4.4.1 Akutes Koronarsyndrom (ACS)**

Unter einem akuten Koronarsyndrom (ACS) versteht man den sogenannten ST-Streckenhebungsinfarkt (STEMI), den Nicht-ST-Streckenhebungsinfarkt (NSTEMI) und die instabile Angina pectoris.

Das Risiko, an einem ACS zu versterben, ist in den ersten Tagen nach dem Ereignis am höchsten und nimmt danach stetig ab. Das entscheidende Kriterium für die Prognose ist die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LV-EF). Als Ejektionsfraktion bezeichnet man den Prozentsatz des Blutvolumens, der von einer Herzkammer (Ventrikel) während einer Herzaktion ausgeworfen wird. Als prognostisch besonders ungünstig wird eine LV-EF  $< 35$  % angesehen. Für die Beurteilung der Fahreignung wird nicht zwischen einem ersten und weiteren ACS differenziert. Im chronischen Stadium nach ACS wird auch auf die Empfehlungen im Kapitel „Herzinsuffizienz“ hingewiesen.

## **Gruppe 1**

Nach komplikationslosem Verlauf (LV-Ejektionsfraktion  $> 35$  %) ist die Fahreignung nach Entlassung aus der Klinik gegeben. Liegt die LV-EF  $\leq 35$  % oder bestand eine akute dekompensierte Herzinsuffizienz im Rahmen eines akuten Herzinfarktes (STEMI/NSTEMI) kann die Fahreignung 4 Wochen nach dem Ereignis wieder gegeben sein. Eine kardiologische Untersuchung ist erforderlich.

## **Gruppe 2**

In den ersten 6 Wochen nach ACS liegt keine Fahreignung vor. Bei einer Ejektionsfraktion  $> 35$  % kann die Fahreignung nach 6 Wochen wieder gegeben sein. Bei einer EF  $\leq 35$  % liegt keine Fahreignung vor. Der Einzelfall ist unter Berücksichtigung eventueller Auflagen zu beurteilen. Eine kardiologische Untersuchung ist erforderlich.

#### **3.4.4.2 Stabile Angina pectoris**

##### **Gruppe 1**

In der Regel keine Restriktion.

##### **Gruppe 2**

Bei symptomatischer Angina auf niedriger Belastungsstufe ist die Fahreignung nicht gegeben.

#### **3.4.4.3 Nach PCI (Perkutane Koronarintervention)**

##### **Gruppe 1**

Nach PCI und gutem klinischen Ergebnis ist die Fahreignung gegeben.

##### **Gruppe 2**

4 Wochen nach PCI mit gutem klinischem Ergebnis kann die Fahreignung wieder gegeben sein. Jährliche fachärztliche Kontrolluntersuchungen sind notwendig.

#### **3.4.4.4 Koronare Bypassoperation**

##### **Gruppe 1**

Die Fahreignung kann in Abhängigkeit von der Rekonvaleszenz 2 - 4 Wochen nach der Bypassoperation wieder gegeben sein.

##### **Gruppe 2**

Eine Fahreignung ist nach vollständiger Rekonvaleszenz einschließlich Sternumstabilität (in der Regel 3 Monate nach Bypassoperation) gegeben. Bei kompliziertem postoperativem Verlauf ist eine individuelle Einschätzung durch eine kardiologische Nachuntersuchung notwendig.

#### **3.4.5 Herzinsuffizienz**

Bei der Herzinsuffizienz wird zwischen der primär systolischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion und der diastolischen Herzinsuffizienz mit erhaltener systolischer Pumpfunktion (LV-EF > 50 %) unterschieden. Da die leitliniengerechte Herzinsuffizienztherapie einen großen Einfluss auf die Prognose hat, ist die Therapietreue des Patienten, insbesondere die des Berufsfahrers, bei der Einschätzung der Fahreignung unbedingt zu berücksichtigen.

Für die Gruppe 2 sind jährliche kardiologische Kontrolluntersuchungen notwendig.

Die Einteilung der Herzinsuffizienz erfolgt nach der New York Heart Association (NYHA) Klassifikation entsprechend der Leistungsfähigkeit der Patienten:

<b>NYHA I</b>	Herzerkrankung ohne körperliche Limitation. Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine inadäquate Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris
<b>NYHA II</b>	Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Alltägliche körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris
<b>NYHA III</b>	Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Geringe körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris
<b>NYHA IV</b>	Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe

### **Gruppe 1**

#### **NYHA I, II, III (wenn stabil)**

Keine Einschränkung.

#### **NYHA III (instabil) und NYHA IV**

Keine Fahreignung.

### **Gruppe 2**

#### **NYHA I, II**

Bei einer Ejektionsfraktion (EF) > 35 % ist Fahreignung gegeben.

#### **NYHA III, IV**

Keine Fahreignung.

### **3.4.5.1 Herztransplantation**

#### **Gruppe 1**

Bei klinisch stabilen Patienten ist nach Herztransplantation und erfolgreicher Rekonvaleszenz die Fahreignung wieder gegeben.

#### **Gruppe 2**

In der Regel liegt keine Fahreignung vor. Liegt die Herztransplantation länger als 5 Jahre zurück, kann die Fahreignung in Ausnahmefällen gegeben sein; regelmäßige fachärztliche Kontrollen sind notwendig. Die Fahrerlaubnis kann mit Auflagen versehen werden.

### **3.4.5.2 Herzunterstützungssysteme (VAD)**

#### **Gruppe 1**

Die Fahreignung kann nach individueller fachärztlicher Beurteilung wieder gegeben sein.

**Gruppe 2**

Die Fahreignung ist generell nicht mehr gegeben.

**3.4.6 Periphere arterielle Verschlusskrankheit****Gruppe 1**

Bei Ruheschmerzen liegt keine Fahreignung vor. Nach erfolgreicher Operation oder Intervention mit unkompliziertem Verlauf kann die Fahreignung nach einer Rekonvaleszenz von etwa 1 Woche postoperativ oder 24 Stunden nach Intervention wieder gegeben sein.

Bei Vorliegen einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) oder eines Insults (Schlaganfall) sind die Auflagen der neurologischen Erkrankungen heranzuziehen.

**Gruppe 2**

Bei Ruheschmerzen ist die Fahreignung nicht gegeben. 4 Wochen nach erfolgreicher Operation oder 1 Woche nach erfolgreicher Intervention kann die Fahreignung nach fachärztlicher individueller Einschätzung vorliegen. Eine klinische Diagnostik wird empfohlen, um die häufig assoziierte koronare Herzerkrankung in die Risikoeinschätzung einzubeziehen.

Bei Vorliegen einer TIA oder eines Insults sind die Auflagen der neurologischen Erkrankungen heranzuziehen.

**3.4.6.1 Aortenaneurysmen****Gruppe 1**

Bei fehlender Symptomatik ist unabhängig von der Lokalisation die Fahreignung gegeben. Nach Operationen oder Interventionen besteht nach 2-4 Wochen Rekonvaleszenz wieder Fahreignung.

**Gruppe 2**

Es besteht keine Einschränkung der Fahreignung bei asymptomatischem Aneurysmadurchmesser der Aorta bis 5,5 cm, auch unabhängig von der Lokalisation. Bei geringerem Durchmesser des Aneurysma besteht bei speziellen Krankheiten (z.B. Marfan-Syndrom, bikuspidale Aortenklappe) dann keine Fahreignung, wenn die Indikation zur Operation zu stellen ist. Gefordert werden mindestens jährliche Kontrolluntersuchungen des Aneurysmadurchmessers. Bei einem operationsbedürftigen Aneurysma der Aorta mit einem Durchmesser > 5,5 cm liegt keine Fahreignung vor. 3 Monate nach operativem Eingriff ist bei vollständiger Rekonvaleszenz die Fahreignung wieder gegeben.

**3.4.7 Herzklappenerkrankungen**

Bei den Herzklappenerkrankungen ist die Aortenklappenstenose wegen ihres Potenzials für das Auftreten von Synkopen für die Beurteilung der Fahreignung von wesentlicher Bedeutung. Die Aortenklappeninsuffizienz und Mitralklappenfehler sind zwar häu-

fig, sind aber in der Regel über die mit ihnen assoziierten Gefahren für das Auftreten einer Herzinsuffizienz hinaus nicht mit einer akuten Beeinträchtigung der Fahreignung behaftet.

### **Gruppe 1**

Asymptomatische oder gering symptomatische Klappenfehler schränken in der Regel die Fahreignung nicht ein. Liegen eine Symptomatik NYHA IV oder Synkopen vor, besteht die Fahreignung erst wieder nach erfolgreicher medikamentöser, interventioneller oder operativer Therapie. Nach Herzklappenoperationen besteht nach Rekonvaleszenz von 2-4 Wochen wieder Fahreignung.

### **Gruppe 2**

Liegt eine Ejektionsfraktion < 35 % oder NYHA III /NYHA IV vor, besteht generell keine Fahreignung. Auch bei schwerer Mitralklappenstenose, schwerer Aortenklappenstenose und schwerer pulmonaler Hypertension ist die Fahreignung nicht gegeben. Bei asymptomatischen Vitien kann die Fahreignung bestehen; auch hier steht die Einzelfallentscheidung im Vordergrund. Nach Herzklappenoperationen besteht nach Rekonvaleszenz von 3 Monaten ggf. wieder Fahreignung.

## **3.4.8. Angeborene Herzerkrankungen**

### **Gruppe 1 und 2**

Die Fahreignung kann bei angeborenen Herzerkrankungen mit oder ohne operative Intervention gegeben sein. Bei der Beurteilung der Fahreignung steht hier die individuelle Beurteilung im Vordergrund, auch müssen die Komplexität und die damit verbundenen Risiken (Arrhythmie, plötzlicher Herztod) der zugrunde liegenden Erkrankung berücksichtigt werden.

## **3.4.9 Kardiomyopathien**

### **3.4.9.1 Hypertrophe Kardiomyopathien (HCM)**

#### **Gruppe 1**

Für Fahrer mit einer hypertrophen Kardiomyopathie (HCM) ohne das Vorhandensein von Synkopen liegt in der Regel Fahreignung vor.

#### **Gruppe 2**

Die Fahreignung liegt in Abhängigkeit von Risikofaktoren vor. Die individuelle Beurteilung steht hier im Vordergrund. Eine jährliche kardiologische Kontrolluntersuchung ist notwendig.

Die Fahreignung ist nicht gegeben bei Vorliegen von Synkopen oder wenn zwei der folgenden vier Bedingungen vorliegen: a) linksventrikuläre Wanddicke > 3 cm; b) nicht-anhaltende ventrikuläre Tachykardie; c) anamnestisch plötzlicher Herztod bei Verwandten 1. Grades; d) keine Steigerung des Blutdruckes bei Belastung.

### **3.4.9.2. Andere Kardiomyopathien**

#### **Gruppe 1**

Bei Vorliegen von seltenen Kardiomyopathien (z.B. arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie, restriktive Kardiomyopathie [z. B. myokardiale Speichererkrankungen]) besteht bei fehlender Symptomatik und fehlenden tachykarden Rhythmusstörungen in der Regel Fahreignung.

#### **Gruppe 2**

Bei der Beurteilung muss die aktuelle Literatur zur Risikoeinschätzung herangezogen werden. Liegt die Indikation zur Implantation eines ICD vor, ist von einer fehlenden Fahreignung auszugehen.

### **3.4.10 Ionenkanalerkrankungen**

#### **3.4.10.1 Long-QT-Syndrom**

Das Long-QT-Syndrom gehört zur Gruppe der Ionenkanalerkrankungen mit pathologisch verlängertem QT-Intervall. Das Long-QT-Syndrom ist eine seltene Krankheit, die bei sonst herzgesunden Menschen zum plötzlichen Herztod führen kann.

#### **Gruppe 1**

Asymptomatische Patienten, die die Diagnose zufällig oder im Rahmen einer Familienuntersuchung erhalten haben, sind fahrgeeignet. Bei rhythmogenen Komplikationen ist das Kapitel „Herzrhythmusstörungen“ heranzuziehen.

Die Fahreignung ist nicht gegeben bei Vorliegen von Synkopen oder Torsades de(s) Pointes Tachykardien.

Die Fahreignung kann nach erfolgreicher Therapie wieder gegeben sein. Nach Implantation eines ICDs sind die entsprechenden Auflagen zu berücksichtigen.

#### **Gruppe 2**

Bei anamnestisch bekannten Synkopen, Torsades de(s) Pointes Tachykardien oder einer QTc Zeit > 500 msec ist die Fahreignung nicht gegeben.

#### **3.4.10.2 Brugada-Syndrom**

Asymptomatische Patienten, die die Diagnose zufällig oder im Rahmen einer Familienuntersuchung erhalten haben, sind fahrgeeignet.

#### **Gruppe 1**

Die Fahreignung ist nach Überleben eines plötzlichen Herztodes nicht gegeben. Nach Implantation eines ICDs sind die entsprechenden Leitlinien heranzuziehen.

#### **Gruppe 2**

Die Fahreignung ist bei Vorliegen von Synkopen oder nach Überleben eines plötzlichen Herztodes nicht gegeben. Liegen lediglich EKG-Veränderungen wie bei Brugada-Syndrom vor, ist eine individuelle Einschätzung der Fahreignung durch einen für Herzrhythmusstörungen spezialisierten Kardiologen vorzunehmen.

#### **3.4.10.3 Sonstige Ionenkanalerkrankungen (Short-QT-Syndrom, katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie)**

##### **Gruppe 1**

Die Fahreignung ist bei Vorliegen von Synkopen oder nach Überleben eines plötzlichen Herztodes nicht gegeben. Nach Implantation eines ICDs sind die entsprechenden Leitlinien heranzuziehen.

##### **Gruppe 2**

Die Fahreignung ist bei Vorliegen von Synkopen oder nach Überleben eines plötzlichen Herztodes nicht gegeben. Auch nach Implantation eines ICDs besteht keine Fahreignung. Liegen lediglich EKG-Veränderungen (wie bei Brugada-Syndrom) vor, ist eine individuelle Einschätzung der Fahreignung durch einen für Herzrhythmusstörungen spezialisierten Kardiologen vorzunehmen.

#### **3.4.11 Synkopen**

Die Synkope ist definiert als eine plötzlich einsetzende, kurz andauernde Bewusstlosigkeit mit einem Verlust der Haltungskontrolle. Zu den Hauptursachen einer plötzlichen Bewusstlosigkeit am Steuer zählen die neurokardiogenen Synkopen (beinhaltet die vasovagale, die situationsgebundene und die Synkope bei Karotis-Sinus-Syndrom) und die kardiale Arrhythmie. Der Erhebung der Krankengeschichte kommt in der Abklärung von Synkopen eine besondere Bedeutung zu. Für die Beurteilung der Fahreignung ist das Vorkommen von Prodromalsymptomen (z.B. Schwitzen, Schwindel, Übelkeit, Luftnot und/oder Palpitationen) wichtig. Bei richtiger Einschätzung der Prodromalsymptome ist ein rechtzeitiges Anhalten des Fahrzeugs möglich. Daher spielt bei Auftreten dieser Prodromalsymptome die Aufklärung des Patienten durch den behandelnden Arzt eine sehr wichtige Rolle. Synkopen sind differentialdiagnostisch gegen Krampfanfälle abzugrenzen. Das Risiko für erneute Synkopen steigt mit der Zahl früherer Synkopen. Bei Synkopen, die an anderer Stelle abgehandelt werden (Bradykardien, Kammertachykardien), gelten die dort angegebenen Empfehlungen.

##### **Gruppe 1**

Nach einer ersten Synkope besteht weiterhin Fahreignung, sofern die Bedingungen nicht für ein sehr hohes Rezidivrisiko sprechen (z.B. hochgradige Aortenklappenstenose).

Kommt es (ggf. nach einer vermeintlich adäquaten Therapie) zu einer weiteren Synkope, sollte eine erneute (evtl. erweiterte) Diagnostik stattfinden, um insbesondere selten auftretende bradykarde oder tachykarde Rhythmusstörungen zu diagnostizieren. Bei

wiederholter (unklarer) Synkope ist die Fahreignung für mindestens 6 Monate nicht mehr gegeben. Die Einzelfallbeurteilung steht hier im Vordergrund.

## **Gruppe 2**

Nach einer ersten Synkope besteht weiterhin Fahreignung, sofern die Bedingungen nicht für ein sehr hohes Rezidivrisiko sprechen (z.B. hochgradige Aortenklappenstenose).

Die Fahreignung kann nach einer rezidivierenden Synkope mit geringem Risiko für ein Auftreten beim Führen eines Fahrzeuges (z.B. Miktionssynkope) weiterhin gegeben sein.

Bei rezidivierenden Synkopen unklarer Genese ist die Fahreignung nicht gegeben. Sollten die Ursachen der Synkopen erkannt und das Auftreten erneuter Synkopen sicher verhindert werden können, kann im Einzelfall die Fahreignung wieder gegeben sein.

## Tabellarische Übersicht der Herz- und Gefäßkrankheiten und deren Auswirkungen auf die Fahreignung

**Tabelle 1: Fahreignung bei bradykarden Arrhythmien**

Bradykarde Arrhythmien	Gruppe 1	Gruppe 2
SA-Blockierung		
- ohne Synkope	Keine Einschränkung	Keine Einschränkung
- mit Synkope	Nicht geeignet bis effektive Therapie, danach siehe SM	Nicht geeignet bis effektive Therapie, danach siehe SM
AV-Block I	Keine Einschränkung	Keine Einschränkung
AV-Block II (Typ Mobitz)		
- ohne Synkope	Ggf. geeignet bis SM-Therapie	Nicht geeignet bis SM-Therapie
- mit Synkope	Nicht geeignet bis effektive Therapie, in der Regel SM (danach siehe SM)	Nicht geeignet bis effektive Therapie, in der Regel SM (danach siehe SM)
AV-Block III (angeboren)	Keine Einschränkung, solange keine Synkope und keine SM-Indikation vorliegen	In der Regel nicht geeignet
AV-Block III (erworben)	Nicht geeignet bis effektive Therapie, danach siehe SM	Nicht geeignet bis effektive Therapie, danach siehe SM
LSB/RSB/Hemiblöcke	Keine Einschränkung	Keine Einschränkung
Alternierende Schenkelblockbilder	Nicht geeignet bis effektive Therapie	Nicht geeignet bis effektive Therapie
Bifaszikuläre Schenkelblockbilder mit Synkope	Nicht geeignet bis effektive Therapie	Nicht geeignet bis effektive Therapie
Patient nach SM		
- nicht schrittmacherabhängig und keine Synkopenanamnese	Geeignet nach einer Woche	Geeignet nach einer Woche
Patient nach SM		
- Schrittmacherabhängig oder Synkopenanamnese	Geeignet nach einer Woche	Geeignet nach 4 Wochen

**Tabelle 2: Fahreignung bei supraventrikulären Arrhythmien**

Tachykarde Arrhythmien	Gruppe 1	Gruppe 2
Supraventrikuläre Extrasystolen	Keine Einschränkung	Keine Einschränkung
AV-Knoten-Reentry-Tachykardie/ Ektopie atriale Tachykardie		
- ohne Synkope	Keine Einschränkung	Keine Einschränkung
- mit Synkope	Geeignet nach effektiver Therapie	Geeignet 1 Monat nach effektiver Therapie, kardiologische Nachuntersuchung
WPW-Syndrom		
- ohne Vorhofflimmern, ohne Synkopen	Keine Einschränkung	Keine Einschränkung
- mit Vorhofflimmern	Keine Einschränkung	Nach erfolgreicher Ablationstherapie, kardiologische Nachuntersuchung
- mit Synkopen	Geeignet nach effektiver Therapie	Geeignet 1 Monat nach effektiver Therapie, fachärztliche Nachuntersuchung
Vorhofflimmern/-flattern ohne Synkope	Keine Einschränkung	Keine Einschränkung
Vorhofflimmern/-flattern mit Synkope	Geeignet nach effektiver Therapie	Geeignet 1 Monat nach effektiver Therapie, kardiologische Nachuntersuchung

**Tabelle 3: Fahreignung bei ventrikulären Arrhythmien**

Tachykarde Arrhythmien	Gruppe 1	Gruppe 2
<b>Keine strukturelle Herzerkrankung, keine Ionenkanalerkrankung</b>		
Ventrikuläre Extrasystolen	Keine Einschränkung	Keine Einschränkung
Nicht-anhaltende Kammertachykardie (NSVT) ohne Synkope	Keine Einschränkung	Individuelle Entscheidung, in der Regel fahrg geeignet. Bei polymorphen NSVT kardiologische Untersuchung, individuelle Entscheidung. Fahreignung kann gegeben sein.
Anhaltende Kammertachykardie ohne Synkope	Keine Einschränkung	Fahreignung im Einzelfall möglich, kardiologische Untersuchung
Kammertachykardie mit Synkope	Nach effektiver Therapie	Geeignet 1 Monat nach effektiver Therapie, kardiologische Nachuntersuchung
Kammerflimmern mit ICD-Indikation	Siehe ICD Sekundärprävention	Keine Fahreignung
<b>Strukturelle Herzerkrankung</b>		
Ventrikuläre Extrasystolen	Keine Einschränkung	Keine Einschränkung
Anhaltende Kammertachykardie mit/ohne Synkope		Siehe ICD
Kammerflimmern		Siehe ICD
Nicht-anhaltende Kammertachykardie		
- ohne Synkope	Individuelle Entscheidung, in der Regel geeignet	Individuelle Entscheidung, kardiologische Untersuchung.
- mit Synkope	Nicht geeignet	Nicht geeignet

**Tabelle 4: Fahreignung bei Schrittmacher / ICD**

	Gruppe 1	Gruppe 2
Z.n . Schrittmacherimplantation oder Schrittmacherwechsel	Keine Einschränkung	Fahreignung nach einer (bei Schrittmacherabhängigkeit bzw. Synkopen in der Anamnese nach vier) Woche(n)
<b>ICD</b>		
Primärprävention	Fahreignung nach 1 – 2 Wochen	In der Regel nicht geeignet
Sekundärprävention	Fahreignung nach 3 Monaten	In der Regel nicht geeignet
Nach adäquatem Schock	In der Regel Fahreignung nach 3 Monaten	In der Regel nicht geeignet
Nach inadäquatem Schock	Fahreignung nach Beseitigung der zugrundeliegenden Ursache	In der Regel nicht geeignet
Nach Aggregatwechsel	Fahreignung nach 1 Woche	In der Regel nicht geeignet
Nach Sondenwechsel	In der Regel Fahreignung nach 1-2 Wochen	In der Regel nicht geeignet
Rezidivierende Kammertachykardien	Einzelfallbeurteilung, kardiologische Untersuchung	In der Regel nicht geeignet
Verweigerung eines ICD	Primärpräventiv: keine Restriktion; Sekundärpräventiv: Fahreignung nach 6 Monaten	In der Regel nicht geeignet

**Tabelle 5: Fahreignung bei anderen kardiovaskulären Erkrankungen**

	Gruppe 1	Gruppe 2
Arterielle Hypertonie	Keine Fahreignung bei zerebraler Symptomatik und/oder Sehstörungen	Keine Fahreignung bei zerebraler Symptomatik und/oder Sehstörungen. Systolische Blutdruckwerte > 180 mmHg und/oder diastolische Blutdruckwerte > 110 mmHg können die Fahreignung in Frage stellen
Arterielle Hypotonie	Keine Einschränkung	Keine Einschränkung
Akutes Koronarsyndrom (ACS)	Nach komplikationslosem Verlauf (EF > 35 %) ist die Fahreignung gegeben. Bei einer EF < 35 % oder bei akuter dekompensierter Herzinsuffizienz im Rahmen eines akuten Infarktes kann die Fahreignung nach 4 Wochen gegeben sein; Einzelfallbeurteilung	Bei EF > 35 % kann die Fahreignung nach 6 Wochen gegeben sein. Bei einer EF < 35 % keine Fahreignung
Stabile Angina pectoris	Keine Einschränkung	Bei symptomatischer Angina auf niedriger Belastungsstufe keine Fahreignung
Nach PCI	Keine Einschränkung nach PCI und gutem klinischen Ergebnis	Fahreignung 4 Wochen nach gutem klinischen Ergebnis; jährliche fachärztliche Kontrolluntersuchungen
Koronare Bypassoperation	Fahreignung nach 2-4 Wochen	Fahreignung nach 3 Monaten
Herzinsuffizienz		
NYHA I	Keine Einschränkung	Fahreignung, wenn EF > 35 %
NYHA II	Keine Einschränkung	Fahreignung, wenn EF > 35 %
NYHA III	Keine Einschränkung (wenn stabil), sonst nein	Keine Fahreignung
NYHA IV	Keine Fahreignung	Keine Fahreignung
Z.n. Herztransplantation	Nach erfolgreicher Rekonvaleszenz ist die Fahreignung gegeben	In der Regel keine Fahreignung
Herzunterstützungssysteme	Individuelle Entscheidung	Keine Fahreignung
PAVK	Bei Ruheschmerz keine Fahreignung, Nach Intervention (nach 24 Stunden) oder nach Operation (nach 1 Woche) kann die Fahreignung gegeben sein	Bei Ruheschmerz keine Fahreignung, Nach Intervention (nach 1 Woche) oder nach Operation (nach 4 Wochen) kann die Fahreignung gegeben sein

Aortenaneurysma, asymptomatisch	Keine Einschränkung	Keine Einschränkung bei einem Aortendurchmesser bis 5,5 cm. Keine Fahreignung bei einem operationsbedürftigen Aortendurchmesser > 5,5 cm.
Herzklappenerkrankungen	Fahreignung bei asymptomatischen/ gering symptomatischen Klappenfehlern; nach Herzklappenoperationen besteht nach Rekonvaleszenz nach 2-4 Wochen wieder Fahreignung	Keine Fahreignung bei EF<35 %, NYHA III/IV; schwerer Mitralklappenstenose, schwerer Aortenklappenstenose, schwerer pulmonaler Hypertonie. Nach Herzklappenoperationen nach Rekonvaleszenz nach 3 Monaten ggf. wieder fahrgerecht.
Angeborenen Herzerkrankung	Individuelle Entscheidung	Individuelle Entscheidung
Hypertrophe Kardiomyopathien	In der Regel Fahreignung	In Abhängigkeit von Risikofaktoren, individuelle Beurteilung
Ionenkanalerkrankungen		
Long-QT-Syndrom	Asymptomatische Personen sind fahrgerecht. Die Fahreignung ist nicht gegeben bei Vorliegen von Synkopen oder Torsades de(s) Pointes Tachykardien	Keine Fahreignung bei bekannten Synkopen, Torsades de(s) Pointes Tachykardien oder einer QTcZeit > 500 msec.
Brugada-Syndrom	Nach Überleben eines plötzlichen Herztodes ist die Fahreignung nicht gegeben	Keine Fahreignung bei Vorliegen von Synkopen oder nach Überleben eines plötzlichen Herztodes
Sonstige Ionenkanalerkrankungen	Keine Fahreignung bei Vorliegen von Synkopen oder nach Überleben eines plötzlichen Herztodes	Keine Fahreignung bei Vorliegen von Synkopen oder nach Überleben eines plötzlichen Herztodes
Synkopen		
- nach erster Synkope	Keine Einschränkung	Keine Einschränkung, wenn kein Hinweis auf hohes Rezidivrisiko
- wiederholte (unklare) Synkope(n)	Erneute Diagnostik; Fahreignung frühestens nach 6 Monaten; Einzelfallbeurteilung	In der Regel keine Fahreignung; Einzelfallbeurteilung

## **Gültig ab: 1. Mai 2014**

### **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
<b>Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 Ausgeglichene Stoffwechsellage, keine Folgekomplikationen, keine Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörungen</b>	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
<b>Nach erstmaliger Stoffwechselentgleisung oder bei neuer Einstellung</b>		nach Einstellung (stabile Stoffwechselführung)		nach Einstellung (stabile Stoffwechselführung über 3 Monate)	
<b>Gestörte Hypoglykämiewahrnehmung</b>		nicht geeignet, bis Hypoglykämiewahrnehmung wiederhergestellt		nicht geeignet, bis Hypoglykämiewahrnehmung wiederhergestellt	
<b>Mehr als eine fremdhilfebedürftige Hypoglykämie im Wachzustand in den letzten 12 Monaten</b>		nicht geeignet, bis Stoffwechsellage stabil und Hypoglykämiewahrnehmung sichergestellt ist		nicht geeignet, bis Stoffwechsellage stabil und Hypoglykämiewahrnehmung sichergestellt ist	
<b>Anhaltende Hyperglykämie</b>		Nicht geeignet, wenn Konzentration, Reaktion und Aufmerksamkeit beeinträchtigt (ggf. fachärztliche Einzelfallbeurteilung)		Nicht geeignet, wenn Konzentration, Reaktion und Aufmerksamkeit beeinträchtigt (ggf. fachärztliche Einzelfallbeurteilung)	
<b>Spätkomplikationen, Folgeerkrankungen</b>		siehe entsprechende Kapitel		siehe entsprechende Kapitel	

**Gültig ab: 1. Februar 2000**

### **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.

**Gültig ab: 1. Februar 2000**

### **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).

**Gültig ab: 1. Februar 2000**

### **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

**Gültig ab: 1. Februar 2000**

### 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.

## **Gültig ab: 1. Februar 2000**

### **3.9.2 Erkrankungen der neuromuskulären Peripherie**

#### **Leitsätze**

Wer

- unter myopathischem Muskelschwund,
- an myasthenischem Syndrom,<sup>2</sup>
- an myotonischem Syndrom<sup>3</sup> 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 3.11 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-

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

<sup>3</sup> 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.

## **Gültig ab: 1. Februar 2000**

### **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 3.10.2 (Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen).

## **Gültig ab: 1. Februar 2000**

### **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, Aphasien<sup>4</sup>, Gesichtsfeldausfällen) nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden (siehe Kapitel 3.9.6 Anfallsleiden).

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.

---

<sup>4</sup> 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.

## **Gültig ab: 1. Februar 2000**

### **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 3.10.2 (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 3.10.2 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 3.10.2 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 Symptombefreiheit 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.

## **Gültig ab: 2. November 2009**

### **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 Führerscheingruppe 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 unprovzierten 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"> <li>• Mindestens 1-jährige Anfallsfreiheit (auch mit medikamentöser Therapie)</li> <li>• Keine eignungs ausschließenden Nebenwirkungen der Therapie</li> </ul>	In der Regel keine Kraftfahreignung; Ausnahme: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens 5-jährige Anfallsfreiheit ohne medikamentöse Therapie</li> </ul>
Persistierende Anfälle ohne zwangsläufige Einschränkung der Kraftfahreignung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschließlich an den Schlaf gebundene Anfälle nach mindestens 3-jähriger Beobachtungszeit</li> <li>• Ausschließlich einfache fokale Anfälle ohne Bewusstseinsstörung und ohne motorische, sensorische oder kognitive Behinderung nach mindestens 1-jähriger Beobachtungszeit</li> </ul>	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.

**Gültig ab: 1. Mai 2014**

### **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 „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 „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 alltäglichen 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 Schleimhautreäumen 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 Führerscheinbewerber 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 Kompensationsvorgänge 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 „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 „Psychische Erkrankungen“.

**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 „Psychische Erkrankungen“.

**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 „Psychische Erkrankungen“.

**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.

## Tabellarische Übersicht der wichtigsten Untersuchungsmethoden

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

### 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 Gehstest, asymmetrische Reaktionen in rotatorischen Prüfungen, asymmetrische Reaktionen in optokinetischen Tests und pathologische Abweichungen der subjektiven Vertikalen.

**Tabellarische 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
<b>BPLS</b>		Geeignet nur nach erfolgreicher Therapie oder Spontanremission	Lagerungsprüfung	Geeignet nur nach erfolgreicher Therapie oder Spontanremission	Lagerungsprüfung
<b>Menièrescher Symptomkomplex</b>	<b>Keine Anzeichen für aktive Mèniere-Erkrankung</b>	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
	<b>aktive Mèniere-Erkrankung</b>	Nur in Ausnahmefällen geeignet (nach 2-jähriger Beobachtungszeit)  Keine Fahreignung für einspurige Fahrzeuge.	Fachärztliche Untersuchung	Keine Fahreignung	
<b>Akute unilaterale Vestibulopathie</b>		Geeignet nur nach erfolgreicher Kompensation. Keine Fahreignung für einspurige Fahrzeuge bei persistierendem Vestibularisausfall	Fachärztliche Untersuchung	Geeignet nur nach erfolgreicher Kompensation	Fachärztliche Untersuchung
<b>Bilaterale Vestibulopathie</b>		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	---
<b>Bogengangsfistel/ Cholesteatom</b>		Nur nach erfolgreicher Therapie geeignet	---	Nur nach erfolgreicher Therapie geeignet	

<b>Ohrradikalhöhle</b>	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
<b>Vestibularisschwannom (syn. Akustikusneurinom)</b>	Ggf. nach erfolgreicher Therapie/Kompensation geeignet. Keine Fahreignung für einspurige Fahrzeuge	Fachärztliche Untersuchung	Ggf. nach erfolgreicher Therapie/Kompensation geeignet	Fachärztliche Untersuchung
<b>Vestibularisparoxysmie</b>	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
<b>Zentral-vestibuläre Schwindelformen</b>	<b>Gruppe 1</b>	<b>Auflagen Gruppe 1</b>	<b>Gruppe 2</b>	<b>Auflagen Gruppe 2</b>
<b>Zentral-vestibuläre Schwindelformen (außer Migräneschwindel)</b>	In der Regel keine Fahreignung	Einzelfallentscheidung und fachärztliche Untersuchung	In der Regel keine Fahreignung	Einzelfallentscheidung und fachärztliche Untersuchung
<b>Migräneschwindel</b>	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
<b>Nicht-vestibuläre Schwindelformen</b>	<b>Gruppe 1</b>	<b>Auflagen Gruppe 1</b>	<b>Gruppe 2</b>	<b>Auflagen Gruppe 2</b>
<b>Okulärer Schwindel</b>	Siehe Kapitel „Sehvermögen“	Fachärztliche Begutachtung	Siehe Kapitel „Sehvermögen“	Fachärztliche Begutachtung
<b>Medikamenteninduzierter Schwindel</b>	In der Regel keine Fahreignung	Siehe Kapitel Dauertherapie mit Arzneimitteln	In der Regel keine Fahreignung	Siehe Kapitel Dauertherapie mit Arzneimitteln
<b>Halswirbelsäule und Schwindel</b>	Bei anhaltendem Schwindel keine Fahreignung	Fachärztliche Einzelfallbeurteilung	Bei anhaltendem Schwindel keine Fahreignung	Fachärztliche Einzelfallbeurteilung
<b>Psychogene Schwindelformen</b>	<b>Gruppe 1</b>	<b>Auflagen Gruppe 1</b>	<b>Gruppe 2</b>	<b>Auflagen Gruppe 2</b>
	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

**Gültig ab: 14. August 2017**

### **3.11 Tagesschläfrigkeit**

Übermäßige Tagesschläfrigkeit und damit verbundene Aufmerksamkeitsdefizite sind häufige Ursachen von Verkehrsunfällen. Tagesschläfrigkeit kann durch Schlafmangel, Medikamente, Drogen und Alkohol, aber auch durch reduzierte Erholbarkeit des Schlafs aufgrund von Schlafstörungen oder durch Störungen der Schlaf-Wachregulation verursacht werden.

Die Begriffe Schläfrigkeit oder Müdigkeit werden sowohl in der Alltagssprache als auch in der Fachliteratur häufig synonym verwendet. Aus schlafmedizinischer Sicht lässt sich der Begriff „Tagesschläfrigkeit“ jedoch klarer definieren und messtechnisch besser erfassen als der Ausdruck „Tagesmüdigkeit“ (siehe Kapitel 3.11.1). Daher wird im folgenden Wortgebrauch Tagesschläfrigkeit als Fachbegriff bevorzugt.

Der Schlafstörung „Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom“ wird aufgrund seiner weiten Verbreitung in der Allgemeinbevölkerung eine besondere Bedeutung bei der Beurteilung der Fahreignung beigemessen. Deswegen wird diese Schlafstörung in einem eigenständigen Kapitel (Kap. 3.11.2) aufgeführt.

#### **3.11.1 Messbare auffällige 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, Autobahnfahrten, 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. 1) 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. 1) 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.1, Punkt 1 und Punkt 2a) mindestens ein auffälliger Befund findet oder

**B:** Mindestens 2 der in Tab. 1 unter Punkt 2 benannten Aufmerksamkeitsfunktionen auffällige Befunde zeigen oder

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

**Tab. 1: Merkmalsbereiche und Anforderungsprofil an Untersuchungsmethoden für arbeits- und verkehrsmedizinische Untersuchungen der Tagesschläfrigkeit**

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

\* Die zeitgleiche Durchführung eines EEGs zur Erkennung von Simulations- und Dissimulations-tendenzen 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.

### **3.11.2 Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom**

#### **Leitsätze**

Wer unter einem mittelschweren oder schweren obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom in Verbindung mit einer übermäßigen Tagesschläfrigkeit leidet, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden.

Ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom entspricht einer Anzahl von Apnoen und Hypopnoen (Apnoe-Hypopnoe-Index) zwischen 15 und 29 pro Stunde und ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom einem Apnoe-Hypopnoe-Index von mindestens 30, jeweils im Zusammenhang mit übermäßiger Tagesschläfrigkeit.

Bewerber oder Fahrzeugführer, bei denen der Verdacht auf ein mittelschweres oder schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom besteht, müssen sich einer Untersuchung durch die zuständige Fachdisziplin mittels schlafmedizinischer und somnologischer Qualifikation unterziehen, bevor eine Fahrerlaubnis erteilt oder erneuert wird.

ert wird. Ihnen kann bis zur Bestätigung der Diagnose vom Führen eines Fahrzeugs abgeraten werden.

Bewerbern oder Fahrzeugführern mit mittelschwerem oder schwerem obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom, die ihren Zustand angemessen unter Kontrolle haben, eine geeignete Behandlung einhalten und deren Schläfrigkeit sich verbessert hat, kann eine Fahrerlaubnis erteilt oder erneuert werden. Dies ist durch eine ärztliche Begutachtung zu bestätigen.

Bewerber oder Fahrzeugführer mit mittelschwerem oder schwerem obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom, die sich in Behandlung befinden, müssen sich einer regelmäßigen ärztlichen Kontrolle in Abständen von höchstens drei Jahren für Fahrer der Gruppe 1 und einem Jahr für Fahrer der Gruppe 2 unterziehen um den Grad der Therapie-Compliance, die Notwendigkeit einer Fortsetzung der Behandlung sowie eine weiterhin hohe Vigilanz zu überprüfen bzw. sicher zu stellen.

### **Begründung**

Ein ausreichender Vigilanzgrad ist für das sichere Steuern eines Kraftfahrzeuges eine wichtige Voraussetzung, vor allem bei längeren Fahrzeiten oder während monotoner Fahrstrecken. Eine schlafbezogene Atmungsstörung, die zu einem fragmentierten und nicht erholsamen Schlaf sowie zu einer dauerhaft erhöhten Schläfrigkeit am Tag führt, kann diese Voraussetzung erheblich einschränken.

Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass bei einem mittelschweren bis schweren obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom nicht zwangsläufig die Fahreignung eingeschränkt ist, da die schlafbezogene Atmungsstörung auch ohne auffällige Tagesschläfrigkeit auftreten kann.

Umgekehrt gibt es jedoch ebenso den Fall, dass bereits ein leichtes Schlafapnoe-Syndrom (Apnoe-Hypopnoe-Index kleiner 15) oder obstruktives Schnarchen eine erhöhte Tagesschläfrigkeit bedingen können. Deswegen ist es wichtig, nicht allein die Anzahl der Apnoe und Hypopnoen bei der Diagnose zu erfassen, sondern vor allem die Konsequenzen der Schlafstörung auf die Vigilanz zu bewerten. Folglich muss sich auch eine erfolgreiche Behandlung der Störung an der Schläfrigkeit orientieren: Eine Fahreignung ist erst dann gegeben, wenn nach oder unter geeigneter Therapie (z.B. positive Überdruckbeatmung) keine messbare auffälligen Tagesschläfrigkeit mehr vorliegt (siehe Kapitel 3.11.1).

**Gültig ab: 1. Februar 2000**

### **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 hirnorganischen 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 Stimmung.

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 Wie-

derauftreten 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 Symptombefreiheit 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 Phase 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 3.12 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 Körperempfindungen 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.

## Gültig ab: 1. Februar 2000

### 3.13 Alkohol

#### 3.13.1 Missbrauch<sup>5</sup>

##### Leitsätze

Bei Alkoholmissbrauch sind die Voraussetzungen, die an den Führer eines Kraftfahrzeuges 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.

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.

---

<sup>5</sup> lt. ICD-10 Schädlicher Gebrauch

Der Änderungsprozess kann nachvollziehbar aufgezeigt werden.

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.

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.

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 3.13 (Intellektuelle Leistungseinschränkungen) verwiesen.

Bei Alkoholmissbrauch eines Kranken mit organischer Persönlichkeitsveränderung (infolge Alkohols oder bei anderer Verursachung) ist das Kapitel 3.10.2 (Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen) zu berücksichtigen. Bei Alkoholmissbrauch eines Kranken mit affektiver oder schizophrener Psychose sind zugleich die Kapitel 3.10.4 (Affektive Psychosen) und 3.10.5 (Schizophrene Psychosen) zu berücksichtigen.

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 3.11.2

### 3.13.2 Abhängigkeit

#### Leitsätze

Wer vom Alkohol abhängig ist, kann kein Kraftfahrzeug führen. Diagnostische Leitlinien der Alkoholabhängigkeit nach ICD 10<sup>6</sup> sind:

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

Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.

Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.

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.

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).

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.

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 besteht.

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 Qualitätssicherung genügen (z. B. erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen). Sämtliche

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

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.

**Gültig ab: 1. Februar 2000**

### **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. Tranquilizer<sup>7</sup>, 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 3.11.2 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 unre-

---

<sup>7</sup> 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.

gelmäßigen Abständen). Zur Überprüfung der Angaben über angebliche "Suchtstofffreiheit" 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 3.10.4 Affektive Psychosen und 3.10.5 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 ärztli-

che 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.

## Gültig ab: 1. Februar 2000

### 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.

## Gültig ab: 1. Februar 2000

### 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 Kraftfahrreignung 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.

## Gültig ab: 1. Februar 2000

### 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

Verhaltensauffälligkeiten auszugehen. Derart habituelle Verhaltensweisen sind entsprechend 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.

## **Gültig ab: 1. Februar 2000**

### **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 3.13 (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.

**Gültig ab: 1. Februar 2000**

### **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).

## **Gültig ab: 1. Februar 2000**

### **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 3.13 (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](http://www.gesetze-im-internet.de).

Die amtliche Fassung eines Gesetzes oder einer Rechtsverordnung enthält nach geltendem Recht nur die Papierausgabe 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

Den jeweils gültigen Auszug finden Sie unter [www.bast.de/begutachtungsleitlinien](http://www.bast.de/begutachtungsleitlinien)