



Fahreignung bei neurologischen Erkrankungen

Prof. Dr. Felix von Podewils, MHBA

Klinik und Poliklinik für Neurologie
Interdisziplinäres Epilepsiezentrum
Verkehrsmedizinischer Gutachter

Allgemeine Aspekte zur Beurteilung der Fahreignung

Spezielle Regelungen zur Fahreignung

- Neurologische Erkrankungen und Symptome
- Neuropsychologische Defizite / Psychiatrische Erkrankungen

Wann eine verkehrsmedizinische Begutachtung

Praktische Aspekte

- Wie muss dokumentiert werden?
- Was, wenn jemand dennoch fahren möchte?



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)

AM 	C1 	CE 
A1 	C 	D1E 
A2 	D1 	DE 
A 	D 	L 
B1 	BE 	T 
B 	C1E 	

Dimensionen der Fahreignung



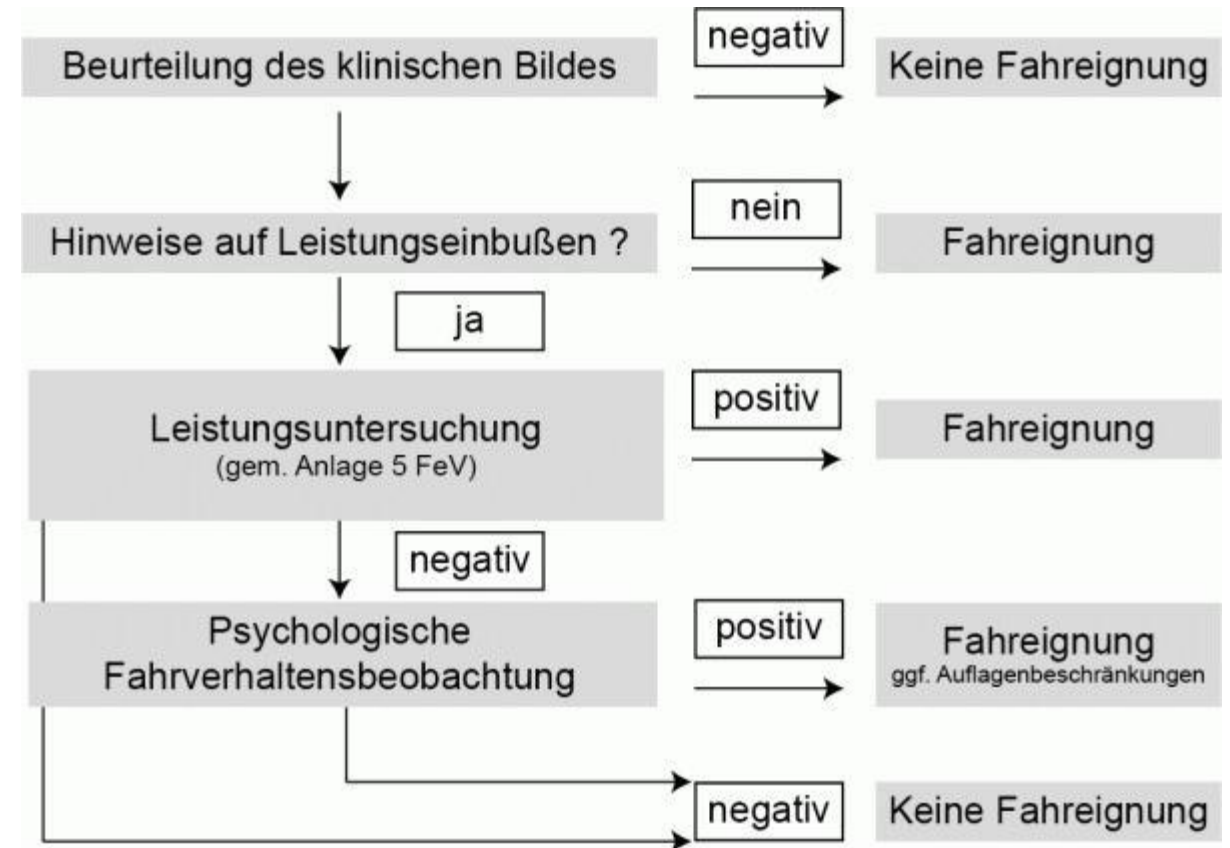
Bei der Beurteilung der Fahreignung wird davon ausgegangen, dass ein Betroffener ein Kraftfahrzeug nur dann nicht sicher führen kann, wenn aufgrund des individuellen körperlich-geistigen (psychischen) Zustandes beim Führen eines Kraftfahrzeugs Verkehrsgefährdung zu erwarten ist.

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.

Beurteilung der Fahreignung

Beurteilung der Fahreignung

1. Bestehen aktuell fahrrelevante Beeinträchtigungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit?
2. Handelt es sich um einen stabilen Befund oder kann es zu einer plötzlichen fahrrelevanten Verschlechterung kommen?
3. Besteht ausreichende Kritik-, Einsichts- und Urteilsfähigkeit hinsichtlich eines sicherheitsgerechten Verhaltens?
4. Gibt es ausreichende Kompensationsmöglichkeiten der fahrrelevanten Eigenschaften?
5. Wie wird der Verlauf der Erkrankung eingeschätzt? Auflagen? Erneute Prüfung?



Laux G, Brunnauer A Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2020; 21 (3): 118-127 ©

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.

Spezielle Regelungen zur Fahreignung

Hörvermögen

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	—	Fachärztliche Eignungsuntersuchung. Regelmäßige ärztliche Kontrolle. Vorherige Bewährung von 3 Jahren Fahrpraxis auf Kfz der Klasse B. Hochgradige Schwerhörigkeit muss – soweit möglich – mit einer adäquaten Hörhilfe nach dem aktuellen Stand der medizinisch-technisch und audiologisch-technischen Kenntnisse korrigiert werden.

- 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
- Entscheidend bei der Beurteilung der Fahreignung ist vor allem die Frage der möglichen Kompensierbarkeit.

Extrapyramidale und cerebelläre Erkrankungen

Eignung oder bedingte Eignung		Beschränkungen/Auflagen bei bedingter Eignung	
Klassen A, A1, A2, B, BE, AM, L, T	Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E, FzF	Klassen A, A1, A2, B, BE, AM, L, T	Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E, FzF
Ja, bei leichten Fällen und erfolgreicher Therapie	nein	Nachuntersuchungen in Abständen von 1, 2 und 4 Jahren	-

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 nervenärztl./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.

Kreislaufabhängige Störungen der Hirntätigkeit

Tab. 2 Fahreignung bei Hirngefäßerkrankungen

	Gruppe 1	Gruppe 2
<i>Transitorisch-ischämische Attacken (TIA)</i>		
Niedriges Risikoprofil, Ursache behandelt	Ja	Ja
Karenzzeit	1 Monat	3 Monate
Hohes Risikoprofil (ABCD2 > 6)	Ja	Ja
Karenzzeit	3 Monate	6 Monate
Bei intrakraniellen Stenosen und Verschlüssen großer Hirnarterien	Ja	Nein
Karenzzeit	6 Monate	Entfällt
Bei extrakraniellen Verschlussprozessen s. Hirninfarkte bei Karotisstenose		

	Gruppe I	Gruppe II	
Visueller Neglect	Wenn für andere nicht mehr auffällig, dann Fahrverhaltensprobe*	i.d.R. nein	* mit NPS, zu verschiedenen Zeiten und mind. 60 min
Sprachstörung	Fahrverhaltensprobe, mgl. mit NPS	Fahrverhaltensprobe ≥60 min	

Hirnfarkte ...		Gruppe 1	Karenzzeit	Gruppe 2	Karenzzeit
Bei intrakraniellen Stenosen und Verschlüssen großer Hirnarterien		Ja	6 Mo	nein	
Bei hochgradiger Karotisstenose	nach erfolgreicher Desobliteration	Ja	1 Mo	Ja	3 Mo
	konservativ behandelt	Ja	3 Mo	Ja	6 Mo
Bei Dissektion		Ja	3 Mo	Ja	6 Mo
Kardioembolisch	CHA2DS2-VASC ≤ 5 , nicht antikoaguliert	Ja	6 Mo	Nein	
	CHA2DS2-VASC > 5 , nicht antikoaguliert	Nein		Nein	
	CHA2DS2-VASC ≤ 5 , antikoaguliert	Ja	1 Mo	Ja	3 Mo
	CHA2DS2-VASC > 5 , antikoaguliert	Ja	1 Mo	Ja	3 Mo
Mikroangiopathisch		Ja	1 Mo	Ja	3 Mo
Unklarer Genese	Niedriges Risikoprofil	Ja	1 Mo	Ja	3 Mo
	Hohes Risikoprofil	Ja	3 Mo	Ja	6 Mo

Epileptische Anfälle und Epilepsien

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, provozierte Anfall mit vermeidbarem Auslöser	Keine Kraftfahreignung für minimal 3 Monate	Keine Kraftfahreignung für minimal 6 Monate
Epilepsie	In der Regel keine Kraftfahreignung; Ausnahme: • Mindestens 1-jährige Anfallsfreiheit (auch mit medikamentöser Therapie) • Keine eignungs ausschließenden Nebenwirkungen der Therapie	In der Regel keine Kraftfahreignung; Ausnahme: • Mindestens 5-jährige Anfallsfreiheit ohne medikamentöse Therapie
Persistierende Anfälle ohne zwangsläufige Einschränkung der Kraftfahreignung	• Ausschließlich an den Schlaf gebundene Anfälle nach mindestens 3-jähriger Beobachtungszeit • Ausschließlich einfache fokale Anfälle ohne Bewusstseinsstörung und ohne motorische, sensorische oder kognitive Behinderung nach mindestens 1-jähriger Beobachtungszeit	Keine Kraftfahreignung
Anfallsrezidiv bei bestehender Fahreignung nach langjähriger Anfallsfreiheit	Kraftfahreignung nach 6 Monaten wieder gegeben (falls keine Hinweise auf erhöhtes Wiederholungsrisiko). Bei vermeidbaren Provokationsfaktoren 3 Monate Fahrpause	Keine Kraftfahreignung
Beendigung einer antiepileptischen Therapie	Keine Kraftfahreignung für die Dauer der Reduzierung des letzten Medikamentes sowie die ersten 3 Monate ohne Medikation (Ausnahmen in gut begründeten Fällen möglich)	Keine Kraftfahreignung

Nach § 2 FeV 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.

TABELLE 2

Schwindelformen und deren Beurteilung

Schwindelform	Gruppe 1	Gruppe 2	Einspurige Fahrzeuge
Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS)	Nach erfolgreicher Therapie oder Spontanremission: Ja		
Akuter einseitiger Vestibularisausfall (z. B. Neuritis Vestibularis)	Nach erfolgreicher Kompensation: Ja		Bei persistierendem vollständigen Vestibularisausfall: Nein
Beidseitige Vestibulopathie	Bei guter Kompensation/lediglich partiellem vestibulären Ausfall: Ja	Nein	
Migräneschwindel	Mit Prodromi: Ja Ohne Prodromi und akutem Beginn: Nur bei Anfallsfreiheit (Beobachtung 3 Jahre)	Mit Prodromi: Ggf. ja (Beobachtung 2 Jahre) ohne Prodromi/akuten Beginn: Nein	



TABELLE 3

Fahreignung bei Synkopen

	Fahrer der Gruppe 1 (Privatfahrer)	Fahrer der Gruppe 2 (Berufsfahrer)
nach erster Synkope	keine Einschränkung	keine Einschränkung, wenn kein Hinweis auf hohes Rezidivrisiko besteht
wiederholte (unklare) Synkope	erneute Diagnostik; Fahreignung frühestens nach 6 Monaten; Einzelfallbeurteilung	in der Regel keine Fahreignung; Einzelfallbeurteilung



Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit



Möglich durch Minderung der

- optischen Orientierung
- der Konzentrationsfähigkeit
- der Aufmerksamkeit
- der Reaktionsfähigkeit
- der Belastbarkeit

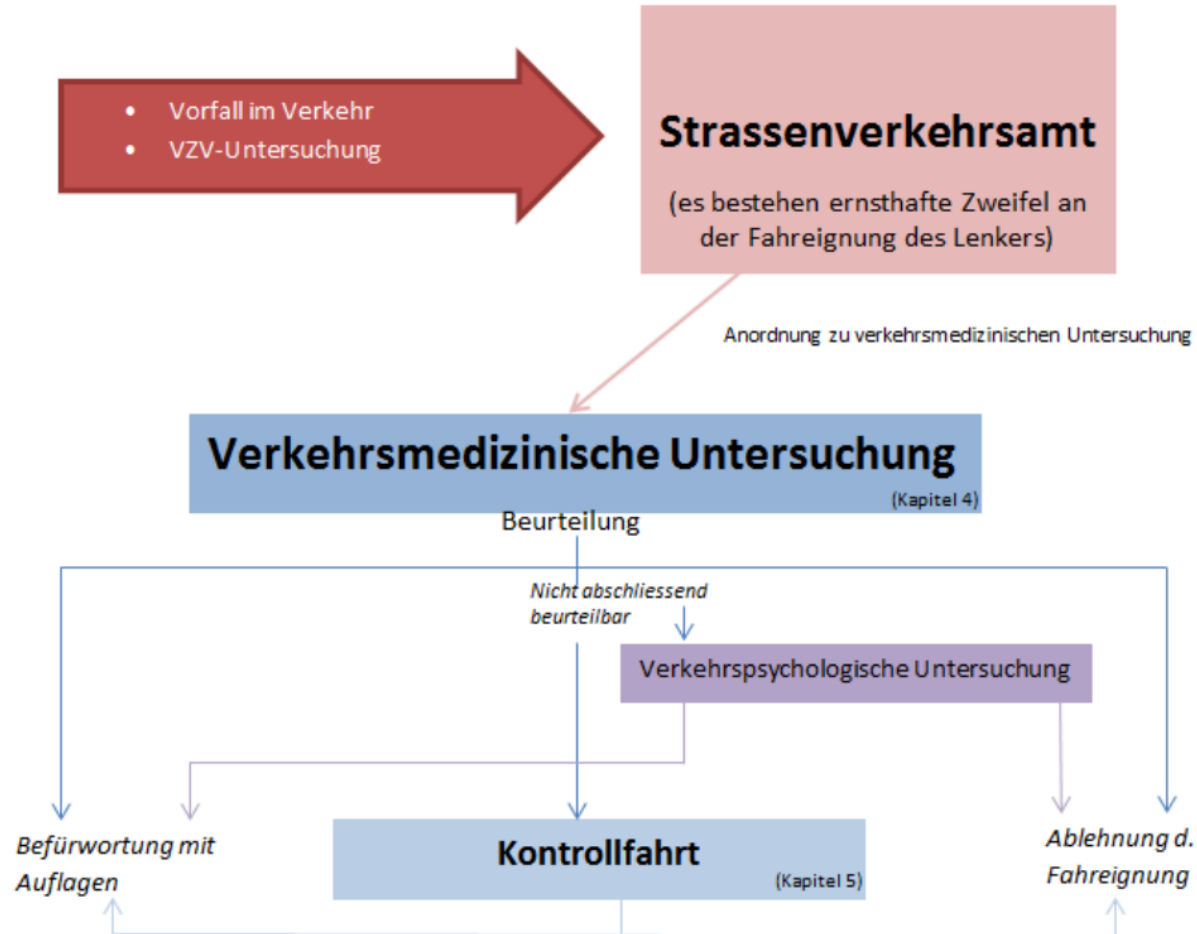
Gebräuchliche Testverfahren

Mini-Mental-Status-Test

Uhrentest

Trail-Making-Test (TMT) Teil A und B

Wann ist eine verkehrsmedizinische Begutachtung sinnvoll?

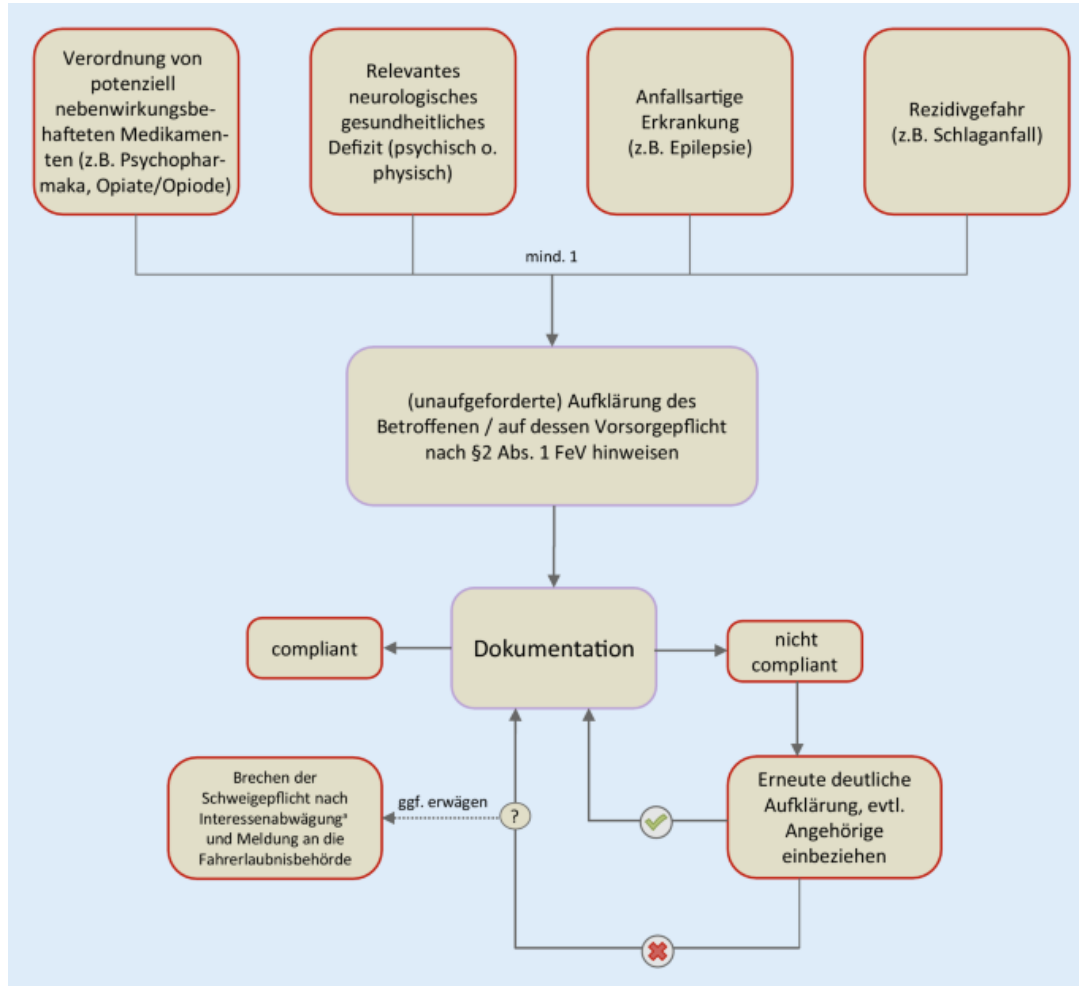


Der Patient möchte dennoch fahren?



Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnis- Verordnung - FeV) § 2 Eingeschränkte Zulassung

(1) Wer sich infolge körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn Vorsorge getroffen ist, dass er andere nicht gefährdet. ...



Der Patient möchte dennoch fahren?



... trotz medizinisch begründeter, fehlender Fahreignung und ausführlicher Aufklärung

- Die Gesetzgebung ist in diesen Fällen nicht eindeutig, keine Rechtssicherheit!
- Abwägen (sog. Rechtsgutabwägung) zwischen
 - "Schweigepflicht" (StGB, § 203, Absatz 1)
 - "Anzeige geplanter Straftaten" (StGB, § 138) und deren spezieller Straflosigkeit (StGB, § 139) sowie dem "Rechtfertigenden Notstand" (StGB, § 34)

Der Patient möchte dennoch fahren?



Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in einem Fall der erfolgten Meldung an die Behörden zwar die vollendete Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht erkannt, diese jedoch aus Notstandsgesichtspunkten (§ 34 StGB) für gerechtfertigt erachtet (Urteil vom 8. Oktober 1968, Az.: VI ZR 168/67; ebenso OLG München, Urteil vom 26. April 1956 Az. Ws 208/56). Allerdings muss der Arzt insoweit die Mitteilung an die Behörden knapp fassen und darf lediglich die die Fahruntauglichkeit begründende Diagnose sowie die Angabe, dass aus ärztlicher Sicht Zweifel an der Fahrtüchtigkeit bestehen, weiterleiten. Eine komplette Darstellung der Krankengeschichte ist hingegen nicht zulässig (vgl. OLG Düsseldorf, Beschluss vom 2. April 2015, Az.: 2 Ws 101/15).



Universitätsmedizin Greifswald • KÖR

Prof. Dr. Felix von Podewils, MHBA

Klinik und Poliklinik für Neurologie

Interdisziplinäres Epilepsiezentrum

Fleischmannstraße 8 • 17475 Greifswald

www.medizin.uni-greifswald.de

© Copyright 2019. All rights reserved.