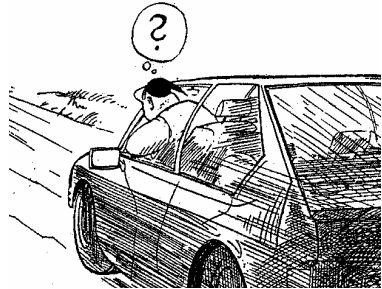


Schlaganfall

**Autofahren nach
Schlaganfall**
(neurologischen Erkrankungen)

**Gesetzliche
Bestimmungen**



**Auszug aus den Begutachtungs- Leitlinien
zur Kraftfahrereignung Heft M 115
Februar 2000 Seite 33- 34-35-36-37**

Seite 2 - 9

**Auszug
Originaltext (Fahrerlaubnis - Verordnung)
(FeV) § 11 Gesundheitliche Gründe – Auszug -**

Seite 10 -13

**Untersuchung durch einem Neurologen mit
"Verkehrsmedizinische Qualifikation"
gemäß § 11, Abs. 2, Satz 3, Nr. 1
der Fahrerlaubnisverordnung (FeV)**

Seite 14 - 16

Begutachtungs- Leitlinien zur Kraftfahrereignung

des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin
beim Bundesministerium für Verkehr,
Bau- und Wohnungswesen
und beim Bundesministerium für Gesundheit

bearbeitet von

H. Lewrenz, Hamburg

Paritätischer Ausschuss:

F. J. Jagow, Bonn

A. Eggersmann, Stuttgart

B. Friedel, Bergisch Gladbach

H. Joachim, Heidelberg †

E. Reif, Bonn

G. Reinhardt, Ulm

W. Schubert, Berlin

E. Stephan, Köln

R. Töfle, Münster

H. Utzelmann, Köln

H. Venhoff, Düsseldorf

H. J. Wagner, Homburg/Saar

W. Winkler, Hannover

**Berichte der
Bundesanstalt für Straßenwesen**

Mensch und Sicherheit Heft M 115

bast

Februar 2000 Seite 33- 34-35-36-37 Bisher „Krankheit und Kraftverkehr,,
5. Auflage des Gutachtens Heft 73/1996 der Schriftenreihe des
Bundesministers für Verkehr 2 B-3-4- 6 D Seite 33+46+47

3.9.4 Kreislaufabhängige Störungen der Hirntätigkeit

(Schlaganfall – Hirnblutung)

Leitsätze

Wer an den Folgen einer Hirnblutung oder -ischämie leidet, ist bei Vorliegen relevanter neurologischer und/oder neuropsychologischer Ausfälle (z. B. Lähmungen, Aphasien⁸, 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 hirnganischen 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.

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 Enzephalopathie) fortschreitende Verschlechterungen möglich, sind Nachuntersuchungen in Abständen von 1, 2 und 4 Jahren zu empfehlen. Da es sich in jedem Fall von Hirnblutung und Hirndurchblutungsstörungen um ein mit Leistungsausfällen und/oder Rückfallgefahren verbundenes Leiden handelt, können die Belastungen, **wie sie beim Führen eines Kraftfahrzeuges der Gruppe 2 entstehen, dem Kranken nicht zugemutet werden.**

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

Leitsätze

Wer eine Schädelhirnverletzung erlitt oder eine Hirnoperation durchmachte, die zu einer Substanzschädigung des Gehirns führte, ist im Allgemeinen, für die Dauer von 3 Monaten nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Eine Ausnahme gilt für Schädelhirnverletzungen, wenn durch eine nervenärztliche/neurologische Untersuchung der Nachweis erbracht wird, dass hirnganische 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 Berücksichti-

gung der Störungen der Motorik nach den "Sicherheitsmaßnahmen bei körperbehinderten Kraftfahrern" (siehe Kapitel 3.3 Bewegungsbehinderungen) und nach den Begutachtungs-Leitlinien 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 Begutachtungs-Leitlinien für chronische hirnorganische Psychosyndrome oder hirnorganische Wesensänderungen erfolgen muss, sei auch für die Begründung auf diese Begutachtungs-Leitlinien (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 Symptommfreiheit im Einzelfall eine Rechtfertigung dafür abgeben, dass die Drei-Monats-Frist nicht abgewartet wird.

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

Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung bei Anfallsleiden" – Leitsätze

(auch nach Krampfanfällen nach Schlaganfall – Hirnverletzungen)

Gruppe 1:

Wer unter persistierenden epileptischen Anfällen oder anderen anfallsartig auftretenden Bewusstseinsstörungen leidet, ist in der Regel nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 gerecht zu werden, solange ein wesentliches Risiko von Anfallsrezidiven besteht. Gleiches gilt bei nicht-epileptischen Anfällen mit akuter Beeinträchtigung des Bewusstseins oder der Motorik wie narkoleptischen Reaktionen, affektiven Tonusverlusten, kardiovaskulären Synkopen, psychogenen Anfällen u.a.

Ausnahmen von der Regel sind unter anderem gerechtfertigt:

- bei einfachen fokalen Anfällen, die keine Bewusstseinsstörung und keine motorische, sensorische oder kognitive Behinderung für das Führen eines Fahrzeugs zur Folge haben und bei denen nach mindestens einjähriger Verlaufsbeobachtung keine relevante Ausdehnung der Anfallssymptomatik und kein Übergang zu komplex-fokalen oder generalisierten Anfällen erkennbar wurde.
- bei ausschließlich an den Schlaf gebundenen Anfällen nach mindestens dreijähriger Beobachtungszeit.

Ein wesentliches Risiko von Anfallsrezidiven ist nicht anzunehmen:

- nach einem einmaligen Anfall (nach einer Beobachtungszeit von 3 - 6 Monaten),
- wenn der Anfall an bestimmte Bedingungen geknüpft war (Gelegenheitsanfall) – wie z.B. an Schlafentzug, Alkoholkonsum oder akute Erkrankungen (Fieber, Vergiftungen, akute Erkrankungen des Gehirns oder Stoffwechselstörungen) – und der Nachweis erbracht wurde, dass jene Bedingungen nicht mehr gegeben sind. Bei Gelegenheitsanfällen im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit ist eine zusätzliche Begutachtung durch Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie oder Rechtsmedizin erforderlich.
- wenn die neurologische Abklärung weder Hinweise auf eine ursächliche morphologische Läsion noch auf eine beginnende idiopathische Epilepsie ergeben hat.
- wenn der Betroffene ein Jahr anfallsfrei geblieben ist und kein wesentliches Risiko weiterer Anfälle besteht. Bei langjährig bestehenden, bislang therapieresistenten Epilepsien beträgt die erforderliche anfallsfreie Zeit 2 Jahre. Das Elektroenzephalogramm (EEG) muss dabei nicht von den für Epilepsie typischen Wellenformen frei sein. Eine massiv ausgeprägte Spike-wave-Tätigkeit im EEG, eine im Verlauf nachgewiesene Zunahme von generalisierten Spike-wave-Komplexen und fokalen Sharp waves sowie die Persistenz einer Verlangsamung der Grundaktivität können Indikatoren für eine Rezidivneigung sein.

- nach Anfällen, die nur kurze Zeit (etwa 2 Wochen) nach Hirnoperationen oder Hirnverletzungen aufgetreten sind, nach einem anfallsfreien Intervall von einem halben Jahr.

Gleichzeitig bestehende weitere körperliche oder psychische Krankheiten und Störungen bzw. sonstige Besonderheiten sind bei der Begutachtung mit zu berücksichtigen, ggf. durch Hinzuziehung weiterer, für die jeweilige Fragestellung zuständige Fachärzte mit verkehrsmedizinischer Qualifikation.

Bei Beendigung einer antiepileptischen Therapie (Ausschleichen) mit Absetzen der Antiepileptika ist den Betroffenen für die Dauer der Reduzierung und des Absetzens des letzten Medikamentes sowie die ersten 3 Monate danach zu raten, wegen des erhöhten Risikos eines Anfallsrezidivs kein Kraftfahrzeug zu führen.

Ausnahmen sind in gut begründeten Fällen möglich (lange Anfallsfreiheit, insgesamt wenige Anfälle, Epilepsie-Syndrom mit niedrigem Rezidivrisiko, erfolgreiche epilepsiechirurgische Behandlung).

Im Falle eines Anfallsrezidivs genügt in der Regel eine Fahrunterbrechung von 6 Monaten, wenn vorher die vorgeschriebene anfallsfreie Frist eingehalten wurde.

Bei Fahrerlaubnisinhabern oder Fahrerlaubnisbewerbern, die dauernd mit Antiepileptika behandelt werden müssen, dürfen keine Intoxikationen oder andere unerwünschte zentralnervöse Nebenwirkungen erkennbar sein (siehe Kapitel "Betäubungsmittel und Arzneimittel" der Begutachtungs-Leitlinien).

Es dürfen keine die erforderliche Leistungsfähigkeit ausschließenden hirnorganischen Veränderungen vorliegen (siehe Kapitel "Chronische hirnorganische Psychostimulantien" der Begutachtungs-Leitlinien).

Gruppe

Die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 bleibt nach mehr als 2 epileptischen Anfällen in der Regel ausgeschlossen. Als Ausnahme gilt eine durch ärztliche Kontrolle nachgewiesene 5jährige Anfallsfreiheit ohne antiepileptische Behandlung. Nach einem einmaligen Anfall im Erwachsenenalter ohne Anhalt für eine beginnende Epilepsie oder eine andere hirnorganische Erkrankung ist eine anfallsfreie Zeit von 2 Jahren abzuwarten. Nach einem Gelegenheitsanfall ist bei Vermeiden der provozierenden Faktoren nach 6 Monaten keine wesentliche Risikoerhöhung mehr anzunehmen.

Bei Fahrerlaubnisinhabern beider Gruppen sind Kontrolluntersuchungen in Abständen von 1, 2 und 4 Jahren erforderlich. Mit zunehmender Dauer der Anfallsfreiheit verlieren EEG-Befunde an Bedeutung.

Begründung:

Wenn ein Kraftfahrer jederzeit unvorhersehbar und plötzlich in eine Bewusstseinsveränderung geraten kann und dadurch die Situationsübersicht verliert, so ist die von ihm ausgehende Gefahr bei der heutigen Verkehrsdichte so groß, dass er von der Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr ausgeschlossen werden muss. Ob eine besondere Gefahrenlage durch ein Anfallsleiden besteht, ist im Einzelfall zu klären. Mehrfach aufgetretene Bewusstseinsstörungen rechtfertigen die Annahme, daß auch künftig mit dem Eintreten unvorhergesehener gefährlicher Bewusstseinsveränderungen gerechnet werden muß.

Es ist unerheblich, ob anfallsartig auftretende Bewußtseinsstörungen diagnostisch als epileptische Anfälle anzusehen sind oder nicht.

Fahrerlaubnisinhaber oder Fahrerlaubnisbewerber, die unter anfallsartig auftretenden Bewusstseinsstörungen leiden, werden auch dann nicht den Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen gerecht, wenn bei ihnen die Anfälle nur relativ selten, z.B. jährlich zwei- oder dreimal, auftreten. Entscheidend bleibt, dass diese Anfälle jederzeit unvorhersehbar und für den Kraftfahrer unabwendbar auftreten können. Auch Anfälle mit Prodromen schließen nicht die Annahme aus, dass es beim Führen eines Kraftfahrzeuges zu gefährlichen epileptischen Reaktionen kommen kann. Die Gefahr beim Anfallskranken ist so evident, dass auch langjähriges unfallfreies Fahren des Kranken diese Feststellung nicht widerlegt.

Stets sollte beachtet werden, dass das Leiden oft erst durch einen "großen Anfall" als Unfallursache bekannt wird. Die bei manchen Anfallskranken auftretenden sehr flüchtigen Bewusstseinsstörungen besonderer Art, die sogenannten Absencen und andere kleine Anfälle, dürften als Unfallursache oft unentdeckt bleiben und daher eine hohe Dunkelziffer begründen. Auch "Dämmerzustände" verschiedener Genese können erst im Zusammenhang mit einem Unfall als dessen Ursache entdeckt werden.

Ob eine besondere Gefahrenlage durch ein Anfallsleiden besteht, ist stets im Einzelfall zu klären. Es gibt z.B. postoperative und posttraumatische Anfälle gibt, die schon nach kürzerer Zeit wieder verschwinden, so dass ein anfallsfreies Intervall von mindestens zwei Jahren nicht unbedingt abgewartet zu werden braucht. Das gleiche gilt für operativ behandelte Epilepsiekranken, die nach der Operation mindestens 1 Jahr anfallsfrei geblieben sind. Jede Beurteilung muss den besonderen, hier keineswegs vollständig aufgezählten Umständen gerecht werden. Dem Betroffenen muss zugemutet werden, den günstigen Verlauf im Einzelfall zu belegen. Aus diesem Grunde kann aus ärztlicher Sicht das Kriterium einer eventuell positiven Beurteilung nicht allein die vom Erkrankten selbst behauptete Zeit der Anfallsfreiheit sein. Die Angabe muß vielmehr durch den Nachweis einer regelmäßigen ärztlichen Überwachung und – soweit möglich – durch Fremdanamnese gesichert werden.

Außerdem sind entsprechende Zuverlässigkeit und Selbstverantwortung eine wichtige persönliche Voraussetzung.

Mit ausreichender Wahrscheinlichkeit lässt sich die günstige Entwicklung nur durch wiederholte, dem Einzelfall angepasste Kontrolluntersuchungen untermauern. In Zweifelsfällen können das EEG und Antiepileptika-Serumspiegelbestimmungen hinzugezogen werden, ausnahmsweise auch eine Langzeit-EEG-Untersuchung. Es ist nicht gerechtfertigt, allein aus dem EEG Konsequenzen für die Beurteilung der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen zu ziehen.

Die Voraussetzung zum Führen von Fahrzeugen der Gruppe 2 erfordert wegen der damit verbundenen anfallsprovozierenden Belastungen strenge Beurteilungsmaßstäbe."

Wie man sehen kann, wurden im Vergleich zur 5. Auflage einige Verbesserungen erreicht, insbesondere mit Ausnahme langjährig bestehender und therapieresistenter Epilepsien die Herabsetzung des zu fordernden anfallsfreien Intervalls von bislang zwei Jahren auf ein Jahr. Dies ist eine Harmonisierung an Richtlinien in Ländern wie England, Holland, Luxemburg oder Norwegen und außerhalb der Europäischen Gemeinschaft beispielsweise die Schweiz, in denen bereits länger die Einjahresfrist gilt. Daneben erfolgte die Wiedereinführung einer 6-monatigen Fahrkarenz nach einem Anfallsrezidiv zum Beispiel im Rahmen einer medikamentösen Umstellung und erstmals werden Richtlinien für einmalige Anfälle und Gelegenheitsanfälle im Hinblick auf den Führerschein der Gruppe 2 gegeben. Ein weiterer wesentlicher Unterschied der 6. gegenüber der 5. Auflage besteht darin, daß nicht mehr am EEG als unbedingt erforderliche Untersuchung zur Fahrtauglichkeitsbeurteilung festgehalten wurde. Insofern wurde die Bedeutung von EEG-Befunden weiter herabgesetzt, insbesondere dann, wenn Anfallsfreiheit besteht.

Beim Absetzen von Antiepileptika besteht neu für die Dauer des Absetzens des letzten Medikamentes sowie die ersten 3 Monate danach wegen des erhöhten Risikos eines Anfallsrezidivs zumindest dann Fahruntauglichkeit, wenn keine lange Anfallsfreiheit oder Epilepsie-Syndrom mit niedrigem Rückfallrisiko vorliegt, keine erfolgreiche epilepsiechirurgische Behandlung erfolgte oder es insgesamt nur zu wenigen Anfällen gekommen war. Hier besteht eine Informationspflicht des behandelnden Arztes, jedoch auch für die Betroffenen keine Meldepflicht gegenüber den Behörden.

Die neuen Begutachtungs-Leitlinien (Lewrenz H, Bearbeiter. Begutachtungsleitlinien Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesminister für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und beim Bundesministerium für Gesundheit. 6. Auflage. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen „Reihe "Mensch und Sicherheit") können bestellt werden beim Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft, Bremerhaven; 2000 (Tel. 0471 / 94544-0, Fax 0471 / 9454477; ISBN 3-89701-464-5)

Ein Vorabdruck findet sich in der Zeitschrift "Aktuelle Neurologie" (Thieme Verlag, Heft 2/2000)

Originaltext (Fahrerlaubnis - Verordnung) (FeV) § 11 Gesundheitliche Gründe

Absatz 1: Bewerber um eine Fahrerlaubnis müssen die hierfür notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllen. Die Anforderungen sind insbesondere nicht erfüllt, wenn eine Erkrankung oder ein Mangel nach Anlage 4 oder 5 vorliegt, wodurch die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen ausgeschlossen wird.

Absatz 2: Werden Tatsachen bekannt, die Bedenken gegen die körperliche oder geistige Eignung des Fahrerlaubnisbewerbers begründen, kann die Fahrerlaubnisbehörde zur Vorbereitung von Entscheidungen über die Erteilung und Verlängerung oder die Anordnung von Beschränkungen oder Auflagen die Beibringung eines ärztlichen Gutachtens durch den Bewerber anordnen. Bedenken gegen die Eignung bestehen insbesondere, wenn Tatsachen bekannt werden, die auf eine Erkrankung oder einen Mangel nach Anlage 4 oder 5 hinweisen.

Ursache Krankheiten – Versicherungsschutz – Gutachten aus gesundheitlichen Gründen

Diverse körperliche, geistige *oder/oder* psychische Erkrankungen führen zu einer Beeinträchtigung der Fahreignung. Präzise Einzelheiten zu diesem Themenbereich hat der Gesetzgeber in § 11 der sog. Fahrerlaubnisverordnung (FeV) und in der Anlage 4 und 5 der FeV festgelegt. Ausführliche Informationen für Gutachter finden sich in der Schriftenreihe „Krankheit und Kraftverkehr, herausgegeben vom gemeinsamen Beirat für Verkehrsmedizin

Prinzipiell ist - einzelfallbezogen - immer zu überprüfen, ob Erkrankungen, Operationen, Narkosen, Unfall - Folgen und /oder Medikamente die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen.

Haben Sie bitte keine Bedenken, bei Ihrem behandelnden Arzt nachzufragen und halten Sie sich bitte an die Empfehlungen des Arztes !! Bedenken Sie bitte, dass Sie ggf. das Leben anderer Personen gefährden und dass Ihre Versicherungs-Gesellschaft (KFZ - Haftpflicht-Versicherung) im Falle eines Schadens ggf. nicht mehr zur Schadensregulierung verpflichtet ist. Die Rechtsprechung ist hier eindeutig und sehr konsequent

Jeder einzelne Verkehrsteilnehmer hat übrigens die Pflicht, vor Antritt der Fahrt zu überprüfen, ob gesundheitliche Gründe vorliegen, die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen.

Fahrerlaubnisverordnung (FeV) Stand: FeV-ÄndVO vom 09. August 2004 (BGBl. 2004 I S.2092) FeV - Anlage 4 (zu den §§ 11, 13 und 14), zuletzt geändert am 09.08.2004 (BGBl. I S. 2092) Eignung und bedingte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen

Grundlage der im Rahmen der §§ 11, 13 oder 14 vorzunehmenden Beurteilung, ob im Einzelfall Eignung oder bedingte Eignung vorliegt, ist in der Regel ein ärztliches Gutachten (§ 11 Abs. 2 Satz 2), in besonderen Fällen ein medizinisch-psychologisches Gutachten (§ 11 Abs. 3) oder ein Gutachten eines amtlich anerkannten Sachverständigen oder Prüfers für den Kraftfahrzeugverkehr (§ 11 Abs. 4).

		Eignung oder bedingte Eignung		Beschränkungen / Auflagen bei bedingter Eignung	
	Krankheiten, Mängel	Klassen A, A1, B, BE, M, S, L, T	Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E, FzF	Klassen A, A1, B, BE, M, S, L, T	Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E, FzF
6.4 ↑	Kreislaufabhängige Störungen der Hirntätigkeit = Schlaganfall und Hirnblutung fällt hierunter	ja nach erfolgreicher Therapie und Abklingen des akuten Ereignisses ohne Rückfallgefahr	nein	Nachuntersuchungen in Abständen von 1, 2 und 4 Jahren	---
6.5	Zustände nach Hirnverletzungen und Hirnoperationen, angeborene und frühkindlich erworbene Hirnschäden	siehe unten	siehe unten	siehe unten	siehe unten
6.5.1	Schädelhirnverletzungen oder Hirnoperationen ohne Substanzschäden	ja in der Regel nach 3 Monaten	ja in der Regel nach 3 Monaten	bei Rezidivgefahr nach Operationen von Hirnkrankheiten Nachuntersuchung	bei Rezidivgefahr nach Operationen von Hirnkrankheiten Nachuntersuchung

Gesichtsfeldausfall – Doppelbilder – Sehschärfe nach Schlaganfall – neurologischen Erkrankungen Auszug für Klasse A = PKW

(LKW – Busse – Fahrgastbeförderung nach Schlaganfall nicht möglich)

Anlagen zur Fahrerlaubnis-Verordnung

Anlage 6 (zu §§ 12, 48 Abs. 4 und 5) Anforderungen an das Sehvermögen

1	Klassen A, A1, B, BE, M, S, L und T
1.1	Sehtest (§ 12 Abs. 2) Der Sehtest (§ 12 Abs. 2) ist bestanden, wenn die zentrale Tagessehschärfe mit oder ohne Sehhilfen mindestens beträgt: 0,7/0,7. Über den Sehtest ist eine Sehtestbescheinigung nach § 12 Abs. 3 zu erstellen.
1.2	Augenärztliche Untersuchung (§ 12 Abs. 5) Besteht der Bewerber den Sehtest nicht, ist eine augenärztliche Untersuchung erforderlich. Es müssen folgende Mindestanforderungen erfüllt sein:
1.2.1	Zentrale Tagessehschärfe Fehlsichtigkeiten müssen - soweit möglich und verträglich - korrigiert werden. Dabei dürfen folgende Sehschärfenwerte nicht unterschritten werden: Bei Beidäugigkeit: Sehschärfe des besseren Auges oder beidäugige Gesamtsehschärfe: 0,5, Sehschärfe des schlechteren Auges: 0,2. Bei Einäugigkeit (d. h. Sehschärfe des schlechteren Auges unter 0,2): 0,6.
1.2.2	übrige Sehfunktionen Gesichtsfeld: Normales Gesichtsfeld eines Auges oder ein gleichwertiges beidäugiges Gesichtsfeld mit einem horizontalen Durchmesser von mindestens 120 Grad, insbesondere muss das zentrale Gesichtsfeld bis 30 Grad normal sein. Insgesamt sollte das Gesichtsfeld jedes Auges an mindestens 100 Orten geprüft werden. Ergeben sich unklare Defekte oder steht nicht zweifelsfrei fest, dass die Mindestanforderungen erfüllt werden, so hat eine Nachprüfung an einem manuellen Perimeter nach Goldmann mit der Marke III/4 zu erfolgen. Beweglichkeit: Bei Beidäugigkeit sind Augenzittern sowie Schielen ohne Doppelsehen in zentralem Blickfeld bei normaler Kopfhaltung zulässig. Doppelsehen außerhalb eines zentralen Blickfeldbereichs von 20 Grad im Durchmesser ist zulässig. Bei Einäugigkeit normale Beweglichkeit des funktionstüchtigen Auges.

Führerscheinumstellung – Vergleich (alt – neu)

Klasse (alt)	Datum der Erteilung	Neue Klassen
1	Vor dem 01.12.54	A,A1,B,M,L
1	Nach dem 01.12.54	A*,A1,M,L
1a	Egal	A*,A1,M,L
1b	Egal	A1,M,L
2	Vor dem 01.12.54	A,A1,B,BE,C1,C1E,C,CE,M,L,T
2	Vor dem 01.04.80	A1,B,BE,C1,C1E,C,CE,M,L,T
2	Nach dem 01.04.80	B,BE,C1,C1E,C,CE,M,L,T
3	Vor dem 01.12.54	A,A1,B,BE,C1,C1E,CE**,M,L,T***
3	Vor dem 01.04.80	A1,B,BE,C1,C1E,CE**,M,L,T***
3	Nach dem 01.04.80	B,BE,C1,C1E,CE**,M,L,T***
4	Vor dem 01.12.54	A,A1,B,M,L
4	Vor dem 01.04.80	A1,M,L
4	Nach dem 01.04.80	M,L
5	Vor dem 01.04.80	M,L
5	Nach dem 01.04.80	L

**Untersuchung durch einem Neurologen mit
"Verkehrsmedizinische Qualifikation" gemäß § 11,
2, Satz 3, Nr. 1 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV)**

Abs.

**Wie ist der Ablauf bei einem Arzt mit
„Verkehrsmedizinische Qualifikation“ ?**

**Nach welchem Zeitraum nach einem Schlaganfall ist ein
Gutachten möglich ?**

Laut der 6. Auflage der Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung kann erst nach erfolgreicher Therapie, abhängig von den besonderen Umständen des Einzelfalles, angenommen werden, daß der Schlaganfallpatient wieder in der Lage ist, Kraftfahrzeuge der **Gruppe 1 = PKW (keine LKW – Busse – Personenbeförderung)** zu führen. Die Beurteilung der Fahreignung setzt in der Regel eine stationäre Untersuchung voraus. Für die Beurteilung ist insbesondere die Feststellung des Grundleidens, d.h. der Ursache des Schlaganfalls (z.B. Gefäßmißbildung, Gefäßentzündung, Risikofaktoren, wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus) und die Einschätzung des Wiederholungsrisikos wichtig. Darum verlangen die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung, daß vor einer Eignungsbeurteilung (d.h. vor der Erstellung eines verkehrsmedizinischen Gutachtens) gesicherte, durch klinische Untersuchungen erhobene Befunde vorliegen müssen. Liegen bereits nach der Akutbehandlung keine relevanten neurologischen oder neuropsychologischen Funktionsstörungen mehr vor (z.B. nach einer transitorischen ischämischen

Angriff oder nach einer Lysebehandlung) und ist die Ursache des Schlaganfalls gesichert, kann bereits im Anschluß an die Akutbehandlung eine Begutachtung durchgeführt werden.

Sofern jedoch relevante neurologische oder neuropsychologische Ausfälle vorliegen, sollte die Begutachtung frühestens nach Abschluß einer adäquaten Rehabilitationsbehandlung erfolgen. Hierzu sei jedoch angemerkt, daß der behandelnde Arzt in der Regel nicht gleichzeitig der Gutachter sein sollte.

**Wird zusätzlich ein neuropsychologisches
Gutachten benötigt ?**

Laut den Begutachtungsleitlinien ist eine neuropsychologische Funktionsdiagnostik erst sinnvoll, wenn sich ergibt, daß im Einzelfall die allgemeine Prognose des Krankheitsverlaufes und insbesondere der Wiederholungsgefahr als günstig anzusehen ist. Sind diese Voraussetzungen gegeben, sollte bei jedem Patienten, der selbst über neuropsychologi-

sche Funktionsstörungen (z.B. Konzentrationsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen) infolge des Schlaganfalls berichtet und bei jedem Patienten, der bei der klinischen Untersuchung durch, wenn auch nur geringgradige, neuropsychologische Funktionsstörungen auffällt, eine differenzierte neuropsychologische Funktionsdiagnostik durchgeführt werden. In Fällen, bei denen weder dem Patienten noch dem Arzt neuropsychologische Funktionsstörungen nach dem Schlaganfall aufgefallen sind, empfiehlt es sich, eine praktische Fahrprobe durchführen zu lassen, um die Gefährdung im Strassenverkehr durch Leistungsmängel und die Möglichkeiten der Kompensation angemessen einschätzen zu können.

Welche Zusatzuntersuchungen sind nötig ?

Wie schon erwähnt, sollte zunächst in der Akutphase möglichst eine Ursachenabklärung des Schlaganfalls erfolgt sein, um das Wiederholungsrisiko einzuschätzen. Hierzu gehören die bildgebende Diagnostik (Computertomographie und Kernspintomographie des Schädels, Ultraschalluntersuchungen und ggf. eine Angiographie der hirnversorgenden Arterien), laborchemische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchungen des Herzens, Langzeit-EKG und im Einzelfall auch humangenetische Untersuchungen bei v.a. genetisch bedingte rezidivierende Schlaganfallformen. Für die spätere Begutachtung der Fahreignung kommen insbesondere Zusatzuntersuchungen auf dem Gebiet der Neuropsychologie sowie auf augenärztlichem Fachgebiet in Betracht. **Aphasische Sprachstörungen schließen die Fahreignung nicht aus**, es sollte jedoch überprüft werden, ob bei Patienten mit Sprachstörungen begleitende neuropsychologische Funktionsstörungen vorliegen (um bei Verkehrskontrollen nicht in schwierige Situationen zu geraten, empfiehlt es sich, einen entsprechenden Ausweis mit sich zu führen, der über die Aphasiker-Selbsthilfegruppen zu beziehen ist).

Wie ist der Ablauf der Untersuchung für ein verkehrsmedizinisches Gutachten ?

Die Auswahl des Gutachters ist immer dem Betroffenen überlassen. Dieser muß jedoch darauf achten, daß der gewählte Gutachter als Facharzt auch für die entsprechende Fragestellung zuständig ist (z.B. sollte ein Orthopäde, der über die verkehrsmedizinische Qualifikation verfügt, nicht zur Begutachtung der Fahrtauglichkeit beim Schlaganfallpatienten gewählt werden). Zur Vermeidung des Vorwurfs der Parteilichkeit des Gutachters sollte der Gutachter nicht der aktuell behandelnde Arzt sein. Bei diesbezüglichen Zweifeln sollte der Auftraggeber (d.h. der zu Begutachtende) bei der Führerscheinstelle rückfragen. In begründeten Ausnahmefällen ist die Begutachtung durch den behandelnden Arzt jedoch nicht ausgeschlossen. In der Regel wird der Patient einen Arzt mit verkehrsmedizinischer Qualifikation nicht kennen. Er kann sich bei der Führerscheinstelle nach entsprechend qualifizierten Ärzten und insbesondere dem erforderlichen Facharztgebiet erkundigen

Die Begutachtung beinhaltet eine ausführliche Anamneseerhebung, eine ausführliche klinische Untersuchung, im Einzelfall eine ergänzende apparative Diagnostik sowie die Veranlassung von Zusatzuntersuchungen (z.B. neuropsychologische Zusatzuntersuchungen, augenärztliche Untersuchung). Der Gutachter kann auch, in Absprache mit dem Probanden, eine Fahrprobe durchführen lassen und das Ergebnis des Protokolls hierüber als weitere Bewertungsgrundlage zur Begutachtung nutzen. Im Gutachten kann auch, falls erforderlich, ein Zeitraum für eine Nachbegutachtung festgelegt werden. Das Gutachten wird immer an den Auftraggeber, d.h. in diesem Fall, an den Schlaganfallpatienten, geschickt. Dieser legt es der Führerscheinstelle vor. Er muß dies aber nicht tun, wenn es für ihn negativ ausgefallen ist. Er darf sich in diesem Fall auch von einem anderen Facharzt mit entsprechender Qualifikation begutachten lassen. Allerdings ist hierbei zu bedenken, daß es die Führerscheinstelle als eher nachteilig werten wird, wenn das erste Gutachten nicht vorgelegt wird, da ja offensichtlich ein negatives Ergebnis vorliegt.

Die Gutachten müssen auf der Grundlage der Begutachtungsleitlinien zur Krafftahreereignung erstellt werden. Geschieht dies nicht, wird das Gutachten von der Führerscheinstelle in der Regel abgelehnt.

Die Kosten des Gutachtens muß der Betroffene tragen.

Welche Unterlagen werden für ein solches Gutachten benötigt?

Zur Begutachtung sollte zumindest der ausführliche Entlassungsbericht des Akutkrankenhauses mit den Angaben zur erfolgten Diagnostik und eingeleiteten Therapie des Schlaganfalls vorliegen. Wird die Begutachtung von der Behörde (Führerscheinstelle) veranlaßt, werden die der Führerscheinstelle vorliegenden Unterlagen und die speziellen Fragestellungen an den vom Probanden gewählten Gutachter geschickt.

Wer bereits einen Führerschein besitzt und danach erst eine Körperbehinderung - Schlaganfall oder Hirnverletzung erleidet, hat zwar keine Meldepflicht gegenüber der zuständigen Behörde, wird aber von der Straßenverkehrs - Zulassungsordnung mit der allgemeinen Formulierung, in die Pflicht genommen in diesem Fall in " geeigneter Weise Vorsorge zu treffen "

Vorsorge heißt: bei der zuständigen Behörde eine freiwillige Mitteilung über die Erkrankung oder Einschränkungen gemeinsam mit einem fachärztlichen Gutachten einzureichen damit der Führerschein geändert wird, oder erforderliche Auflagen eingetragen werden.

Selbsthilfegruppe
Schlaganfall
Würzburg

Alois Ruf
Telefon: 09365 - 9735
FAX: 09365 - 897036
Ringstraße 22
97222 Rimpar bei Würzburg

Internet:<http://www.schlaganfall-was-nun.homepage.t-online.de>

@-Mail-Adresse: [Alois Ruf@t-online.de](mailto:Alois_Ruf@t-online.de)

In Zusammenarbeit mit der Stiftung Deutsche Schlaganfall - Hilfe Gütersloh
und VdK Kreisverband Würzburg

Bankverbindung: Volksbank- Raiffeisenbank Würzburg
Bankleitzahl 790 900 00 Konto Nr. 2617.536

(Erstellt v.der Selbsthilfegruppe Schlaganfall Würzburg Nachdruck und Kopien nur
mit Genehmigung der Selbsthilfegruppe

Juni 07