



Auracher-Jäger, Baldi, Jens, Kaltenecker, Koller, Mörz, Riccabona-Zecha,
Soukop, Wagner, Wesiak, Zelenka

LEITLINIEN

FÜR DIE GESUNDHEITLICHE EIGNUNG

VON KRAFTFAHRZEUGLENKERN

Ein Handbuch für Amts- und Fachärzte und die Verwaltung

erstellt im Auftrag des BMVIT
unter der Leitung des KfV

2006

VERZEICHNIS DER AUTOREN UND TEILNEHMER DER ARBEITSGRUPPE UND WORKSHOPS

OA Dr. Heidemarie **ABRAHAMIAN**, Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum
Rosenhügel

Dr. Barbara **AURACHER-JÄGER***), ARBÖ

Dr. Johanna **BALDI***), BPD Graz (Amtsärztin)

Dr. Birgit **BUKASA**, KfV GmbH Wien

Hofrat Mag. Max **BULGARINI**, Leiter des Verkehrsamtes der Bundespolizeidirektion Wien

Doris **DREHER***), Verkehrsamt Wien

Prim. Univ. Prof. Dr. Mario **FRANCESCO**NI, Internist, Ärztlicher Leiter der SKA-RZ Al-
land

Dr. Bernhard **GAPPMAIER****), Österr. Amtsärzteverband

Dr. Peter **GORKA**, FA für Augenheilkunde und Optometrie

Dr. Peter **HESSE**, FA für Lungen u Atemwegserkrankungen

Roland **HIRTL**, ARBÖ

Dr. Robert **HITSCH**, KfV

Hofrat Dr. Lothar **HOSP**, Polizeichefamt-Stellvertreter der Bundespolizeidirektion Wien

MR Dr. Rolf **JENS***), Ärztekammer Wien

OA Prof. Dr. Gertrude **KACEROVSKY-BIELESZ**, FA für Innere Medizin

Dr. Armin **KALTENEGER***), KfV

Hofrat Dipl. Ing. Daniel **KIRSTE**, Senatsrat der Stadt Wien i. R.

Dr. Ruth **KOLLER Msc***), BH-Eisenstadt Umgebung (Amtsärztin)

Mag. Karoline **LANDSIEDL**, KfV

MR Prof. Dr. Reinhard **MÖRZ***), BMI – II/6

Ing. Ernst **NIGISCHER**, Seniorchef der Fahrschule Columbus

Dr. Elisabeth **PANOSCH**, KfV

OA Dr. Wolfgang **PREINSBERGER**, Anton-Proksch-Institut SKH für Alkohol-, Medik.-
und Drogenabh., Wien

Prim. Dr. Karl Michael **RIEDL**, FA für Orthopädie

MMag. Sandra **REICHENAUER**, KfV

Dr. Claudia **RICCABONA-ZECHA ***), KfV

Prim. Dr. Herwig **SCHINKO**, Allg. Krankenhaus Linz GmbH, Abt. für Atem- und Lungen-
krankheiten

Mag. Tanja **SCHWENT**, KfV

Prim. Dr. Wolfgang **SOUKOP***), Österr. Ärztekammer – Fachgruppe Neurologie

Dr. Fritz **WAGNER***), BMGF

Dr. Hans **WALEK**, Fachgruppenobmann für Innere Medizin der Ärztekammer Wien

Dr. Günther **WAWROWSKY**, FA für Innere Medizin

Hofrat Dr. Bernhard **WESIAK***), Verkehrsamt Wien

Dr. Klaus **WIRTINGER**, FA für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Dr. Wilhelm **WOLF**, FA für Psychiatrie

Dr. Martina **WÖFL**, FA für Innere Medizin, ÖÄK

Mag. Ursula **ZELENKA***), ÖAMTC

**) vom BMVIT nominierte Teilnehmer der Arbeitsgruppe*

****) ... vom BMVIT nominiertes Mitglied der Arbeitsgruppe – ausgeschieden im Frühjahr 2006*

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITENDE BEMERKUNGEN.....	9
1.1	Problemlage	9
1.2	Ziele des Handbuchs	10
2	ALLGEMEINER TEIL.....	11
2.1	Der Führerschein und seine Klassen	11
2.2	Voraussetzungen für die Erteilung einer Lenkberechtigung	12
2.2.1	Mindestalter.....	12
2.2.2	Verkehrszuverlässigkeit	13
2.2.3	Fachliche Befähigung.....	13
2.2.4	Gesundheitliche Eignung	13
2.3	Kurze Begriffsklärung	15
2.3.1	Ärztliches Gutachten	15
2.3.2	Fachärztliche Stellungnahme	15
2.3.3	Verkehrspsychologische Untersuchung (VPU).....	16
	2.3.3.1 Allgemeines	16
	2.3.3.2 Erläuterungen.....	17
2.3.4	Amtsärztliche Nachuntersuchung.....	17
2.3.5	Ärztliche Kontrolluntersuchung.....	18
2.3.6	Wiederholungsuntersuchung	19
2.3.7	Beobachtungsfahrt.....	19
2.4	Nachweis der gesundheitlichen Eignung bei Erlangung des Führerscheins	19
2.4.1	Verfahrensablauf bei Erlangung des Führerscheins	19
2.4.2	Vorlage des ärztlichen Gutachtens durch den Antragsteller.....	21
2.4.3	Zuständigkeit.....	21
2.4.4	Rechtsschutz.....	21
2.5	Entziehung der Lenkberechtigung wegen mangelnder gesundheitlicher Eignung	21
2.5.1	Allgemeines.....	21
2.5.2	Verfahrensablauf	22
2.5.3	Rechtsschutz.....	23
2.5.4	Entziehungsdauer	23
2.5.5	Entziehung nur bestimmter Klassen der Lenkberechtigung	23
2.5.6	Führerscheinentziehung und Wiederausfolgung	23
2.6	Einschränkungen der Lenkberechtigung aufgrund mangelnder gesundheitlicher Eignung	23
2.6.1	Befristungen	24
	2.6.1.1 Allgemeines	24
	2.6.1.2 Stabilisierung einer fortschreitenden Erkrankung	25
	2.6.1.3 Befristung im Falle der Erwartung einer Verschlechterung	25
	2.6.1.4 Fristverlängerung.....	25
	2.6.1.5 Nachfrist.....	26
2.6.2	Auflagen	26
2.6.3	Beschränkungen	26

2.6.4	Codes	27
2.6.5	Eintragungen in den Führerschein	30
2.6.6	Rechtsunsicherheiten bei Code 104	31
2.7	Der begutachtende Arzt	31
2.7.1	Allgemeines	31
2.7.2	Der sachverständige Arzt	32
2.7.2.1	<i>Qualifikation</i>	32
2.7.2.2	<i>Gutachterausswahl</i>	32
2.7.2.3	<i>Widerruf der Bestellung eines sachverständigen Arztes</i>	32
2.7.2.4	<i>Befangenheit</i>	33
2.7.3	Ärztliche Schweigepflicht	33
2.7.4	Die ärztliche Schweigepflicht bei Amtsärzten	34
2.8	Das Gutachten	35
2.8.1	Ziel des Gutachtens	35
2.8.2	Die ärztliche Untersuchung	35
2.8.3	Ergebnis des Gutachtens	36
2.8.4	Die rechtliche Stellung des Gutachters	36
2.8.5	Grundsätze der Gutachtenserstellung	37
2.8.5.1	<i>Nachvollziehbarkeit</i>	37
2.8.5.2	<i>Nachprüfbarkeit</i>	37
2.8.5.3	<i>Verständlichkeit</i>	37
2.8.5.4	<i>Empfehlungen</i>	38
2.8.5.5	<i>Klarheit, Präzision, Objektivität, Nachvollziehbarkeit</i>	38
2.8.6	Relatives Unfallrisiko verschiedener medizinischer Zustandsbilder	39
3	DIE GESUNDHEITLICHE EIGNUNG IM DETAIL	41
3.1	Lungenkrankheiten	42
3.2	Gliedmaßendefekte	53
3.2.1	Defekte an den oberen Gliedmaßen	54
3.2.2	Defekte an den unteren Gliedmaßen	59
3.2.3	Defekte an den linken Gliedmaßen	67
3.2.4	Defekte an den rechten Gliedmaßen	69
3.3	Mängel des Sehvermögens	71
3.4	Mängel des Hörvermögens	81
3.5	Herz- und Gefäßkrankheiten	83
3.5.1	Warum ist bei Vorliegen von Herzkrankheiten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geradezu zu erwarten?	83
3.5.2	Herzrhythmusstörungen	83
3.5.3	Blutdruckanomalien – Hypertonie	87
3.5.4	Koronare Herzkrankheit (Herzinfarkt)	91
3.5.5	Herzleistungsschwäche durch angeborene/erworbene Herzfehler	95
3.6	Zuckerkrankheit	98
3.7	Krankheiten des Nervensystems	116
3.7.1	Warum bzw wann ist bei Vorliegen einer neurologischen Erkrankung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geradezu zu erwarten?	116
3.7.2	Störungen der Motorik	116
3.7.3	Störungen des Gleichgewichts	117
3.7.4	Diverse Erkrankungen des Nervensystems	118
3.7.5	Epilepsie und andere Anfallserkrankungen, nichtepileptische Störungen des Bewusstseins	124

3.8	Psychische Krankheiten und Behinderungen	129
3.9	Alkohol-, Sucht- und Arzneimittelabhängigkeit oder -missbrauch	134
3.9.1	Warum bzw wann ist hier eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geradezu zu erwarten?	135
3.9.2	Verdacht auf Alkoholabhängigkeit/Alkoholmissbrauch (schädlicher Gebrauch von Alkohol)	136
3.9.3	Suchtmittel	138
3.10	Nierenerkrankungen.....	144
4	ANHANG	147
4.1	FSG-GV	147
4.2	Zuweisungsformulare	161

WICHTIGE ABKÜRZUNGEN

- BMVIT** = Bundesminister(ium) für Verkehr, Innovation und Technologie.
- FSG** = Bundesgesetz über den Führerschein (Führerscheinggesetz – FSG), BGBl I 1997/120 idF BGBl I 2006/32.
- FSG-DV** = Verordnung des Bundesministers für Wissenschaft und Verkehr über die Durchführung des Führerscheinggesetzes (Führerscheinggesetz-Durchführungsverordnung – FSG-DV), BGBl II 1997/320 idF BGBl II 2006/66.
- FSG-GV** = Verordnung des Bundesministers für Wissenschaft und Verkehr über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen (Führerscheinggesetz-Gesundheitsverordnung – FSG-GV), BGBl II 1997/322 idF BGBl II 2006/64.
- FSG-NV** = Verordnung des Bundesministers für Verkehr, Innovation und Technologie über verkehrspsychologische Nachschulungen (Nachschulungsverordnung – FSG-NV), BGBl II 2005/220.
- FSG-PV** = Verordnung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Verkehr über die Fahrprüfung (Fahrprüfungsverordnung – FSG-PV), BGBl II 1997/321 idF BGBl II 2006/65.
- FS-RL** = Richtlinie 91/439/EWG des Rates vom 29.7.1991 über den Führerschein, ABl 1991 L 237 S 1 idF ABl 2000 L 237 S 45 (= Zweite EU-Führerscheinrichtlinie).
- KDV 1967** = Verordnung des Bundesministers für Handel, Gewerbe und Industrie über die Durchführung des Kraftfahrzeuggesetzes 1967 (Kraftfahrzeuggesetz-Durchführungsverordnung 1967 – KDV 1967), BGBl 1967/399 idF BGBl II 2006/334.
- KFG 1967** = Bundesgesetz vom 23. Juni 1967 über das Kraftfahrwesen (Kraftfahrzeuggesetz 1967 – KFG 1967), BGBl 1967/267 idF BGBl I 2006/57.
- StVO 1960** = Bundesgesetz vom 6. Juli 1960, mit dem Vorschriften über die Straßenpolizei erlassen werden (Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO), BGBl 1960/159 idF BGBl I 2006/54.
- VPU** = Verkehrspsychologische Untersuchung.

1 Einleitende Bemerkungen

1.1 Problemlage

Die gesundheitliche Eignung jedes Führerscheinbesitzers zum Lenken von Kraftfahrzeugen ist von unmittelbarer Bedeutung für die Straßenverkehrssicherheit und stellt daher eine Voraussetzung sowohl für die Erteilung als auch für den Weiterbehalt einer Lenkberechtigung dar. Der Führerscheinwerber und unter Umständen auch der Führerscheinbesitzer haben sich daher einer Untersuchung aus verkehrsmedizinischer und/oder verkehrspsychologischer Sicht zu unterziehen. Im Gutachten hält der untersuchende Arzt fest, ob der Betroffene unter gesundheitlichen Einschränkungen leidet, die eine gefahrlose Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr einschränken oder ganz ausschließen. Die tatsächliche Entscheidung über die Ausstellung einer Lenkberechtigung des Einzelnen wird durch die Behörde in Form eines Bescheids getroffen. Sie ist zwar nicht an die ärztliche Stellungnahme gebunden; diese dient jedoch als Grundlage für den Bescheid.

Dass in solchen Verfahren mit möglicherweise schwerwiegenden Konsequenzen (zB keine Erteilung bzw Entziehung der Lenkberechtigung), in dem viele verschiedene Personen (Lenker, Behörde, Amtsärzte, Fachärzte) mit unterschiedlichen Interessen involviert sind, Komplikationen und Missverständnisse oft nicht ausbleiben, liegt auf der Hand. Zahlreiche Fälle – vor allem im Zusammenhang mit Diabetes und Hypertonie – haben in der Vergangenheit gezeigt, dass den behördlich verfügbaren Befristungen von Lenkberechtigungen amtsärztliche Gutachten zu Grunde gelegen sind, die im Lichte der Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes als nicht schlüssig bzw als unzureichend für die betreffende Befristung anzusehen waren.

Zur Verbesserung dieser unbefriedigenden Situation hat das BMVIT eine Arbeitsgruppe unter der Leitung des Kuratoriums für Verkehrssicherheit (KfV), bestehend aus den Autofahrerclubs ARBÖ und ÖAMTC, Vertretern der Amtsärzte, Ärztekammer und der medizinischen Fachgesellschaften sowie von Behörden eingerichtet.

Zuerst wurden Überweisungsformulare an die Fachärzte erstellt, die bereits per Erlass des BMVIT¹ eingeführt wurden. Dazu gibt es bereits positive Rückmeldungen insb von Seiten der Amtsärzte, nämlich dass seither die Gutachten der Fachärzte umfangreicher und schlüssiger geworden sind.

Im Anschluss daran wurde in einem eineinhalbjährigen Prozess dieses Handbuch erarbeitet. Es ist das mutige Produkt vieler Autoren, die sehr bemüht waren, die derzeitige Praxis kritisch zu betrachten, einheitliche und durchführbare Standards im Einklang mit der FSG-GV zu finden und erstmalig auch schriftlich festzuhalten. An dieser Stelle geht ein herzliches Dankeschön an alle, die an dieser umfassenden Aufgabe mitgewirkt haben, insb an Frau Dr. Baldi und Frau Dr. Koller für deren unermüdlichen Einsatz.

Nunmehr liegen Kapitel in unterschiedlicher Qualität und Quantität – auch abhängig vom Engagement der Fachärzte und der Workshopmitglieder – vor; dieses Leitlinienwerk kann jedoch nicht Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Teilweise wurden auch bewusst Interpretationsspielräume eingeräumt. Manche Aspekte werden erst durch das Arbeiten mit den Leitlinien aufgedeckt werden. Die Phase der Bewährung und öffentlichen Diskussion ist eingeläutet; eine dynamische Anpassung und Weiterentwicklung dieser komplexen Thematik ist angestrebt.

¹ Siehe Anlage.

1.2 Ziele des Handbuchs

Der juristische Teil dieses Buches liefert Hintergrundinformationen für die ärztliche Untersuchung im Zusammenhang mit der Lenkberechtigung. So wird zB erklärt, was rechtlich unter einer ärztlichen Untersuchung im Zusammenhang mit der Erlangung der Lenkberechtigung zu verstehen ist, wann für den Führerscheinwerber bzw -besitzer eine Untersuchung durch den sachverständigen Arzt für Allgemeinmedizin bzw Amtsarzt verpflichtend ist, nach welchen Kriterien der Arzt die Untersuchung vorzunehmen hat, wann es zu einer Entziehung bzw Einschränkung der Lenkberechtigung kommen kann, welche verschiedenen Arten von Führerscheineinschränkungen es gibt oder wie ein Entziehungsverfahren abläuft.

Der medizinische Teil soll insbesondere dem untersuchenden Arzt als Anregung und Hilfestellung bei der Gutachtenserstellung dienen. In einzelne Fachgebiete untergliedert, wird – in Anlehnung an die europäische² und österreichische Praxis sowie die Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes – die Vorgehensweise bei jenen Krankheiten gemäß Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (FSG-GV) erläutert, die den Einzelnen in seiner Fahrtauglichkeit beschränken können und ob und unter welchen Voraussetzungen die gesundheitliche Eignung nicht mehr vorliegt; zum entsprechenden Nachweis im Einzelfall wurden die zu erhebenden Mindestbefunde aufgelistet.

Bei den nunmehr vorliegenden Beurteilungsgrundsätzen wurde versucht, sowohl die Bedürfnisse des Einzelnen zur Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr als auch das Interesse der Allgemeinheit an der Verkehrssicherheit zu berücksichtigen. Ein Betroffener ist dann nicht geeignet ein Kfz zu lenken, wenn aufgrund des individuellen körperlichen und geistigen Zustandes beim Lenken eines Kraftfahrzeugs eine Eigen- oder Fremdgefährdung zu erwarten ist. Die Grenze zwischen den Bereichen positiv (auch beschränkt, befristet bzw unter Auflagen) bzw negativ zu beurteilender Fälle ist nur unter Beachtung des Einzelfalles zu ziehen. Die nunmehr vorliegenden Leitlinien sollen – sofern möglich – nachvollziehbar darlegen, welches Ausmaß einer gesundheitlichen Beeinträchtigung tatsächlich zu einer Befristung oder zu einer Nichterteilung bzw Entziehung der Lenkberechtigung führt.

Ziel ist, Schritt für Schritt die Einzelfallgerechtigkeit zu verbessern und gleichzeitig einen Beitrag zu mehr Sicherheit auf Österreichs Straßen zu leisten.

² Als Grundlage dienten insbesondere die deutschen und britischen Richtlinien: *Schubert/ Schneider/Eisenmenger/Stephan (Hrsg) Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung – Kommentar (2005)*²; *Drivers Medical Group DVLA, Swansea, At a glance – Guide to the current Medical Standards of Fitness to Drive (2004)*, http://www.dvla.gov.uk/at_a_glance/content.htm.

2 Allgemeiner Teil

2.1 Der Führerschein und seine Klassen

Die **Lenkberechtigung** ist das von der Behörde erteilte Recht, Kraftfahrzeuge einer oder mehrerer bestimmter Gruppen zu lenken.

Der **Führerschein** ist die Bestätigung der Behörde über die von ihr erteilte Lenkberechtigung. In diesen einzutragen sind die Klassen und Unterklassen, für welche die Lenkberechtigung erteilt wurde, das jeweilige Datum sowie Befristungen, Beschränkungen oder Auflagen in Form von Zahlencodes.

Gemäß EU-Führerschein-Richtlinie RL 91/439/EWG werden die einzelnen Gruppen des Führerscheins als Klassen bezeichnet und mehrere Klassen zu einer Gruppe zusammengefasst:

Gruppe 1	Gruppe 2
Klassen A, B, B+E, F	Klassen C, D, C+E, D+E, C1 und Unterklassen C1+E

§ 2 FSG normiert den Umfang der Lenkberechtigung entsprechend bestimmter Klassen und Unterklassen von Kraftfahrzeugen und die daraus resultierenden Rechte. So dürfen lenken, Führerscheinbesitzer der

Vorstufe A	<ul style="list-style-type: none"> Leichtmotorräder, das sind Motorräder oder Motorräder mit Beiwagen mit einer Leistung von max. 25 kW und einem Verhältnis von Leistung/Leergewicht von max. 0,16 kW/kg
Klasse A	<ul style="list-style-type: none"> Motorräder und Motorräder mit Beiwagen Kraftfahrzeuge mit drei oder vier Rädern, deren Eigenmasse nicht mehr als 400 kg beträgt
Klasse B	<ul style="list-style-type: none"> Kraftwagen mit nicht mehr als acht Plätzen für beförderte Personen außer dem Lenkerplatz und mit einer höchsten zulässigen Gesamtmasse von nicht mehr als 3500 kg, Kraftfahrzeuge mit drei Rädern, Krafträder mit einem Hubraum von nicht mehr als 125 ccm und einer Motorleistung von nicht mehr als 11 kW, wenn der Besitzer der Lenkberechtigung für die Klasse B bestimmte Voraussetzungen erfüllt
Klasse C	<ul style="list-style-type: none"> Kraftwagen mit nicht mehr als acht Plätzen für beförderte Personen außer dem Lenkerplatz und mit einer höchsten zulässigen Gesamtmasse von mehr als 3.500 kg. Sonderkraftfahrzeuge, sowie unter bestimmten Bedingungen auch unbesetzte Fahrzeuge der Klasse D
Unterkategorie C1	<ul style="list-style-type: none"> Kraftwagen der Klasse C mit einer höchsten zulässigen Gesamtmasse von nicht mehr als 7500 kg
Klasse D	<ul style="list-style-type: none"> Kraftwagen mit mehr als acht Plätzen für beförderte Personen außer dem Lenkerplatz Sonderkraftfahrzeuge
Klasse E	<ul style="list-style-type: none"> Kraftwagen mit denen andere als leichte Anhänger gezogen werden; die Klasse E gilt nur in Verbindung mit einer Lenkberechtigung für die betreffende Fahrzeugklasse oder -unterklasse.
Klasse F	<ul style="list-style-type: none"> Zugmaschinen, Motorkarren, selbstfahrende Arbeitsmaschinen udgl.

2.2 Voraussetzungen für die Erteilung einer Lenkberechtigung

Die Voraussetzungen für die Erteilung der Lenkberechtigung sind in den §§ 3 ff FSG normiert:

- Mindestalter → § 6 FSG
- Verkehrszuverlässigkeit → § 7 FSG
- Gesundheitliche Eignung → §§ 8 ff FSG; FSG-GV
- Fachliche Befähigung → §§ 10 ff FSG, FSG-PV
- Lebensrettende Sofortmaßnahmen, Erste Hilfe → § 3 Abs 1 Z 5 FSG, § 6 FSG-DV

2.2.1 Mindestalter

Für die Erteilung einer Lenkberechtigung normiert das FSG – jeweils abhängig von der Klasse der Lenkberechtigung – ein bestimmtes Mindestalter. Für den herkömmlichen B-Führerschein beträgt das Mindestalter **18 Jahre**.

Klasse	Ablegen der Fahrprüfung <i>frühestens</i>	Ausstellung des Führerscheins <i>frühestens</i>
Vorstufe A	mit Vollendung des 18. Lebensjahres	mit Vollendung des 18. Lebensjahres
Klasse A (ohne Vorstufe A)	mit Vollendung des 21. Lebensjahres	mit Vollendung des 21. Lebensjahres
Klassen B, B+E	mit Vollendung des 18. Lebensjahres	mit Vollendung des 18. Lebensjahres
Klasse B – L 17	mit Vollendung des 17. Lebensjahres	mit Vollendung des 17. Lebensjahres
Klassen B, C und C+E (Berufskraftfahrer)	4 Monate vor Vollendung des 18. Lebensjahres	mit Vollendung des 18. Lebensjahres
Klasse C und C+E eingeschränkt auf die Unterklassen C1 und C1+E),	mit Vollendung des 18. Lebensjahres	mit Vollendung des 18. Lebensjahres
Unterklassen C1 und C1+E	mit Vollendung des 18. Lebensjahres	mit Vollendung des 18. Lebensjahres
Klassen C und C+E, Klassen D und D+E	mit Vollendung des 21. Lebensjahres	mit Vollendung des 21. Lebensjahres
Klasse F	mit Vollendung des 16. bzw des 18. Lebensjahres	mit Vollendung des 16. Lebensjahres (eingeschränkt auf ldw. Fzg) bzw mit 18 Jahren

2.2.2 Verkehrszuverlässigkeit

Die Person muss verkehrszuverlässig sein. Als verkehrszuverlässig gilt gemäß § 7 Abs 1 FSG eine Person, wenn nicht aufgrund erwiesener bestimmter Tatsachen³ und ihrer Wertung angenommen werden muss, dass sie wegen ihrer Sinnesart beim Lenken von Kraftfahrzeugen

- die Verkehrssicherheit insbesondere **durch rücksichtsloses Verhalten im Straßenverkehr**, durch **Trunkenheit**, **Suchtmittel** oder **Medikamente** beeinträchtigten Zustand gefährden wird, oder
- sich wegen der erleichternden Umstände, die beim Lenken von Kraftfahrzeugen gegeben sind, **sonstiger schwerer strafbarer Handlungen schuldig** machen wird.

Als Grundsatz gilt, dass jede Person zunächst als verkehrszuverlässig angesehen wird (§ 7 FSG).

2.2.3 Fachliche Befähigung

Zur (Erst-)Erteilung der Lenkberechtigung ist die fachliche Befähigung zum Lenken eines Kraftfahrzeugs durch eine Schulung (Vollausbildung oder Übungsfahrten mit Mindestschulung) und eine Fahrprüfung nachzuweisen (§§ 10 ff FSG, FSG-PV). Die Fahrprüfung besteht aus einem theoretischen und einem praktischen Teil.

2.2.4 Gesundheitliche Eignung

Darüber hinaus muss die Person **gesundheitlich geeignet** sein (§§ 8 ff FSG; FSG-GV), ein Kraftfahrzeug zu lenken.

Der Begriff der „gesundheitlichen Eignung“ im Führerscheingesetz (FSG) hat den im Kraftfahrsgesetz (KFG) ursprünglich verwendeten Begriff der „geistigen und körperlichen Eignung“ ersetzt. „Gesundheit“ ist im Sinn der WHO zu verstehen, dh sowohl physisch als auch psychisch.

In der Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (FSG-GV)⁴ sind die Mindestanforderungen zum Lenken eines Kraftfahrzeuges hinsichtlich der körperlichen und geistigen Gesundheit normiert.

Gemäß § 3 Abs 1 FSG-GV ist die gesundheitliche Eignung dann nicht mehr gegeben, wenn der Lenker nicht

- die nötige **körperliche und psychische Gesundheit** besitzt,
- die nötige **Körpergröße** besitzt,
- ausreichend **frei von Behinderungen** ist und
- aus ärztlicher Sicht über die **nötige kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit** verfügt.

Dazu im Detail:

- **Körpergröße** (§ 4 FSG-GV): Zum Lenken von Kraftfahrzeugen muss eine Person mindestens 155 cm, für die Klassen C, C1 und D mind. 160 cm, zum Lenken von Kraftfahrzeugen der Klasse A (Motorräder und Motorräder mit Beiwagen) darf eine Person höchstens 200 cm groß sein. Kann dieser Mangel durch die Verwendung von Behelfen

³ Dabei handelt es sich um bestimmte Verwaltungsübertretungen, strafbare Handlungen oder Verletzungen sonstiger Verpflichtungen nach dem FSG.

⁴ Beruht auf Anhang 3 der (Führerschein-)Richtlinie des Rates 91/439/EWG.

(zB Sitzpolster), Fahrzeugen mit bestimmten Merkmalen oder Ausgleichkraftfahrzeugen ausgeglichen werden, so ist die Person auch bei Unter- bzw Überschreitung der geforderten Maße zum Lenken von Kraftfahrzeugen geeignet.

- **Gesundheit:** Zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend gesund gilt eine Person, bei der keine der folgenden Krankheiten festgestellt wurde (§ 5 FSG-GV):
 - schwere Allgemeinerkrankungen oder schwere lokale Erkrankungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 - organische Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 - Erkrankungen, bei denen es zu unvorhersehbaren Bewusstseinsstörungen oder -trübungen kommt,
 - schwere psychische Erkrankungen gemäß § 13 FSG-GV (zB schwere geistige Behinderung) sowie
 - Alkoholabhängigkeit oder
 - andere Suchtkrankheiten, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen können, weiters
 - Augenerkrankungen, die das Sehvermögen beeinträchtigen.

Wird bei einem Besitzer einer Lenkberechtigung ein Erkrankung festgestellt, die grundsätzlich die Eignung zum Lenken ausschließen würde, so gilt er trotzdem zum Lenken von Kfz der Gruppe 1 geeignet, wenn er in den vorangegangenen 2 Jahren tatsächlich ein Kfz gelenkt hat und angenommen werden kann, dass die erlangte Geübtheit den Mangel kompensiert (§ 3 Abs 4 FSG-GV)⁵.

- **Die gesundheitliche Eignung gemäß FSG-GV im Detail:**
 - Unter- und Überschreitung bestimmter Körpergröße → § 4 FSG-GV
 - Allgemeiner Gesundheitsmangel → § 5 FSG-GV
 - Körperbehinderung → § 6 FSG-GV
 - Mängel des Sehvermögens → §§ 7, 8 FSG-GV
 - Mängel des Hörvermögens → § 9 FSG-GV
 - Herz- und Gefäßkrankheiten → § 10 FSG-GV
 - Zuckerkrankheit → § 11 FSG-GV
 - Nervenkrankheiten → § 12 FSG-GV
 - Psychische Krankheiten und Behinderungen → § 13 FSG-GV
 - Alkohol-, Sucht- und Arzneimittelabhängigkeit oder -missbrauch → § 14 FSG-GV
 - Nierenerkrankungen → § 15 FSG-GV
 - Andere Leiden → § 16 FSG-GV
 - Verkehrspsychologische Mängel → § 17 FSG-GV

⁵ Nachweis durch ärztliches Gutachten, ev. mit Beobachtungsfahrt und VPU. Befristung auf 5 Jahre.

Exkurs: Zur Frage der aktuellen Fahrtüchtigkeit, dh wie hat sich der einzelne Lenker im konkreten Falle einer (vorübergehenden) Beeinträchtigung und damit Fahruntauglichkeit zu verhalten: Gemäß § 58 Abs 1 erster Satz StVO 1960 (Besondere Sicherungsmaßnahmen gegen Beeinträchtigung durch Alkohol) – ein Fahrzeug nur lenken, wer sich in einer solchen körperlichen und geistigen Verfassung befindet, in der er ein Fahrzeug zu beherrschen und die beim Lenken eines Fahrzeuges zu beachtenden Rechtsvorschriften zu befolgen vermag; diese **Verantwortung** liegt **beim Lenker** selbst. Der Zweck der Bestimmung liegt darin, fahrtüchtige Lenker – zu ihrem eigenen und zum Schutz anderer – nicht am Straßenverkehr teilnehmen zu lassen. Eine an sich bedenkliche körperliche und/oder geistige Verfassung begründet für sich allein noch nicht die Fahrtüchtigkeit gemäß § 58 Abs 1 StVO 1960. Die körperliche und geistige Verfassung muss im konkreten Fall vielmehr Erscheinungsformen annehmen, bei denen entweder tatsächlich, nach gesetzlichen Vermutungen oder nach den Erfahrungen des täglichen Lebens ein Fahrzeug nicht beherrscht werden kann und die beim Lenken eines Fahrzeuges zu beachtenden Rechtsvorschriften nicht befolgt werden können; dh zB, dass eine Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit nicht mehr durch Erfahrung, Routine und Fahrverhalten ausgeglichen werden kann.⁶

2.3 Kurze Begriffsklärung

2.3.1 Ärztliches Gutachten

Unter dem ärztlichen Gutachten ist ein von einem gemäß § 34 FSG bestellten **sachverständigen Arzt für Allgemeinmedizin** oder von einem **Amtsarzt**⁷ erstelltes Gutachten zu verstehen.⁸

Ein solches Gutachten hat der Antragsteller vor Erteilung der Lenkberechtigung den Behörden vorzulegen, um seine gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kfz zu dokumentieren. In begründeten Fällen hat es auch fachärztliche Stellungnahmen, gegebenenfalls eine Beobachtungsfahrt gemäß § 9 FSG oder erforderlichenfalls auch eine verkehrspsychologische Stellungnahme zu umfassen (§ 1 Abs 1 Z 1 FSG-GV).

2.3.2 Fachärztliche Stellungnahme

In Fällen, in denen zur Erstattung des ärztlichen Gutachtens noch besondere Befunde erforderlich sind, ist das ärztliche Gutachten vom Amtsarzt zu verfassen⁹ und je nach Erforderlichkeit zB eine fachärztliche Stellungnahme einzuholen.

Diese ist bei der Gesamtbeurteilung zu berücksichtigen und im Gutachten in geeigneter Weise zu bewerten (§ 3 Abs 3 FSG-GV). Sie ist jedoch für den Amtsarzt **nicht bindend**.

Wie bereits erwähnt wurden in der BMVIT-Arbeitsgruppe (aus Vertretern der Behörden, Amtsärzte und Autofahrerclubs ARBÖ und ÖAMTC unter der Leitung des KfV) wurden (**Überweisungs-)**Formblätter entwickelt, die der Amtsarzt der betroffenen Person für den Facharzt mitgibt und aus denen der Facharzt ersehen kann, auf welche speziellen Fragestel-

⁶ Gaisbauer, Die körperliche und geistige Eignung zum Lenken von Fahrzeugen im Spiegel der Rechtsprechung, RdM 1999, 72ff.

⁷ Früher war zur Beurteilung der gesundheitlichen Eignung ausschließlich der Amtsarzt zuständig.

⁸ Dazu siehe Kap. 2.7 und 2.8 im Detail.

⁹ Ausnahmebestimmung bzgl Zuweisungspflicht zum Amtsarzt: Sachverständiger Arzt kann direkt beim Augenarzt Stellungnahme einholen.

lungen er in seiner Stellungnahme einzugehen hat. Diese Formblätter, die inhaltlich jeweils gleich aufgebaut sind, wurden für 7 verschiedene medizinische Fachrichtungen entwickelt¹⁰ und in der Zwischenzeit ergänzt.

Bei der fachärztlichen Stellungnahme handelt es sich um ein von einem Facharzt des entsprechenden Sonderfaches abgegebenes Gutachten, das das Krankheitsbild zu beschreiben (Statusdiagnose) und auch die Auswirkungen auf das Lenken von Kraftfahrzeugen zu beurteilen hat.

2.3.3 Verkehrspsychologische Untersuchung (VPU)

2.3.3.1 Allgemeines

Das Vorliegen der psychologischen Eignung wird durch verkehrspsychologische Untersuchungsstellen bei folgenden Lenkern – teilweise obligatorisch – untersucht (vgl § 17 FSG-GV) und im Anschluss daran ein Gutachten in Form einer Verkehrspsychologischen Stellungnahme erstellt:

- **Lenker mit erhöhter Verantwortlichkeit**, nämlich bei Bewerbern um eine vorgezogene Lenkberechtigung der Klasse B¹¹ sowie der Klasse D, bei Bewerbern, die 5 mal den theoretischen Teil der Fahrprüfung oder 4 mal den praktischen Teil nicht bestanden haben und bei denen aufgrund einer ergänzenden amtsärztlichen Untersuchung Zweifel an deren kraftfahrspezifischen Leistungsfähigkeit, insb an der Intelligenz und am Erinnerungsvermögen bestehen.
- **Verkehrsauffällige Lenker** (zB bei Verursachung von Verkehrsunfällen oder Begehung von Verkehrsverstößen, bei 3-maliger Entziehung der Lenkberechtigung innerhalb von 5 Jahren, alkoholisierte oder suchtmittelbeeinträchtigte Lenker).

Die Verkehrspsychologische Untersuchung kann bei Bewerbern um eine Lenkberechtigung der Klasse D und bei Bewerbern um eine vorgezogene Lenkberechtigung der Klasse B durch eine **positive Kurzuntersuchung (Screening)** abgekürzt werden. Ergibt das Screening jedoch einen Verdacht auf Mängel in der kraftfahrspezifischen Leistungsfähigkeit oder auf das Vorliegen mangelnder Bereitschaft zur Verkehrsanpassung, ist eine volle Verkehrspsychologische Untersuchung durchzuführen (§ 18 Abs 4 FSG-GV).

In § 20 FSG-GV wird geregelt, welche Personen als Verkehrspsychologen tätig werden dürfen, worin ihre Ausbildung zu bestehen hat und wer zur Ausbildung von Verkehrspsychologen befugt ist. Verkehrspsychologen sind insbesondere auch zur Weiterbildung und dazu verpflichtet sich jährlich einer Supervision zu unterziehen.

Die verkehrspsychologische Untersuchung dient zur Kontrolle folgender Eignungsmerkmale (§ 1 Abs 1 Z 3 FSG-GV):

- **kraftfahrspezifische, verkehrspsychologische Leistungsfähigkeit**
- **Bereitschaft zur Verkehrsanpassung**

Jede durchgeführte VPU ist unverzüglich, unter gleichzeitiger Übermittlung der verkehrspsychologischen Stellungnahme, der Behörde, in deren örtlichem Wirkungsbereich der Untersuchte seinen Hauptwohnsitz hat, zu melden. Eine weitere VPU derselben Person innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten nach der erstmaligen Untersuchung darf nur auf ausdrückliche Anordnung der Behörde erfolgen (§ 18 Abs 5 FSG-GV).

¹⁰ FSG-Durchführungserlass vom 26.1.2005 betreffend § 8 FSG.

¹¹ Es sei denn, der oder die Erziehungsberechtigten bestätigen das Vorhandensein der nötigen geistigen Reife und sozialen Verantwortung des Bewerbers (§ 17 Abs 3 Z 2 FSG-GV).

2.3.3.2 Erläuterungen

- **Verkehrsanpassung:** Für die Erfassung der Bereitschaft zur Verkehrsanpassung ist insbesondere das soziale Verantwortungsbewusstsein, die Selbstkontrolle, die psychische Stabilität und die Risikobereitschaft des Kandidaten zu untersuchen, sowie zu prüfen, ob eine Tendenz zu aggressiver Interaktion im Straßenverkehr besteht und ob sein Bezug zum Autofahren kritisch von der Norm abweicht. Zur Überprüfung der Bereitschaft zur Verkehrsanpassung ist neben dem verkehrsbezogenen Persönlichkeitstest auch ein ausführliches Explorationsgespräch durchzuführen.
- **Mangelnde Bereitschaft zur Verkehrsanpassung:** Mangelnde Bereitschaft zur Verkehrsanpassung ist jedenfalls dann anzunehmen, wenn einem Lenker innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren die Lenkberechtigung dreimal entzogen wurde, oder wenn ein Lenker eine Alkoholuntersuchung verweigert. Ansonsten könnte der alkoholabhängige Kfz-Lenker unter Umständen durch Verweigerung einer Alkoholuntersuchung seine Abhängigkeit vor der Behörde verschleiern.¹²
- **Überprüfung der kraftfahrerspezifischen Leistungsfähigkeit:** Dabei sind insbesondere folgende Fähigkeiten zu überprüfen:
 - Beobachtungsfähigkeit sowie Überblicksgewinnung
 - Reaktionsverhalten, insbesondere die Geschwindigkeit und Sicherheit der Entscheidung und Reaktion sowie die Belastbarkeit des Reaktionsverhaltens
 - Konzentrationsvermögen
 - Sensomotorik
 - Intelligenz und Erinnerungsvermögen

2.3.4 Amtsärztliche Nachuntersuchung

Eine amtsärztliche Nachuntersuchung ist dann vorgeschrieben, wenn eine Lenkberechtigung befristet erteilt worden ist. Dies ist iSd § 8 Abs 3 Z 2 FSG dann gegeben, wenn eine Krankheit festgestellt wurde, bei der ihrer Natur nach mit einer zum Verlust oder zur Einschränkung der Eignung zum Lenken von Kfz führenden Verschlechterung der Krankheit gerechnet werden muss.¹³ Eine Nachuntersuchung muss somit dann vorgenommen werden, wenn davon auszugehen ist, dass sich eine **Krankheit verschlechtern wird** und diese Verschlechterung die „**Fahrtüchtigkeit**“ des **Führerscheinbesitzers beeinträchtigen wird**.

Bei beantragter Verlängerung der Lenkberechtigung wird die amtsärztliche Nachuntersuchung – normalerweise mit Einholung einer oder mehrerer fachärztlicher Stellungnahmen – durch den Amtsarzt durchgeführt und liefert die Grundlage des vom Amtsarzt verfassten Gutachtens darüber, ob der Besitzer einer Lenkberechtigung weiterhin dazu geeignet ist, ein Kraftfahrzeug zu lenken oder nicht.

Eine solche Nachuntersuchung umfasst daher sowohl das **Aktenstudium** als auch die Beurteilung allfälliger **fachärztlicher oder verkehrspsychologischer Stellungnahmen** sowie gegebenenfalls eine **Beobachtungsfahrt** und hat sich auf die gesundheitlichen Mängel zu beschränken, auf Grund derer die Nachuntersuchung vorgeschrieben wurde, es sei denn, dass anlässlich der Nachuntersuchung andere Auffälligkeiten auftreten (§ 1 Abs 1 Z 4 FSG-GV).

¹² Grundtner/Pürst, Führerscheingesetz (FSG)², FN 1 zu § 17 FSG-GV.

¹³ Vgl dazu aus der ständigen Rechtsprechung des VwGH zu dem mit § 8 Abs 3 Z 2 FSG im Wesentlichen inhaltsgleichen § 69 Abs. 1 lit. b KFG 1967 die Erkenntnisse vom 15.12.1995, Zl. 95/11/0318, und vom 21.1.1997, Zl. 96/11/0267, jeweils mwN. Ebenso VwGH 18.1.2000, 99/11/0266, 29.9.2005, 2005/11/0120. Im Detail siehe unten.

2.3.5 Ärztliche Kontrolluntersuchung

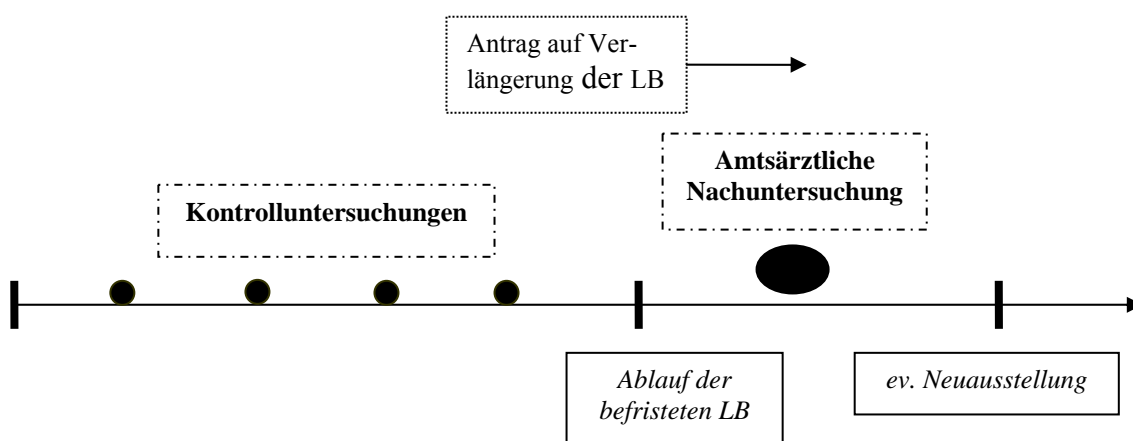
Unter ärztlichen Kontrolluntersuchungen sind entsprechende Befunde zu verstehen, die **innerhalb der Frist, für die eine Lenkberechtigung erteilt worden ist**, vorzulegen sind, um zu überprüfen, ob es zu einer die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen ausschließenden oder einschränkenden **Verschlechterung einer Erkrankung** gekommen ist.

Ärztliche Kontrolluntersuchungen werden als **Auflage** (bis 1.10.2002: Bedingung) **durch die Behörde** vorgeschrieben (Eintragung des Zahlencodes 104 in den Führerschein); sie sind im Hinblick auf eine **Befristung** der Lenkberechtigung regelmäßig bzw in klar definierten Zeitabständen durchzuführen und im Hinblick auf die Nachuntersuchung erforderlich.

In solchen Fällen hat die Behörde die regelmäßige Vorlage zu überprüfen (sofern zur Beurteilung keine medizinischen Kenntnisse notwendig sind, wie etwa, dass im Urin keinerlei Drogenrückstände bzw -abbauprodukte vorhanden waren). Die Fristen, innerhalb der die Kontrolluntersuchungen vorzunehmen sind, sind exakt zu umschreiben¹⁴ und (im ärztlichen Gutachten) nachvollziehbar zu begründen.¹⁵ Mithilfe des Instrumentes der ärztlichen Kontrolluntersuchung muss Personen, die beispielsweise nachweisen müssen, dass sie nicht mehr **alkohol- oder drogenabhängig** sind, nicht eine auf jeweils kurze Zeit befristete Lenkberechtigung erteilt werden. Allerdings muss in der Anfangsphase eine Überprüfung auf Alkohol- oder Drogenabhängigkeit in der Regel in sehr kurzen Abständen stattfinden. In welcher Form der Amtsarzt die Kontrolluntersuchungen benötigt, hat er in seinem Gutachten anzugeben.

Bsp: Eine Lenkberechtigung wird für einen bestimmten Lenker auf die Dauer von drei Jahren erteilt, wobei nach Ablauf dieser Frist eine amtsärztliche Nachuntersuchung stattzufinden hat. Innerhalb dieser Frist, etwa alle sechs Monate, sind der Behörde vom Besitzer der Lenkberechtigung ärztliche Befunde (zB Ergometrie) vorzulegen. Dabei handelt es sich um eine ärztliche Kontrolluntersuchung.

Zu beachten: Die bloße Aussage in einer fachärztlichen Stellungnahme, dass „Kontrolluntersuchungen notwendig“ seien, reicht noch nicht für die Annahme, dass derartige Untersuchungen auch im Hinblick auf die Eignung zum Lenken erforderlich sind. Hier muss zwischen **Kontrolluntersuchungen aus dem Aspekt der Gesundheitsvorsorge**, die unter Umständen auch bei völlig gesunden Personen deshalb empfehlenswert sind,¹⁶ und Kontrolluntersuchungen aus führerscheinrechtlicher Sicht **streng unterschieden** werden.



Ablaufdiagramm (Bsp): bei Befristung einer Lenkberechtigung

¹⁴ VwGH 24.10.2001, 2000/11/0337.

¹⁵ VwGH 20.3.2001, 2000/11/0264.

¹⁶ ZB um einer möglichen Verschlechterung oder möglichen Komplikationen rein aus gesundheitsmedizinischen Aspekten vorzubeugen.

2.3.6 Wiederholungsuntersuchung

Wiederholungsuntersuchungen (§ 1 Abs 1 Z 6 FSG-GV) sind die von Besitzern der Lenkberechtigung der Klassen C oder D¹⁷ für die Verlängerung vorzulegende ärztlichen Gutachten, das von sachverständigen Arzt bzw Amtsarzt zu erstellen ist (iSd § 8 FSG).

2.3.7 Beobachtungsfahrt

Der Amtsarzt kann eine Beobachtungsfahrt anordnen,

1.) um herauszufinden, ob ein bestimmtes Leiden die Eignung zum Lenken von Kfz beeinträchtigt oder nicht. So kann eine Beobachtungsfahrt erforderlich sein, um den Lenker bei der Bedienung einer Betätigungsvorrichtung im Kraftfahrzeug für den Ausgleich einer Körperbehinderung zu beobachten (rein technische Beobachtungsfahrt gem § 9 FSG).

2.) um die Beherrschung des Fahrzeuges, das verkehrsangepasste und das mit Rücksicht auf andere Verkehrsteilnehmer umsichtige Fahren sowie die Kompensation von gesundheitlichen Mängeln, zB durch Fahrerfahrung („erlangte Geübtheit“), (§ 1 Abs 1 Z 7 iVm § 3 Abs 4 FSG-GV) zu beobachten (auch „Fahrprobe“ genannt).

Bei der Beobachtungsfahrt handelt es sich um eine Fahrt von mindestens 30 Minuten für die Gruppe 1 und mindestens 45 Minuten für die Gruppe 2 im Beisein eines Amtsarztes und/oder gegebenenfalls eines technischen Sachverständigen, ev. auch eines Fahrlehrers (s § 9 Abs 3 FSG).

2.4 Nachweis der gesundheitlichen Eignung bei Erlangung des Führerscheins

2.4.1 Verfahrensablauf bei Erlangung des Führerscheins

Vor der Erteilung einer Lenkberechtigung hat der Antragsteller der Behörde ein **ärztliches Gutachten** vorzulegen, dass er zum Lenken von Kraftfahrzeugen gesundheitlich geeignet ist.

Ein solches ärztliches Gutachten

- hat auszusprechen, für welche **Klassen** von Lenkberechtigungen der Antragsteller grundsätzlich geeignet ist,
- es darf im Zeitpunkt der Entscheidung über die Erteilung der Lenkberechtigung **nicht älter als ein Jahr bzw ab 1.10.06 nicht älter als 18 Monate sein** und
- ist **von einem sachverständigen Arzt gemäß § 34 FSG** zu erstellen (§ 8 Abs 1 FSG). Der sachverständige Arzt muss in die Ärzteliste eingetragen sein.

Ergibt die ärztliche Untersuchung aber, dass außerdem **fachärztliche Stellungnahmen**, eine **Beobachtungsfahrt**, ein **technisches Gutachten** oder eine verkehrspsychologische Stellungnahme notwendig sind, so ist das Gutachten vom **zuständigen Amtsarzt** zu erstellen (§ 8 Abs 2 FSG, § 22 Abs 4 FSG-GV).

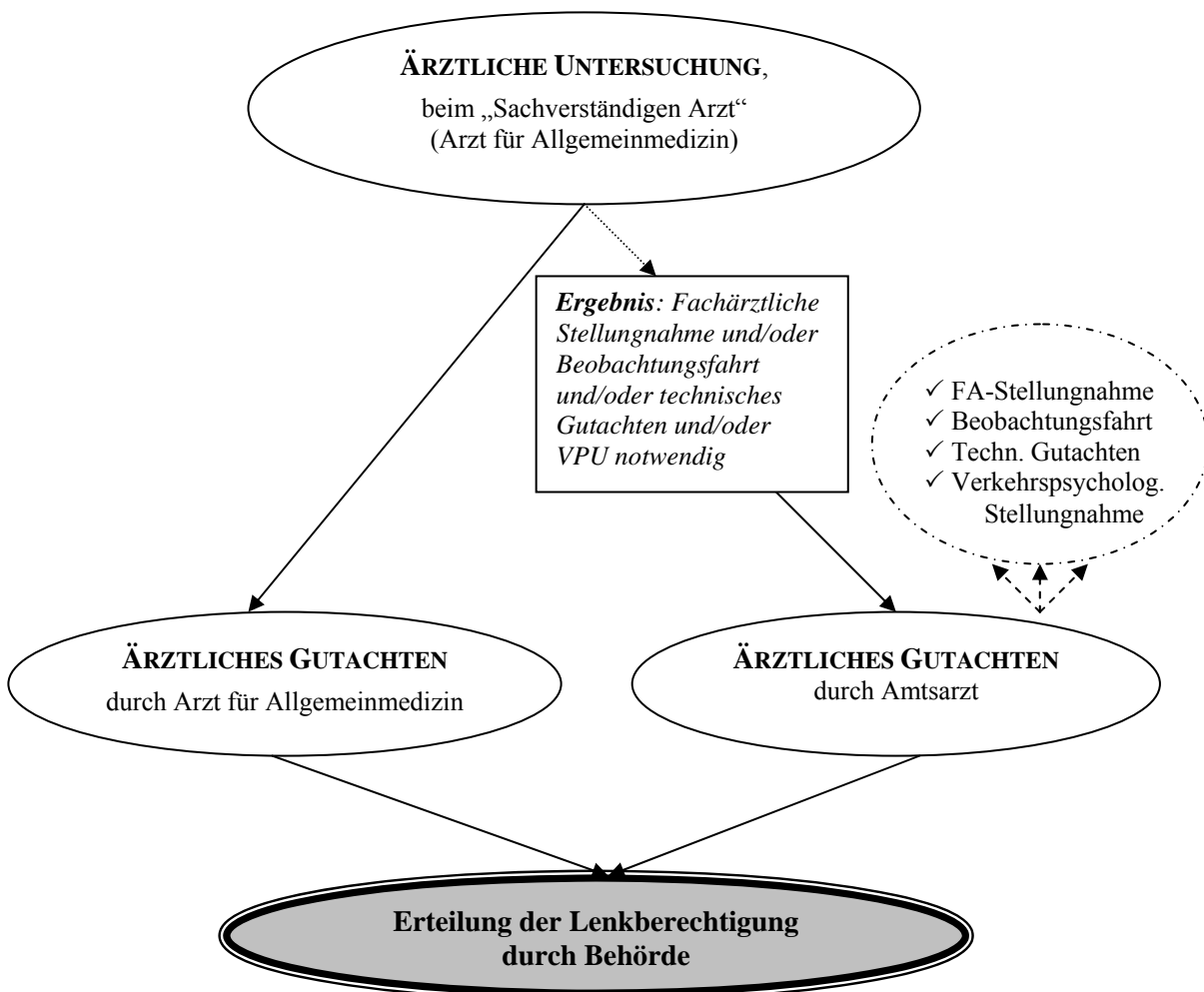
¹⁷ Gesetzliche Befristung für diese beiden Klassen auf 5 Jahre, ab dem 60. Lebensjahr nur 2 Jahre.

Bringt ein **Bewerber** um eine Lenkberechtigung ein positives ärztliches Gutachten eines sachverständigen Arztes bei, so ist es ebenso zulässig, bei berechtigten Zweifeln der Behörde ein amtsärztliches Gutachten über dessen gesundheitliche Eignung einzuholen.¹⁸

Der sachverständige Arzt hat jede Zuweisung zum Amtsarzt unverzüglich der **zuständigen Behörde zu melden** und die von ihm bisher erstellten Untersuchungsergebnisse dem Amtsarzt zu übermitteln. In diesem Fall gebühren dem sachverständigen Arzt nur 50% Prozent des Honorars.¹⁹

Wenn der Führerscheinwerber bereits weiß, dass er auf Grund seines Leidens in jedem Fall eine fachärztliche Stellungnahme benötigen wird, kann er bei der Behörde sofort eine Zuweisung zum Amtsarzt verlangen.

Bei Vorliegen einer körperlichen Behinderung entscheiden Amtsarzt und technischer Sachverständiger, ob Zusatzeinrichtungen für das Kraftfahrzeug des körperlich behinderten Lenkers vorgeschrieben werden müssen. Diese Einrichtungen müssen bereits im Übungsfahrzeug der Fahrschule vorhanden sein.



Ablaufdiagramm: Verfahrensablauf zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung

¹⁸ Führerscheingesetz-Durchführungserlass vom 26.1.2005, 1.

¹⁹ Grundtner/Pürstl, FSG, FN 3 zu § 22 FSG-GV.

2.4.2 Vorlage des ärztlichen Gutachtens durch den Antragsteller

Der Antragsteller muss der Behörde ein ärztliches Gutachten vorlegen, aus dem hervorgeht, dass er zum Lenken von Kraftfahrzeugen gesundheitlich geeignet ist (§ 8 Abs 1 FSG). Für die Vorlage des Gutachtens ist der Antragsteller somit **selbst verantwortlich**. Die Möglichkeit zur zwangsweisen Vorführung des Antragstellers beim Arzt sieht das Gesetz nicht vor. Dies führt insofern zu einer Verwaltungsvereinfachung, da die Behörden nicht mit der Terminzuweisung und -evidenzhaltung befasst werden.²⁰

2.4.3 Zuständigkeit

Für die im Führerscheingesetz vorgesehenen Amtshandlungen ist, sofern darin nichts anderes bestimmt ist, in erster Instanz die **Bezirksverwaltungsbehörde**, im örtlichen Wirkungsbereich einer **Bundespolizeibehörde** diese zuständig (§ 35 Abs 1 FSG).

2.4.4 Rechtsschutz

Gegen das amtsärztliche Gutachten und dessen Teilbefunde (fachärztliche oder verkehrspsychologische Stellungnahme) kann **kein eigenständiges Rechtsmittel** erhoben werden. Es ist ein Teil des Ermittlungsverfahrens und kann nur bekämpft werden, indem der Bescheid über die Eignung zum Lenken angefochten wird.

2.5 Entziehung der Lenkberechtigung wegen mangelnder gesundheitlicher Eignung

2.5.1 Allgemeines

Ist der Führerscheinwerber laut ärztlicher Untersuchung gesundheitlich geeignet und hat – wie es in der Regel ist – eine unbefristete Lenkberechtigung bekommen, wird er sich – nach der derzeitigen gesetzlichen Lage – in den meisten Fällen als Kraftfahrer in seinem weiteren Leben keiner ärztlichen Überprüfung unterziehen müssen;²¹ es sei denn, er fällt besonders auf, so dass die Behörde Bedenken hinsichtlich seiner Fahrtauglichkeit bekommt.²² Den Führerscheinbesitzer selbst trifft grundsätzlich über eine ihm bekannte gesundheitliche Einschränkung, die seine Fahrtüchtigkeit schmälert, keine Meldepflicht gegenüber der Führerscheinbehörde.

Die Entziehung (aber auch die Einschränkung und die Befristung) der Lenkberechtigung kommt nur dann in Betracht, wenn sich seit ihrer Erteilung die Umstände unter anderem in Bezug auf die bei der Erteilung angenommene geistige oder körperliche Eignung entscheidend geändert haben.²³

Ist die Behörde darüber im Zweifel, ob die Voraussetzungen der gesundheitlichen Eignung noch gegeben sind, muss sie ein von einem Amtsarzt erstelltes Gutachten darüber einho-

²⁰ Grundtner/Pürstl, FSG, 89.

²¹ Gilt nicht bei C- und D-Lenkern, die in regelmäßigen Abständen ein ärztliches Gutachten vorzulegen haben.

²² Trippel, Die ärztliche Schweigepflicht und das Kraftfahrrecht, ZVR 1998, 357.

²³ VwGH 13.8.2003, 2001/11/0183.

len und – sofern die Erteilungsvoraussetzungen der Lenkberechtigung nicht mehr gegeben sind – diese einschränken oder entziehen (§ 24 Abs 4 FSG).

Anlass für Zweifel der Behörde an der gesundheitlichen Eignung des Führerscheinbesitzers kann zB die Neuausstellung des Führerscheins im Falle eines Fotoaustausches, des Verlusts oder ein schwerwiegender Verkehrsunfall oder -verstoß sein.

Zuständig ist die Behörde, in deren örtlichem Wirkungsbereich der Besitzer der Lenkberechtigung seinen ordentlichen Wohnsitz hat.

Bei der Entziehung der Lenkberechtigung handelt es sich nach herrschender Rechtsprechung nicht um eine Strafe, sondern um eine **Schutzmaßnahme** im primären Interesse anderer Personen. Für die Erlassung einer Aufforderung der Behörde sich ärztlich untersuchen zu lassen, genügen begründete Bedenken gegen die gesundheitliche Eignung der betreffenden Person zum Lenken von Kfz.²⁴

2.5.2 Verfahrensablauf

Die Einleitung eines Entziehungsverfahrens wegen mangelnder gesundheitlicher Eignung kann, sofern von Seiten der Behörde Bedenken bestehen, ob die Voraussetzungen der gesundheitlichen Eignung noch gegeben sind, entweder anlässlich der **Entziehung aus einem sonstigen Grund** – zB wegen Verkehrsunzuverlässigkeit oder mangelnder fachlicher Befähigung des Lenkers – oder, ein entsprechender Verdacht ebenfalls vorausgesetzt, **bei aufrechter, nicht entzogener Lenkberechtigung** erfolgen.

Es ist ein von einem Amtsarzt erstelltes Gutachten über die gesundheitliche Eignung einzuholen,²⁵ in dessen Rahmen auch die Beibringung der erforderlichen fachärztlichen oder einer verkehrspsychologischen Stellungnahme angeordnet werden kann. Die Partei hat die Kosten der Stellungnahme selbst zu tragen.

Leistet der Besitzer der Lenkberechtigung der von der Behörde in Bescheidform getätigten Aufforderung, sich ärztlich untersuchen zu lassen oder die erforderlichen Befunde zu erbringen, keine Folge, ist ihm die Lenkberechtigung zu entziehen, bis er der entsprechenden Aufforderung nachgekommen ist (§ 24 Abs 3 und 4 FSG).

Wird der Führerscheinbesitzer durch die Führerscheinbehörde zu einer Untersuchung beim Amtsarzt bestellt, trifft ihn die Pflicht, wahrheitsgemäß über seinen Gesundheitszustand Auskunft zu geben. Die Wahrheitspflicht gegenüber dem untersuchenden Arzt trifft den Betroffenen auch bei der Kontrolluntersuchung und der amtsärztlichen Nachuntersuchung.

Nach Vorliegen des Gutachtens des Amtsarztes hat die Behörde zu beurteilen, ob der Besitzer der Lenkberechtigung zum Lenken von Kraftfahrzeugen gesundheitlich geeignet ist. Erachtet sie das Gutachten für unvollständig oder un schlüssig, hat sie den Amtsarzt zur Ergänzung der Begründung oder zur Aufklärung von Widersprüchen aufzufordern.²⁶

Nachdem das amtsärztliche Gutachten erstellt wurde, muss die Behörde über die Entziehung oder Einschränkung der Lenkberechtigung aufgrund mangelnder gesundheitlicher Eignung entscheiden.

²⁴ Frank, Die Entziehung der Lenkberechtigung als Nebenstrafe – Die fehlende Nebenstrafe, ZVR 2000, 326.

²⁵ Vor Entziehung wegen mangelnder gesundheitlicher Eignung soll stets ein ärztliches Gutachten erforderlich sein, da es grundsätzlich nicht anders qualifizierten Personen überlassen bleiben kann, zu beurteilen, ob Voraussetzungen „noch“ vorliegen, als denjenigen, die bei Erteilung zu beurteilen hatten, ob dies Voraussetzungen vorliegen (ErläutRV KFG-Stammfassung, 186 BlgNR 11. GP. 112).

²⁶ VwGH, 20.2.2001, 2000/11/0287.

2.5.3 Rechtsschutz

Sowohl die Beibringung des amtsärztlichen Gutachtens, der fachärztlichen und der verkehrspsychologische Stellungnahme als auch die Entziehung bzw Einschränkung der Lenkberechtigung werden mit Bescheid angeordnet. Gegen diese Bescheide kann mit Berufung an die **Unabhängigen Verwaltungssenate (UVS)** in den Ländern vorgegangen werden (§ 35 Abs 1 FSG).

2.5.4 Entziehungsdauer

Kommen bei der amtsärztlichen Untersuchung Mängel hervor, die die Eignung ausschließen, so hängt die durch die Behörde festgesetzte Entziehungsdauer von den **konkreten Umständen** ab. Grundsätzlich gilt, dass die Entziehung wegen mangelnder gesundheitlicher Eignung **(nur) für die Dauer der Nichteignung festzusetzen** ist (§ 25 Abs 2 FSG). Da zu meist nicht vorhersehbar ist, wann die gesundheitliche Nichteignung wieder vorbei ist, wird die Lenkberechtigung normalerweise „**auf die Dauer der gesundheitlichen Nichteignung**“ entzogen.

Die Lenkberechtigung kann eingeschränkt oder völlig entzogen werden. Als Einschränkung kommen Befristungen, Auflagen oder zeitliche, örtliche und sachliche Beschränkungen in Betracht (§ 5 Abs 5 FSG).²⁷

2.5.5 Entziehung nur bestimmter Klassen der Lenkberechtigung

Soll eine Lenkberechtigung nur einer bestimmten Klasse wegen mangelnder gesundheitlicher Eignung entzogen werden, bedarf es eindeutiger Feststellungen dazu, weshalb der Gesundheitszustand des Betroffenen zwar einer Lenkberechtigung für einzelne Klassen weiterhin nicht entgegensteht, aber bereits nicht mehr ausreicht, um den körperlichen und geistigen Anforderungen zu genügen, die sich beim Lenken von Kraftfahrzeugen der in Frage kommenden Klasse ergeben.²⁸

2.5.6 Führerscheinentziehung und Wiederausfolgung

Wird jemandem die Lenkberechtigung entzogen (zB wegen Alkohol am Steuer), so kann diejenige Person nach Ablauf des Entziehungszeitraumes bei der zuständigen Behörde einen Antrag auf Wiederausfolgung des Führerscheins stellen.

2.6 *Einschränkungen der Lenkberechtigung aufgrund mangelnder gesundheitlicher Eignung*

Im Gegensatz zur Entziehung der Lenkberechtigung, die den vollständigen Verlust des Rechts zum Lenken von Kraftfahrzeugen der betreffenden Klassen bedeutet, führt die Einschränkung der Lenkberechtigung nur zum **teilweisen Verlust dieses Rechts**. Die Einschränkung hat vor allem im Zusammenhang mit mangelnder gesundheitlicher Eignung Bedeutung. Besteht **keine volle gesundheitliche Eignung**, so kann eine Lenkberechtigung (ohne Gefähr-

²⁷ Dazu siehe Kap. 2.6 (Beschränkungen des Führerscheins).

²⁸ VwGH 29.01.2004, 2003/11/0288.

dung der Verkehrssicherheit) unter entsprechenden **Befristungen, Auflagen oder (zeitlichen, örtlichen und sachlichen) Beschränkungen** (wieder-)erteilt werden (§ 5 Abs 5 FSG).

Die Einschränkungen der Lenkberechtigung sind gemäß § 13 Abs 4 dritter Satz FSG in den Führerschein einzutragen.

Empfehlung: Stets sollten klare Vorstellungen über die **Zweckmäßigkeit** und **Durchführbarkeit** einer empfohlenen Maßnahme bestehen. Auflagen und Beschränkungen können von erheblich einschneidender Wirkung für den Lenker sein.

2.6.1 Befristungen

2.6.1.1 Allgemeines

Die Befristung ist eine Nebenbestimmung, die die Rechtswirksamkeit eines Verwaltungsaktes von einem **bestimmten, künftigen Ereignis** abhängig macht.²⁹ Das FSG sieht **gesetzliche Befristungen** (Klassen C, C1 und D) und **bescheidmäßige Befristungen** vor. Die Gültigkeit der Lenkberechtigung endet mit Ablauf der Befristung durch **Erlöschen** (§ 27 Abs 1 Z 2 FSG).

Zur bescheidmäßigen Befristung kommt es, wenn eine ärztliche Kontrolluntersuchung und/oder eine amtsärztliche Nachuntersuchung insbesondere wegen einer fortschreitenden Erkrankung notwendig ist.

Wird vom Amtsarzt eine Befristung vorgeschlagen, so hat er

- unter Einbeziehung fachärztlicher Befunde
- auch für Nichtmediziner verständlich und nachvollziehbar
- nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft
- für den konkreten Fall³⁰ darzulegen, ob bzw warum eine die Eignung zum Lenken von Kfz ausschließenden oder einschränkenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht bloß möglich ist bzw nicht ausgeschlossen werden kann, sondern warum diese Verschlechterung geradezu zu erwarten ist.³¹
- Außerdem hat sich der Amtsarzt in der Begründung seines Gutachtens mit den Inhalten der fachärztlichen Stellungnahmen entsprechend auseinanderzusetzen. Insbesondere muss ersichtlich sein, auf welchem Weg der Verfasser des Befundes zu seinen Schlussfolgerungen gelangt ist³².

Das ärztliche Gutachten hat in diesen Fällen gemäß § 8 Abs 3 Z 2 FSG abschließend auszusprechen: „Bedingt geeignet“.

Nach Vorliegen des Gutachtens des Amtsarztes hat sich die Behörde mit dem Gutachten auseinanderzusetzen, dieses auf seine Schlüssigkeit und Vollständigkeit zu überprüfen – gegebenenfalls den Amtsarzt zur Ergänzung aufzufordern – und zu beurteilen, ob der Besitzer der Lenkberechtigung zum Lenken von Kfz gesundheitlich geeignet ist.³³

²⁹ *Antoniolli/Koja*, Allgemeines Verwaltungsrecht (1996) 558.

³⁰ Pauschale Hinweise auf den gegenwärtigen fachlichen Wissensstand reichen – sofern dieser nicht näher dargelegt wird – für eine vom amtsärztlichen Sachverständigen als notwendig erachtete Befristung samt Kontroll- und Nachuntersuchung nicht.

³¹ VwGH 23.5.2003, 2002/11/0066.

³² *Kaltenegger/Koller*, Entziehung der Lenkberechtigung und Lenkverbot (2003) 64.

³³ VwGH 20.2.2001, 2001/11/0287.

2.6.1.2 Stabilisierung einer fortschreitenden Erkrankung

§ 3 Abs 5 2. Satz FSG-GV regelt, dass eine **Stabilisierung der Erkrankung oder Behinderung** die Grundlage für die **Aufhebung der bei der befristeten Erteilung oder Belassung der Lenkberechtigung zu verfügenden Auflagen** bildet. Das bedeutet, dass eine Befristung, die bereits einmal wegen einer fortschreitenden Erkrankung erfolgt ist, nicht auch künftig erforderlich sein muss.

Mit „Stabilisierung“ ist nicht schon eine vorübergehende, sondern eine **dauerhafte Stabilisierung** einer ihrer Art nach als fortschreitende Erkrankung anzusehenden Krankheit gemeint. Diese muss also derart zum **Stillstand** gekommen sein, dass nach dem medizinischen Wissensstand keine weitere Verschlechterung zu befürchten ist.³⁴ Die ursprünglich prognostizierte Gefahr darf nicht mehr gegeben sein.

Liegen nun Anhaltspunkte für eine Stabilisierung im oben erwähnten Sinn vor und ist nach Sicht des Amtsarztes eine Befristung dennoch erforderlich, so hat er sich in der Begründung seines Gutachtens mit dieser Frage hinreichend auseinanderzusetzen.

2.6.1.3 Befristung im Falle der Erwartung einer Verschlechterung

Wird vom Amtsarzt eine Befristung vorgeschlagen, so hat er unter Einbeziehung fachärztlicher Befunde im konkreten Fall darzulegen, dass einerseits die gesundheitliche Eignung noch in ausreichendem Maß für eine bestimmte Zeit vorhanden ist, dass aber andererseits eine gesundheitliche Beeinträchtigung besteht, nach deren Art in Zukunft mit einer die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen ausschließenden oder einschränkenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes gerechnet werden muss.³⁵ Dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes möglich ist bzw nicht ausgeschlossen werden kann, wird zur Begründung als nicht ausreichend angesehen,³⁶ zumal eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Laufe von Jahren wohl bei niemandem ausgeschlossen werden kann³⁷. Es ist im konkreten Fall darzulegen, warum diese Verschlechterung in absehbarer Zeit geradezu zu erwarten ist.³⁸ Wie der VwGH festgestellt hat, dürfen Führerscheine nicht mehr „vorsichtshalber“ befristet werden. Eine Befristung nur aufgrund des fortgeschrittenen Alters ist ebenso unzulässig.³⁹

2.6.1.4 Fristverlängerung

Wird eine Fristverlängerung gewünscht, muss bei der Behörde ein Führerscheinantrag eingebracht werden. Bei befristeten Lenkberechtigungen (zB wegen gesundheitlichen Problemen) muss die Lenkberechtigung **rechtzeitig** vor Ablauf der Frist **neu beantragt werden**.⁴⁰ Ist der Führerschein wegen gesundheitlichen Problemen befristet, so wird nach Einbringung des Antrages zur Untersuchung beim Amtsarzt geladen. Ein neuer Führerschein wird ausgestellt, da in Führerscheinen keine Änderungen durchgeführt werden dürfen (EU-Vorgabe).

³⁴ VwGH 20.04.2004, 2003/11/0315; VwGH 18.01.2000, 99/11/02666.

³⁵ Ausführlich dazu auch *Hiesel*, Die Befristung der Lenkberechtigung, ZVR 2006, 222.

³⁶ VwGH 13.8.2003, 2002/11/0228.

³⁷ UVS Burgenland 9.11.2004, GZ F02/06/04002.

³⁸ Vgl VwGH 18.1.2002, 99/11/0266 und 24.4.2001, 2000/11/0337.

³⁹ VwGH 29.10.1991, 91/11/0054.

⁴⁰ Üblicherweise erhält jeder Besitzer einer befristeten Lenkberechtigung drei Monate vor Ablauf der Frist ein Schreiben, das an die Fallfrist erinnert.

Wird kein entsprechender **Antrag** auf Verlängerung **vor Ablauf einer befristeten Lenkberechtigung** bei der zuständigen Behörde eingebracht, erlischt die Lenkberechtigung; in einem solchen Fall ist ein Antrag auf Neuerteilung einzubringen.

2.6.1.5 Nachfrist

§ 8 Abs 5 FSG normiert für die Gültigkeit der Lenkberechtigung eine **Nachfrist**: Ein Lenker, dessen Lenkberechtigung **erloschen** ist, ist berechtigt, in Österreich bis zu **drei Monate** nach Ablauf der Befristung ein Kraftfahrzeug der betreffenden Klasse oder Unterklasse weiter zu lenken, wenn er den **Antrag auf Verlängerung** der Lenkberechtigung vor Ablauf der Befristung gestellt hat und die rechtzeitige Verlängerung der Lenkberechtigung ohne sein Verschulden nicht möglich war. Über die rechtzeitige Einbringung des Antrages ist ihm von der Behörde eine **Bestätigung** auszustellen, die der Lenker gemäß § 14 Abs 1 FSG mit sich zu führen hat.

2.6.2 Auflagen

Die Auflage ist eine **pflichtbegründende Nebenbestimmung** eines (an sich) begünstigenden Verwaltungsakts.⁴¹ Das FSG gibt, soweit dies auf Grund des ärztlichen Gutachtens oder wegen der Art der Lenkberechtigung nach den Erfordernissen der Verkehrssicherheit nötig ist, der Behörde die Möglichkeit, **Rechtspflichten als Auflage** zu bestimmen⁴² (zB Tragen einer Brille, Tragen von Kontaktlinsen, Tragen von Prothesen). Vor dem 1.10.2002 erlassene Bedingungen gelten gem § 40 Abs 1 letzter Satz FSG nunmehr als Auflagen.

Auflagen richten sich an den **Lenker eines Kraftfahrzeuges** – zB sich in bestimmten zeitlichen Abständen amtsärztlichen Nachuntersuchungen zu unterziehen oder beim Lenken eines Kraftfahrzeuges stets eine Brille zu tragen etc.

Auflagen müssen so klar umschrieben sein, dass ihnen der Besitzer der Lenkberechtigung entsprechen kann, ohne erst im Auslegungsweg den Inhalt der Nebenbestimmung ergründen zu müssen und im Falle einer Fehlinterpretation Gefahr zu laufen, die Lenkberechtigung wegen Nichteinhaltung der Auflage zu verlieren.

2.6.3 Beschränkungen

Die Beschränkung zieht die **Grenzen** eines Rechts gegenüber dem Standardfall **enger**. Beschränkungen betreffen insb das **Fahrzeug**: Sie beschränken den Geltungsbereich einer erteilten Fahrerlaubnis auf **bestimmte Fahrzeugarten** oder auf **bestimmte Fahrzeuge mit besonderen Einrichtungen**, zB mit automatischer Kraftübertragung, Handgasbestätigung.

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

Das FSG sieht zahlreiche **gesetzliche Beschränkungen der Lenkberechtigung** vor (zB Altersbeschränkung hinsichtlich der Klassen A, C, C+E und F) und gibt zudem der Behörde die Möglichkeit, **zeitliche, örtliche oder sachliche Beschränkungen**, soweit dies auf Grund des ärztlichen Gutachtens oder wegen der Art der Lenkberechtigung nach den Erfordernissen

⁴¹ Antoniulli/Koja, Allgemeines Verwaltungsrecht, 555.

⁴² Kaltenegger/Koller, Entziehung der Lenkberechtigung und Lenkverbot, 28.

der Verkehrssicherheit nötig ist, auf **bescheidmäßiger Ebene** zu erlassen⁴³, wie zB „Keine Nachtfahrten“, „Keine Autobahnfahrten“, „Nur im Umkreis von xx km vom Wohnort“, „ohne Beifahrer“.

2.6.4 Codes

In der EU sind für die **Eintragung von Auflagen und Beschränkungen** bestimmte **Codes** vorgesehen, die in allen EU-Staaten gleich lauten.

- Lenker und Lenkerinnen – medizinische Gründe (Codes 01 bis 05)

Zahlencodes im Führerschein: medizinische Gründe	
01	Korrektur des Sehvermögens und/oder Augenschutz
01.01	Brillen
01.02	Kontaktlinsen
01.03	Schutzgläser
01.04	Opakgläser
01.05	Augenschutz
01.06	Brillen oder Kontaktlinsen
02	Hörprothese/Kommunikationshilfe
02.01	Hörprothese an einem Ohr
02.02	Hörprothese an beiden Ohren
03	Prothese/Orthese der Gliedmaßen
03.01	Prothese/Orthese der Arme
03.02	Prothese/Orthese der Beine
05	beschränkte Gültigkeit
05.01	Beschränkung auf Fahrten bei Tag (zB eine Stunde nach Sonnenaufgang und eine Stunde vor Sonnenuntergang)
05.02	Beschränkung auf Fahrten in einem Umkreis von ... km des Wohnsitzes oder innerorts .../innerhalb der Region
05.03	Fahren ohne Beifahrer oder Beifahrerin beziehungsweise Mitfahrer oder Mitfahrerin
05.04	beschränkt auf höchstzulässige Geschwindigkeit von nicht mehr als ... km/h
05.05	Fahren nur mit einem Beifahrer oder einer Beifahrerin, der oder die im Besitz eines Führerscheins sein muss
05.06	ohne Anhänger
05.07	Fahren auf Autobahnen nicht erlaubt
05.08	kein Alkohol

- Fahrzeuganpassungen (Codes 10 bis 51)

Codes für Fahrzeuganpassungen	
10	angepasste Schaltung
10.01	Handschaltung
10.02	Automatikgetriebe
10.03	elektronisches Wechselgetriebe
10.04	Anpassung des Schalthebels

⁴³ Kaltenecker/Koller, Entziehung der Lenkberechtigung und Lenkverbot, 28.

10.05	zusätzliches Kraftübertragungsgetriebe nicht erlaubt
15	angepasste Kupplung
15.01	angepasstes Kupplungspedal
15.02	Handkupplung
15.03	automatische Kupplung
15.04	Trennwand vor abgeteiltem/heruntergeklapptem Kupplungspedal
20	angepasste Bremsmechanismen
20.01	angepasstes Bremspedal
20.02	verbreitertes Bremspedal
20.03	Bremspedal geeignet für Gebrauch mit dem linken Fuß
20.04	Bremspedal (Fußraste)
20.05	Bremspedal (Kippedal)
20.06	angepasste Handbremse
20.07	Betriebsbremse mit verstärkter Servobremse
20.08	verstärkte Hilfsbremse, in die Betriebsbremse integriert
20.09	angepasste Feststellbremse
20.10	Feststellbremse mit elektrischer Bedienung
20.11	(angepasste) Feststellbremse mit Fußbedienung
20.12	Trennwand vor abgenommenem/heruntergeklapptem Bremspedal
20.13	mit dem Knie betriebene Bremse
20.14	elektrisch betriebene Bremse
25	angepasste Beschleunigungsmechanismen
25.01	angepasstes Gaspedal
25.02	Gaspedal (Fußraste)
25.03	Gaspedal (Kippedal)
25.04	Handgas
25.05	Beschleunigung mit dem Knie
25.06	Servogas (elektronisches, pneumatisches usw)
25.07	Gaspedal links vom Bremspedal
25.08	Gaspedal links
25.09	Trennwand vor abgenommenem/heruntergeklapptem Gaspedal
30	angepasste kombinierte Gas- und Bremsmechanismen
30.01	Parallelpedale
30.02	Pedale auf der gleichen oder fast gleichen Ebene
30.03	Handgas und Handbremse mit Gleitschiene
30.04	Handgas und Handbremse mit Gleitschiene mit Orthese
30.05	abgenommenes/heruntergeklapptes Gas- und Bremspedal
30.06	Bodenerhöhung
30.07	Trennwand seitlich des Bremspedals
30.08	Trennwand seitlich des Bremspedals mit Prothese
30.09	Trennwand vor Gas- und Bremspedal
30.10	mit Fersen-/Beinstütze
30.11	elektrisch betriebene Beschleunigung und Bremse
35	angepasste Bedieneinrichtungen

	(Schalter für Licht, Scheibenwischer/-waschanlage, akustisches Signal, Fahrtrichtungsanzeiger usw)
35.01	Bedienung der Schaltvorrichtungen ohne die Lenkung und die Bedienung nachteilig zu beeinflussen
35.02	Bedienung der Schaltvorrichtungen, ohne das Lenkrad/Zubehör (Drehknopf, Drehgabel usw) loszulassen
35.03	Bedienung der Schaltvorrichtungen mit der linken Hand, ohne das Lenkrad/Zubehör (Drehknopf, Drehgabel usw) loszulassen
35.04	Bedienung der Schaltvorrichtungen mit der rechten Hand, ohne das Lenkrad/Zubehör (Drehknopf, Drehgabel usw) loszulassen
35.05	Bedienung der Schaltvorrichtungen und Gas- und Bremsschaltung, ohne das Lenkrad/Zubehör (Drehknopf, Drehgabel usw) loszulassen
40	angepasste Lenkung
40.01	Standardservolenkung
40.02	verstärkte Servolenkung
40.03	Lenkung mit Hilffsystem erforderlich
40.04	verlängerte Lenksäule
40.05	angepasstes Lenkrad (mit verbreitertem und/oder verstärktem Teil, verkleinertem Lenkraddurchmesser usw)
40.06	höhenverstellbares Lenkrad
40.07	senkrechtes Lenkrad
40.08	waagrechtes Lenkrad
40.09	Fußlenkung
40.10	andersartig angepasste Lenkung (Steuerknüppel usw)
40.11	Drehknopf am Lenkrad
40.12	Drehgabel am Lenkrad
40.13	mit Orthese, Tenodese
42	angepasste/r Rückspiegel
42.01	(linker oder) rechter Außenrückspiegel
42.02	Außenrückspiegel auf dem Kotflügel
42.03	zusätzlicher Innenrückspiegel mit Sichtenerweiterung
42.04	Innenrückspiegel mit Rundblick
42.05	Rückspiegel für toten Winkel
42.06	elektrisch bedienbare Außenrückspiegel
43	angepasster Lenkersitz
43.01	in der Höhe angepasster Lenkersitz in normalem Abstand zur Lenkung und zu den Pedalen
43.02	der Körperform angepasster Lenkersitz
43.03	Lenkersitz mit Seitenstützen zur Verbesserung der Sitzstabilität
43.04	Lenkersitz mit Armlehne
43.05	verlängerte Gleitschiene des Lenkersitzes
43.06	angepasster Sicherheitsgurt
43.07	Hosenträgergurt
44	Anpassungen an Krafträdern
44.01	einzel gesteuerte Bremsen
44.02	(angepasste) Handbremse (Vorder- und/oder Hinterrad)
44.03	(angepasste) Fußbremse (Hinterrad)
44.04	(angepasster) Beschleunigungsmechanismus

44.05	(angepasste) Handschaltung und Handkupplung
44.06	(angepasste) Rückspiegel
44.07	(angepasste) Bedienungselemente (Fahrtrichtungsanzeiger, Bremsleuchten, ...)
44.08	Sitzhöhe muss im Sitzen die Berührung des Bodens mit beiden Füßen gleichzeitig ermöglichen
45	Kraftrad nur mit Seitenwagen
50	Beschränkung auf ein bestimmtes Fahrzeug (Angabe der Fahrgestellnummer)
51	Beschränkung auf ein Fahrzeug (unter Angabe des amtlichen Kennzeichens)

- nationale Codes (dreistellig)

104	Lenkberechtigung ist auf Grund ärztlicher Kontrolluntersuchungen gemäß § 2 Abs. 3 letzter Satz der Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (FSG-GV) zu verlängern
105	Lenkberechtigung der Klasse C berechtigt zum Lenken von unbesetzten Fahrzeugen der Klasse D innerhalb Österreichs (ab TT.MM.JJJJ)
110	Verlängerung der Probezeit
	110.01 Erste Verlängerung der Probezeit bis (TT.MM.JJJJ)
	110.02 Zweite Verlängerung der Probezeit bis (TT.MM.JJJJ)
	110.03 Dritte Verlängerung der Probezeit bis (TT.MM.JJJJ)
111	Berechtigung zum Lenken von Krafträdern gemäß § 2 Abs. 1 Z 2 lit. c FSG
112	Berufskraftfahrer gemäß § 15 Abs. 1 Z 2 Betriebsordnung für den nichtlinienmäßigen Personenverkehr - BO 1994; BGBl. Nr. 951/1993 idF BGBl. Nr. 1028/1994.
113	Gewerbeprüfung Personenbeförderung gemäß § 15 Abs. 1 Z 2 BO 1994

In der **Praxis** läuft dies so ab, dass der Amtsarzt bereits im Gutachten die Dauer und die Auflagen einträgt, unter welchen er den Probanden für geeignet erachtet. Das heißt, die Befristung und die allfälligen Codes werden am Gutachten vermerkt. Anschließend prüft die Behörde die Schlüssigkeit des amtsärztlichen Gutachtens, insbesondere die vom Sachverständigen vorgeschlagene Befristung und die für notwendig erachteten Auflagen und Codes und erlässt anschließend die behördliche Verfügung in Form der Befristung der Lenkberechtigung unter den notwendigen Auflagen und Codes. In der Folge wird der Partei (dem Lenker) das Informationsblatt bezüglich der Codierungen übergeben und gleichzeitig informiert, wann diese Befunde beizubringen sind (es gibt zB vierteljährliche, halbjährliche und auch jährliche Fristen bei Code 104). Weiters wird dies noch von der Partei unterfertigt, ihr das Original ausgefolgt und eine Kopie zum Akt gelegt. Wenn dann nach Monaten der Befund von der Partei erbracht wird, wird dieser beim Referenten abgegeben und im Computer die Verlängerung vermerkt. Der Akt wird anschließend dem Amtsarzt zur Gegenzeichnung vorgelegt. Sollte ein Befund nicht korrekt oder die Werte höher als erlaubt sein, so wird die Partei beispielsweise zum Amtsarzt eingeladen und es erfolgt entweder eine neuerliche Untersuchung oder ein Gespräch mit dem Arzt, um das Problem zu erörtern. Hat die Behörde Zweifel an der gesundheitlichen Eignung oder leistet die Partei der Aufforderung zur amtsärztlichen Untersuchung keine Folge, wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet.

2.6.5 Eintragungen in den Führerschein

Befristungen oder Beschränkungen sowie die Vorschreibung etwaiger Auflagen sind in den Führerschein einzutragen; seit 1.3.2006 ist anlässlich nachträglich ausgesprochenen Befristungen, Beschränkungen oder Auflagen ein neuer Führerschein auszustellen (§ 13 Abs 5

und 6 FSG). Die Eintragungen haben als Zahlencodes⁴⁴ zu erfolgen (§ 2 Abs 2 und 3 FSG-DV).

2.6.6 Rechtsunsicherheiten bei Code 104

Gemäß § 1 Abs 1 Z 5 FSG-GV sind ärztliche Kontrolluntersuchungen „im Hinblick auf eine Befristung“ als Auflage zu erteilen. Auch in den „Allgemeinen Bestimmungen über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen“ ist im § 3 Abs 5 FSG-GV für Personen mit einer fortschreitenden Erkrankung von Kontrolluntersuchungen im Zusammenhang mit einer Befristung die Rede. Durch dieses Instrument soll eine Verlaufskontrolle und damit eine Reaktion auf Veränderungen des Gesundheitszustandes zwischen den Befristungen (bei denen das jeweilige Krankheitsbild umfassender begutachtet wird) ermöglicht werden.

Nach der (formalistischen) Auslegung in der Judikatur sind jedoch ärztliche Kontrolluntersuchungen auch ohne Befristung möglich. Darüber hinaus seien Befristungen (Nachuntersuchungen) im Zuge von Kontrolluntersuchungen (Code 104) nur dann zulässig, wenn die Befristung (Nachuntersuchung) in der FSG-GV beim jeweiligen Krankheitsbild ausdrücklich genannt ist. Ist dies nicht der Fall, hat die Behörde bescheidmässig eine Frist festzulegen, während der der Betroffene in den festgelegten zeitlichen Abständen Kontrolluntersuchungen zu absolvieren hat, ohne gleichzeitig die Lenkberechtigung zu befristen. Der Betroffene ist verpflichtet, die Befunde vorzulegen, wobei der Amtsarzt die Möglichkeit zur Prüfung der Befunde haben muss. Werden die Kontrolluntersuchungen nicht absolviert, ist dies ein Auflagenverstoß und ein Lenkberechtigungsverfahren ist einzuleiten.

Diese Auslegung würde in der Folge dann bedeuten:

- § 11 Abs 2 (Zuckerkrankte): Befristung zulässig, da Nachuntersuchung genannt.
- § 14 Abs 5 (Alkohol, Sucht- und Arzneimittel), § 15 Abs 2 (Nierenerkrankungen): Keine Befristung zulässig, da Befristung nicht ausdrücklich genannt.

2.7 Der begutachtende Arzt

2.7.1 Allgemeines

Im Rahmen der Beurteilung der gesundheitlichen Eignung von Kraftfahrzeuglenkern können folgenden Personengruppen involviert sein:

- Die sog. **Sachverständigen Ärzte**: Dabei handelt es sich um jene gemäß § 34 FSG bestellten Allgemeinmediziner, die zur Erstellung von ärztlichen Gutachten berechtigt sind.
- **Amtsärzte**: sind zur Erstattung des ärztlichen Gutachtens besondere Befunde oder im Hinblick auf ein verkehrspsychologisch auffälliges Verhalten eine Stellungnahme einer verkehrspsychologischen Untersuchungsstelle erforderlich, so ist das ärztliche Gutachten von einem Amtsarzt zu erbringen.
- **Fachärzte**: sind berechtigt zur Abgabe einer fachärztlichen Stellungnahme.
- **[Verkehrspsychologen in den verkehrspsychologischen Untersuchungsstellen**: sind berechtigt zur verkehrspsychologischen Untersuchung.]

⁴⁴ Siehe oben im Kap. 2.6.2 (Auflagen).

2.7.2 Der sachverständige Arzt

2.7.2.1 Qualifikation

Als **sachverständige Ärzte** sind auf Antrag

- **Ärzte für Allgemeinmedizin,**
- die Besitzer einer gültigen **Lenkberechtigung der Klasse B** sind,
- die die **Physikatsprüfung** gemäß der Verordnung des Ministers des Innern vom 21. März 1873 betreffend die Prüfung der Ärzte und Tierärzte zur Erlangung einer bleibenden Anstellung im öffentlichen Sanitätsdienst bei den politischen Behörden, RGBL. Nr. 37/1873 idF der Verordnung BGBl. Nr. 294/1986, abgelegt haben oder die eine **Verkehrsmedizinische Schulung** im Ausmaß von mind. 12 Stunden, deren Inhalt von der Österreichischen Ärztekammer und dem BMVIT genehmigt wurde, besucht haben
- in die **Ärzteliste** als Ärzte für Allgemeinmedizin **eingetragen** sind

zu bestellen (§ 22 Abs 1 und 2 FSG-GV). Die **Bestellung** erfolgt **durch** den **Landeshauptmann** auf die Dauer von höchstens fünf Jahren (§ 34 FSG). Beim Sachverständigen Arzt für Allgemeinmedizin handelt es sich um einen so genannten „Praktischen Arzt“; dieser wird vom Landeshauptmann unter bestimmten Voraussetzungen dazu ermächtigt, „Führerscheingutachten“ zu erstellen. Ein sachverständiger Arzt ist zudem verpflichtet, zumindest alle 3 Jahre an verkehrsmedizinischen Fortbildungskursen im Ausmaß von mind. 4 Stunden teilzunehmen.

2.7.2.2 Gutachterausswahl

Die Erstuntersuchung sowie die regelmäßige Wiederholungsuntersuchung von Besitzern einer Lenkberechtigung der Klasse C, C1 und D ist grundsätzlich von dazu bestellten sog Sachverständigen Ärzten für Allgemeinmedizin durchzuführen.⁴⁵

Wie bereits ausgeführt, hat der Antragsteller **selbst** vor Erteilung der Lenkberechtigung der Behörde ein ärztliches Gutachten **vorzulegen**, welches darlegt, dass er zum Lenken von Kraftfahrzeugen gesundheitlich geeignet ist. Die Auswahl des konkreten Gutachters bleibt somit dem Führerscheinwerber selbst überlassen.

2.7.2.3 Widerruf der Bestellung eines sachverständigen Arztes

§ 22 Abs 5 FSG-GV normiert, dass bei **nachgewiesenen Missständen** in der Gutachtenserstellung durch einen sachverständigen Arztes für Allgemeinmedizin die Behörde die Bestellung desselben **zu widerrufen** hat.

Sowohl das FSG als auch die FSG-GV sind erkennbar davon geleitet, dass nur solche Ärzte in der Vertrauensposition eines sachverständigen Arztes verbleiben sollen, die nicht nur ihre Gutachten in fachlich einwandfreier Weise erstatten, sondern auch die normierte Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche beachten und dort, wo die Zuweisung zum Amtsarzt geboten ist, diese auch vornehmen und von einer unzuständigen Gutachtenserstattung Abstand nehmen⁴⁶. Der VwGH hat entschieden, dass es einen Missstand im Sinne der zitierten Bestimmung darstellt, wenn ein sachverständiger Arzt wiederholt die **gebotene Zuweisung zum**

⁴⁵ Grundtner/Pürstl, FSG, RZ 1 zu § 34 FSG.

⁴⁶ VwGH 30.9.2002, 2001/11/0301.

Amtsarzt unterlässt und stattdessen selbst das ärztliche Gutachten über die gesundheitliche Eignung eines Lenkberechtigungsverwerbers erstellt.

2.7.2.4 Befangenheit

Ein sachverständiger Arzt darf keine Person untersuchen, die er – ausgenommen im Vertretungsfall – in den letzten **fünf Jahren vor der Untersuchung regelmäßig betreut hat** (§ 22 Abs 3 FSG-GV). Eine Untersuchung durch den Betriebsarzt ist aber zulässig.⁴⁷

2.7.3 Ärztliche Schweigepflicht

Für den **Führerscheinbesitzer** stellt sich im Falle eines Arztbesuches die Frage, ob er davon ausgehen kann, dass sein Arzt das erworbene Wissen über seinen gesundheitlichen Zustand nicht an die Führerscheinbehörde weitergibt.

Der **Arzt** wiederum muss sich damit auseinandersetzen, ob er eine schwere Erkrankung eines Patienten, die diesen als Lenker eines Kfz untauglich erscheinen lässt, der Führerscheinbehörde melden soll oder nicht. Nach welchen Kriterien kann der Arzt bei der Prüfung einer solchen Frage vorgehen? Ist der Arzt, den ein Kraftfahrer aufsucht, berechtigt oder sogar verpflichtet sein Wissen an die Führerscheinbehörde weiterzugeben? Oder verbietet es ihm § 54 Abs 1 ÄrzteG 1998?⁴⁸

Das **Institut der ärztlichen Schweigepflicht** dient dem verfassungsrechtlich gewährleisteten **Schutz der Geheimsphäre des Einzelnen**, somit der Geheimsphäre des Patienten.

Regelungen zur ärztlichen Schweigepflicht finden sich sowohl im **Strafrecht** (§ 121 StGB: Verletzung von Berufsgeheimnissen) als auch in **berufsrechtlichen Vorschriften**, die – wie etwa § 54 ÄrzteG 1998 – Angehörige bestimmter Berufsgruppen zur Verschwiegenheit verpflichten.

Nach § 54 Abs 1 ÄrzteG 1998 ist der Arzt zur Verschwiegenheit über **alle** ihm in Ausübung seines Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet. Unter den **Begriff des Geheimnisses** fallen alle **Umstände**, die nur dem Patienten selbst oder einem beschränkten Personenkreis bekannt sind und die nach dem Willen des Betroffenen anderen **nicht bekannt werden sollen**. Das Berufsgeheimnis des Arztes erstreckt sich somit auf alle für andere nicht wahrnehmbare Tatsachen, die dem Arzt bei Ausübung seines Berufes über jemanden bekannt werden und an deren Geheimhaltung der Betroffene ein berechtigtes Interesse hat.⁴⁹

Nach § 54 Abs 2 Z 4 ÄrzteG 1998 ist der **Arzt von der Verschwiegenheitspflicht entbunden**, wenn die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt durch **höherwertige Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege gerechtfertigt ist**.

Die Beurteilung, ob das Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege an der Preisgabe des Geheimnisses **höherwertig** als jenes des betroffenen Patienten an der Geheimhaltung ist, setzt eine **Interessensabwägung zwischen diesen Interessen durch den betroffenen Arzt voraus**.⁵⁰ Nach der Rechtsprechung kann das Vorliegen höherwertiger Interessen eine Durchbrechung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht im Einzelfall rechtfertigen.

⁴⁷ Grundtner/Pürstl, FSG, RZ 2a zu § 22 FSG-GV.

⁴⁸ Toppel, Die ärztliche Schweigepflicht und das Kraftfahrrecht, ZVR 1998, 357ff.

⁴⁹ Aigner/Kierein/Kopetzki, ÄrzteG 1998, § 54, Anm 3.

⁵⁰ Stellamor/Steiner, Handbuch des österreichischen Arztrechts I, 173.

Das **Interesse anderer Straßenverkehrsteilnehmer an ihrer eigenen Gesundheit** muss den von § 54 Abs 2 Z 4 ÄrzteG 1998 genannten Bereichen zumindest **gleichgesetzt** werden, zumal es dabei um **Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege im weiteren Sinne geht**.

Allerdings setzt die Beurteilung eine nach den **Umständen des Einzelfalles vorzunehmende Interessensabwägung** voraus: Es ist das **Interesse des Einzelnen an der Geheimhaltung des Befunds dem Interesse der Verkehrsteilnehmer (aber auch des Betroffenen selbst) bei der Teilnahme am Verkehr nicht durch die Fahruntauglichkeit des Einzelnen geschädigt zu werden**, gegenüberzustellen.

Der behandelnde Arzt darf **nicht bei jedem Verdacht** auf eine krankheitsbedingte Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit die Führerscheinbehörde informieren. Es kommt darauf an, **wie groß die Gefahr ist**, dass es krankheitsbedingt zu einem Unfall kommt.

Die **Weitergabe** erfolgt **zu Recht**, wenn das Interesse an der Weitergabe zum Schutz der Verkehrssicherheit der Allgemeinheit das Interesse des Einzelnen an der Geheimhaltung **überwiegt**.⁵¹

Für den einzelnen Arzt, der in einen Gewissenskonflikt kommt, ob er eine schwere Erkrankung eines Patienten, die diesen als Lenker eines Kfz untauglich erscheinen lässt, der Führerscheinbehörde melden soll, bedeutet das, dass er bzgl der Weitergabe von Befunden an die Führerscheinbehörde eine **Interessensabwägung** zwischen seiner **Schweigepflicht**, aufgrund des Interesses des Einzelnen an der Geheimhaltung und der **Gefahr der Verletzung Dritter als Verkehrsteilnehmer** vornehmen muss.

Bsp: Der Arzt darf beispielsweise die Führerscheinbehörde informieren, wenn sich herausstellt, dass ein Patient kaum noch etwas sieht oder schwerer Alkoholiker ist.

2.7.4 Die ärztliche Schweigepflicht bei Amtsärzten

Nach § 41 ÄrzteG 1998 ist das ÄrzteG 1998 auf Amtsärzte hinsichtlich ihrer amtsärztlichen Tätigkeit **nicht anzuwenden**; Amtsärzte sind somit von der **ärztlichen Verschwiegenheitspflicht** nicht betroffen.

Sie sind jedoch sehr wohl an das **Datenschutzgesetz** gebunden, das besagt, dass eine Weitergabe von gesundheitlichen Daten nur im Sinne lebenswichtiger Interessen des Betroffenen bzw zur Wahrung überwiegender berechtigter Interessen eines anderen zulässig ist. Gemäß § 1 Abs 1 DSG 2000 hat jedermann ein verfassungsmäßig eingeräumtes Recht auf Geheimhaltung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten, soweit ein schutzwürdiges Interesse daran besteht.⁵²

Neben den Grenzen durch das Datenschutzgesetz ist auch die Pflicht zur **Amtsverschwiegenheit** zu beachten.

⁵¹ OGH 2002/12/12, 6 Ob 267/02m.

⁵² Erlass des BMI, GZ: 4520/33-II/2/04.

2.8 Das Gutachten

2.8.1 Ziel des Gutachtens

Der zur Gutachtenserstellung berufene Arzt hat die Aufgabe, den **Gesundheitszustand** des Führerscheinwerbers bzw -besitzers **festzustellen** und eine **Prognose** darüber **abzugeben**, ob und inwieweit eine gesundheitliche Beeinträchtigung des Untersuchten Auswirkungen auf sein Fahrverhalten hat. Der Arzt hat also die objektive Gefährdung der Verkehrssicherheit durch die jeweilige gesundheitliche Beeinträchtigung zu beurteilen. Das **Gutachten hat auch darzulegen, ob und warum** im konkreten Fall mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Betroffenen in einem solchen Ausmaß zu rechnen ist, ob und warum die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen bedingt oder beschränkt gegeben bzw ausgeschlossen ist.

Das Ärztliche Gutachten hat gemäß § 2 Abs 1 FSG-GV gegebenenfalls auszusprechen,

- ob und nach welchem Zeitraum eine amtsärztliche Nachuntersuchung erforderlich ist;
- ob und nach welchen Zeitabständen ärztliche Kontrolluntersuchungen (durch einen Facharzt) erforderlich sind;
- ob die Verwendung eines Körperersatzstückes oder Behelfes unumgänglich notwendig ist, um das sichere Lenken eines Kfz zu gewährleisten;
- ob der Bewerber oder Führerscheinbesitzer nur unter zeitlichen, örtlichen oder sachlichen Beschränkungen zum Lenken von Kraftfahrzeugen geeignet ist.

Das Gutachten darf **nicht vom Hausarzt** erstattet werden⁵³ und im Zeitpunkt der Entscheidung über die Erteilung der Lenkberechtigung **nicht älter als ein Jahr** bzw ab 1.10.2006 **nicht älter als 18 Monate** sein.

Eine Übermittlung eines Gutachtens durch e-mail ist nur zulässig, wenn das Gutachten bzw der Befund durch **entsprechende Verschlüsselung** geschützt wird. Dasselbe gilt auch für verkehrspsychologische Untersuchungen.⁵⁴

2.8.2 Die ärztliche Untersuchung

Die ärztliche Untersuchung ist in der Regel mit einem Arzt für Allgemeinmedizin üblicherweise zur Verfügung stehenden Untersuchungsbehelfen durchzuführen. Die Untersuchung umfasst gem § 3 Abs 2 FSG-GV jedenfalls:

- 1.) die **Erhebung der Krankheitsgeschichte**, bezogen auf die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen;
- 2.) den **Gesamteindruck** – zusammengesetzt aus Motorik, Mimik, Gestik, Koordination und Sprachvermögen;
- 3.) die **Größe und das Gewicht**;
- 4.) eine **Sehschärfekontrolle** ohne Sehbehelf sowie eine grobe Überprüfung des Gesichtsfeldes; falls die angegebenen Mindestsehschärfen unterschritten werden, zusätzlich eine Sehschärfekontrolle mit Sehbehelf. Bei Kontaktlinsenträgern oder bei funktioneller Einäugigkeit ist ein augenfachärztlicher Befund beizulegen; bei Brillenträgern der Gruppe 2 ist eine Brillenglasbestimmung eines Augenop-

⁵³ Gemäß § 22 Abs 3 FSG-GV darf es sich nicht um den Arzt handeln, der die Person in den letzten 5 Jahren vor der Untersuchung regelmäßig betreut hat (außer im Vertretungsfall). S.o.

⁵⁴ Führerscheingesetz-Durchführungserlass vom 26.1.2005, 3.

- tikers oder ein augenfachärztlicher Befund beizubringen; die Brillenglasbestimmung oder der augenfachärztliche Befund dürfen zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht älter als sechs Monate sein;
- 5.) einen **Hörtest** mit Konversationssprache (ein Meter für Lenker der Gruppe 1, sechs Meter für Lenker der Gruppe 2);
 - 6.) eine **HerzKreislaufkontrolle** durch Blutdruckmessung und Pulszählung;
 - 7.) eine **Kontrolle der Beweglichkeit der Extremitäten** (insbesondere durch Kniebeugen, seitliches Bewegen der Arme, Griff-funktion beider Hände);
 - 8.) eine **Überprüfung auf Tremor**.

Ergibt sich aus der Vorgeschichte oder anlässlich der Untersuchung der Verdacht auf das Vorliegen eines Zustandes, der die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen einschränken oder ausschließen würde, so ist gegebenenfalls die Vorlage allfälliger fachärztlicher oder verkehrspsychologischer Stellungnahmen zu verlangen. Diese Stellungnahmen sind bei der Gesamtbeurteilung zu berücksichtigen und im Gutachten in geeigneter Weise zu bewerten, wobei die zusätzlichen Risiken und Gefahren, die mit dem Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 verbunden sind, besonders zu berücksichtigen sind (§ 3 Abs 3 FSG-GV).

2.8.3 Ergebnis des Gutachtens

Das Ergebnis des ärztlichen Gutachtens hat zu lauten (§ 8 Abs 3 FSG):

„Der Begutachtete ist zum Lenken von Fahrzeugen einer oder mehrerer Klassen

- *geeignet*“: Es besteht hinsichtlich der angeführten Klassen uneingeschränkte Eignung.
- *bedingt geeignet*“: Es besteht hinsichtlich der angeführten Klassen bedingte Eignung in der Form, dass der Begutachtete
 - Körperersatzstücke oder Behelfe oder nur Fahrzeuge mit bestimmten Merkmalen verwendet oder
 - dass er sich ärztlichen Kontrolluntersuchungen unterzieht. Dazu sind im ärztlichen Gutachten Befristungen, Auflagen oder zeitliche, örtliche oder sachliche Beschränkungen der Gültigkeit anzuführen, unter denen die Lenkberechtigung ohne Gefährdung der Verkehrssicherheit erteilt werden kann.
- *beschränkt geeignet*“: Es besteht hinsichtlich der angeführten Klassen beschränkte Eignung in der Form, dass der Begutachtete nur Ausgleichskraftfahrzeuge (§ 2 Z 24 KFG 1967) lenken darf, wobei im ärztlichen Gutachten anzugeben ist, durch welche körperlichen Mängel die Eignung beschränkt ist und in welcher Form diese körperlichen Mängel ausgeglichen werden können. Dazu ist jedenfalls eine Beobachtungsfahrt gemäß § 9 FSG durchzuführen (§ 5 Abs 5 zweiter Satz FSG).
- *nicht geeignet*“: Es besteht hinsichtlich der angeführten Klassen überhaupt keine Eignung. In diesem Fall kann für die betreffende Klasse in der Folge die Lenkberechtigung nicht erteilt werden.

2.8.4 Die rechtliche Stellung des Gutachters

Der Gutachter hat gegenüber der entscheidenden Behörde die **Stellung eines Sachverständigen** (§ 24 Abs 1 FSG). Er soll die **rechtlichen Folgen ableitbar machen**. Die Schlussfolgerungen selbst trifft die zuständige Behörde. Das Gutachten dient dabei als Hilfestellung. Es trifft Aussagen über den Gesundheitszustand und das in Zukunft zu erwartende Fahrverhalten des Führerscheinbewerbers bzw -besitzers.

2.8.5 Grundsätze der Gutachtenserstellung⁵⁵

Die Grundsätze der Gutachtenserstellung dienen dazu, eine **einheitliche Begutachtungspraxis** zu fördern unter gleichzeitiger Berücksichtigung des aktuellen Erkenntnisstandes der beteiligten Fachdisziplinen.

2.8.5.1 Nachvollziehbarkeit

Das Gutachten muss nachvollziehbar sein. Dies betrifft die logische Ordnung (Schlüssigkeit) des Gutachtens; sie erfordert die Wiedergabe der wesentlichen Befunde und die Darstellung der zur Beurteilung führenden Schlussfolgerungen.

Insbesondere ist zu beachten:

- Entscheidungsrelevante Argumente müssen sich auf den gegenwärtigen Status beziehen. Empirische oder statistische Fakten geben lediglich den Hintergrund der Entscheidung ab (sie sind damit aber für die Objektivität unverzichtbar).
- Positive Beurteilungen müssen auf deutliche positive (innere und/oder äußere) Veränderungen beim Klienten hinweisen.
- Werden Befunde aufgeführt, die der abschließenden Eignungsaussage widersprechen, muss verdeutlicht werden, warum sie zugunsten der gegenläufigen Befunde hintangestellt werden.
- Der Bezug einer bewertenden Aussage zum Befund (Testergebnis, Beobachtung, Äußerung) muss eindeutig sein.
- Äußerungen des Untersuchten müssen, soweit sie entscheidungsrelevant sind, inhaltlich (direkte oder indirekte Rede) wiedergegeben werden.
- Nach einem Vorgutachten ist eine davon abweichende Beurteilung vor dem Hintergrund der damaligen Argumentation zu begründen, d.h. die Veränderung des Verhaltens, der Einstellung, der Lebensbedingungen oder der Bewertung muss deutlich werden.
- Bei Mehrfachfragestellungen muss jede Fragestellung einzeln beantwortet werden.

2.8.5.2 Nachprüfbarkeit

Das Gutachten muss nachprüfbar sein. Dies betrifft die Wissenschaftlichkeit der Begutachtung. Sie erfordert, dass die Untersuchungsverfahren und die erhobenen Befunde angegeben sind. Bei der Wiedergabe des Untersuchungsgesprächs genügt jedoch die Angabe der für die Bewertung wesentlichen Gesprächsinhalte. Soweit die Schlussfolgerungen im Gutachten auf Forschungsergebnisse gestützt sind, sollen diese als Quellen genannt werden. Das Gutachten soll aber nicht im Einzelnen die wissenschaftlichen Grundlagen für die Erhebung und Interpretation der Befunde wiedergeben.

2.8.5.3 Verständlichkeit

Die Gutachten sind, soweit es die Terminologie der einzelnen Fachdisziplinen zulässt, in allgemein verständlicher Sprache abzufassen. Eine Vereinfachung der Darstellung ist zulässig, um sowohl der Behörde als auch dem Betroffenen zu ermöglichen, das Gutachten zu verstehen.

⁵⁵ Aus: *Schubert/Mattern* (Hrsg), Urteilsbildung in der medizinisch-psychologischen Fahreignungsdiagnostik, Beurteilungskriterien (2005) 43 ff.

2.8.5.4 Empfehlungen

Werden in einem Gutachten Eignungsmängel festgestellt oder nicht ausgeräumt, soll dem Klienten eine Empfehlung iS einer orientierenden Hilfestellung gegeben werden. Darin können Wege aufgezeigt werden, wie der Untersuchte seine jeweiligen Fahrignungsdefizite beheben kann (zB Nachschulung, Therapie oder sonstige Verhaltensmodifikationen). Das Gutachten kann auch den Hinweis enthalten, dass Empfehlungen mündlich abgegeben wurden.⁵⁶

2.8.5.5 Klarheit, Präzision, Objektivität, Nachvollziehbarkeit

Pauschale Hinweise auf den gegenwärtigen fachlichen Wissensstand sowie und die „gängige verkehrsmedizinische Praxis“ reichen – sofern dieser nicht näher dargelegt und in Beziehung gebracht wird – für eine vom amtsärztlichen Sachverständigen als notwendig erachtete Befristung samt Kontroll- und Nachuntersuchung nicht.⁵⁷

Der Amtsarzt hat sich mit dem Inhalt einer **verkehrspsychologischen Stellungnahme** ebenso wie mit den sonstigen Befunden in der Begründung seines Gutachtens entsprechend auseinander zu setzen.⁵⁸

Der VwGH vertritt die Auffassung, dass im Einzelfall nachvollziehbar sein muss, **warum Testergebnisse außerhalb der Norm** liegen. Das **Gutachten** muss **klar, präzise, objektiv und nachvollziehbar** sein, um der Behörde ihre Aufgabe über die Fahrtauglichkeit des Führerscheinwerbers bzw -besitzers verbindlich abzusprechen, zu erleichtern.

Liegen Anzeichen gemäß § 17 FSG-GV vor, ist jedenfalls eine Verkehrspsychologische Stellungnahme anzuordnen.

Der Verzicht auf die Einholung einer verkehrspsychologischen Stellungnahme als maßgebliche Entscheidungsgrundlage für das vom Amtsarzt zu erstellende Gutachten stellt eine Verletzung von Verfahrensvorschriften dar, welche den angefochtenen Bescheid mit Rechtswidrigkeit belastet.⁵⁹

Insbesondere muss im Gutachten ersichtlich sein, auf welchem Weg der Verfasser des Befundes zu bestimmten Schlussfolgerungen gelangt ist und welche Werte die einzelnen Tests ergeben haben.⁶⁰

⁵⁶ Schubert/Mattern, Beurteilungskriterien, 44 ff.

⁵⁷ VwGH 20.4.2004, 2003/11/0315. Vgl auch Führerscheingesetz-Durchführungserlass vom 26.1.2005, 4.

⁵⁸ VwGH 20.2.2001, 2000/11/0287.

⁵⁹ VwGH 23.5.2003, 2003/11/0059.

⁶⁰ VwGH 28.3.1984, 82/11/0145.

2.8.6 Relatives Unfallrisiko verschiedener medizinischer Zustandsbilder⁶¹

Hauptkategorien	Relatives Risiko
Visuelle Beeinträchtigung	1,09
Auditiv Beeinträchtigung	1,19
Arthritis/Bewegungsbeeinträchtigung	1,17
Herz-Kreislauf-Erkrankung	1,23
Diabetes mellitus	1,56
Neurologische Erkrankung	1,75
Geistige Störung	1,72
Alkoholismus	2,00
Drogen- und Medikamenteneinnahme	1,58
Nierenleiden	0,87
Kein auffälliger medizinischer Befund	1,00
<i>Gewichteter Durchschnitt über alle Kategorien</i>	<i>1,33</i>

Krankheitsgruppen mit hohem Unfallrisiko sind: Alkoholismus, neurologische Krankheiten, psychische Störungen sowie Abhängigkeit von Drogen und Medikamenten. Die relative Unfallgefahr bei einzelnen Krankheitsgruppen variiert jedoch stark. So liegt zB das relative Risiko bei einer durch Kontaktlinsen korrigierten Sehschwäche bei 0,96, während eine stark reduzierte Nachtsehschärfe ein relatives Risiko von 1,66 aufweist.

⁶¹ Daten aus dem EU-Projekt IMMORTAL (www.immortal.at).

3 Die gesundheitliche Eignung im Detail

3.1 Lungenkrankheiten

a) § 6 Abs 1 Z 2 FSG-GV (Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung)

Als zum Lenken von Kfz hinreichend frei gilt eine Person, bei der keine der folgenden Behinderungen vorliegt: ...

2. organische Veränderungen, die eine **respiratorische Insuffizienz** oder eine **Vitalkapazität unter 1,5 Liter Atemluft** verursachen, ...

b) Welche verkehrsmedizinisch relevanten Beeinträchtigungen sind durch das Krankheitsbild grundsätzlich zu erwarten?

- Schweres Bronchialasthma und COPD – und andere schwere bronchopulmonale Erkrankungen inkl. pulmonale Hypertension:

Bei schweren Krankheitsformen mit **mangelnder körperlicher Leistungsfähigkeit** ergeben sich Rückwirkungen auf das Lenken und Beherrschen von Betriebsproblemen bei PKW und Kleinlastern (zB beim Lenken des Fahrzeuges auch unter erschwerten Verkehrsbedingungen oder aufgrund des Erfordernisses einer minimalen Gehleistung für das Aufstellen von Warndreiecken, Entfernen von Schnee auf Fahrzeugen).

Unzureichende Blutgase (Partialdruck für Kohlendioxid über 45-50 mmHg und Partialdruck für Sauerstoff unter 55 mmHg – beide zusammen gelten als Globalinsuffizienz) verhindern eine ausreichende körperliche Belastbarkeit beim Lenken und Betrieb sowie volle Dauerkonzentrationsfähigkeit. Werte von $pO_2 < 55$ mmHg und $pCO_2 > 45$ mmHg gelten als Globalinsuffizienz⁶² und werden in Deutschland als Kontraindikation für den Betrieb von Fahrzeugen angesehen. Bei pCO_2 wird ein Toleranzbereich bis 50 mmHg vorgeschlagen. Goldstandard bzw letztliches Entscheidungskriterium für die körperliche Belastbarkeit stellt eine definitive, erreichte WATT-Leistung oder maximale Sauerstoffaufnahme (VO_2) pro Minute bei körperlicher Ausbelastung oder alternativ Dauerbelastung (über min 4 Minuten) dar, welche höher sein und eine gewisse Reserve aufweisen muss als der durchschnittliche und maximale energetische Lenkaufwand.

Bei Motorrädern als Zweiräder wird wegen deren Gewichtes (zB relevant beim Aufstellen umgefallener Motorräder oder Abstellen durch Heben auf den Motorradständer) auf das Erfordernis einer erhöhten körperlichen Leistungsfähigkeit hingewiesen (höher als beim PKW-Betrieb!). Das hohe Motorradgewicht (ca. 78% der Motorräder wiegen zwischen 100-250 kg) und die dafür erforderliche höhere körperliche Belastbarkeit legen nahe, dass die körperlichen Voraussetzungen für zweirädrige Motorräder eher denen von LKW und Bussen entsprechen. Entsprechend besteht noch Diskussionsbedarf über die Differenzierung der Verkehrstauglichkeit von Motorrädern und PKS/Klein-LKW innerhalb Gruppe 1.

Asthma ist in instabilen Phasen durch eine variable, provokable und reversible Obstruktion mit entsprechend schwankender Atemnot bei Belastung und in der Nacht, COPD im Wesentlichen durch eine Belastungsdyspnoe charakterisiert. Die Atemnot wird erst bei schweren Krankheitsgraden tragend und kann durch kurzwirksame Bronchodilatoren innerhalb von 10-15 Minuten gebessert werden. Sind Bronchialasthma und COPD symptomatisch, besteht größtes Patienteninteresse, diesen Zustand an sich zu beseitigen. In stabilen Krankheitsphasen unter optimierter Therapie wird bei leichten und mittlerer Krankheitsschwere keine Interferenz mit dem Lenken von Kfz gesehen, da dieses nur eine relativ geringe Belastung darstellt. Exazerbationen von Asthma und COPD sind wie andere akute Erkrankungen wie zB Virusinfekte einzuschätzen und sollten entsprechend der individuellen Lenkverantwortung unterliegen.

- Schlafapnoe

Mangelnde Wachheit und Konzentrationsfähigkeit sowie Sekundenschlaf sind nicht nur ein Merkmal der obstruktiven Schlafapnoe, sondern auch bedingt/beeinflusst von anderen Problemen (wie Anämie, Depression u.ä) und zusätzlichen Faktoren (wie Arbeits- und Lenkzeit, Tages-/Nachtzeit, Alkohol,

⁶² Siehe Deutsche Leitlinien.

Schlafdefizit u.a.). Der Anteil von „Übermüdung bzw Tagesmüdigkeit“ an Verkehrsunfällen wird zwischen knapp 5 und 35% (manchmal auch höher) geschätzt. Realistischer liegt er mit 15-25% immer noch sehr hoch. Verkehrsunfälle ohne Einfluss erkennbarer widriger Verkehrsbedingungen bzw mit dem Charakteristikum des Fehlens von adäquaten Lenkreaktionen gehen in hohem Maße auf Einnicken zurück und damit zum Teil auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit ihrer verstärkten Tagesmüdigkeit. Unfallcharakteristik als Ursachenhinweis.

c) **Ab welchem Stadium der Erkrankung kann die kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt sein, dass eine Leistungstestung erforderlich ist?**

Eine Testung der Leistungsfähigkeit ist nicht beim Schlafapnoesyndrom oder anderen schlafassoziierten Atemstörungen, sondern **nur bei schweren bronchopulmonalen oder kardiopulmonalen Erkrankungen**, inklusive Bronchialasthma und COPD, erforderlich, wo eine zum Lenken erforderliche Leistungsfähigkeit nur mehr fraglich erbracht wird.

Vorgeschlagen wird eine **Ergo(spiro)metrie mit Blutgasen in Ruhe und bei Maximalbelastung** unter Raumluft, wenn bei stabiler Krankheitsphase **ein FEV₁ von 50% der österreichischen Altersnorm** unterschritten wird bzw wenn eine **Belastungsatmenot beim Gehen** besteht, ein Stehenbleiben trotz langsamer Fortbewegung erforderlich ist oder nur mehr beschränkte Wegstrecken in der Ebene möglich sind. Während instabiler Krankheitsphasen sind verantwortliche individuelle Lenkerentscheidungen analog zu akuten Erkrankungen erforderlich.

d) **Kriterien für eine dauerhafte Stabilisierung**

- **Bronchialasthma und COPD**

Das einfachste Kriterium für eine dauerhafte Stabilisierung ist eine ärztliche Bestätigung über das Vorliegen einer kontrollierten Krankheitssituation. Indirekte Hinweise sind das Bestehen einer Arbeits- bzw Erwerbsfähigkeit oder die aktive Teilnahme am Studienbetrieb oder Sozialgeschehen. Von Seiten der Therapie gilt jemand als stabil, wenn er keine regelmäßige Zusatz-/Bedarfsmedikation benötigt.

Funktionell können als Kriterium der Stabilisierung das beständige Vorliegen eines FEV₁ > 50% der Altersnorm bzw atemfunktionelle Schwanken um das individuelle Optimum angesehen werden. Leistungsmäßig gilt als stabil das Erreichen und Erhalten des individuellen Leistungsmaximums.

Typisch für Bronchialasthma und COPD sind trotz sonst stabiler Krankheitssituation jedoch Exazerbationen (mehrtägige Krankheitsverschlechterungen) 1-3x jährlich – bei Asthma entweder durch Virusinfekte oder periodische Allergenbelastungen oder bei COPD durch Virus- oder bakterielle Infekte, die nach entsprechender Therapieintensivierung wieder abklingen. Auch die gesunde Normalbevölkerung macht in dieser Frequenz Atemwegsinfekte durch.

Das Hauptmerkmal von Asthma ist eine variable, provokable, aber auch reversible Obstruktion. Asthmaanfälle unter Tag sollten weniger als 2x/Woche, idealerweise unter optimierter Therapie seltener auftreten. Nächtliche Atemprobleme bei Asthma interferieren nicht unmittelbar mit Tagesaktivitäten wie Lenken eines Kfz.

- **Schlafapnoe**

Als stabil gilt ein nach ärztlicher Indikation mindestens 6 Wochen behandeltes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, wenn eine hinlängliche Patientencompliance beim Tragen von Kieferschienen oder bei der Anwendung von CPAP/BIPAP-Geräten (täglich über mehrere Stunden). In Deutschland wird eine Kontroll-Polysomnografie zur Dokumentation des Erreichens des Therapiezieles empfohlen.

e) **Welche Auflagen und Befristungen sind bei welchen häufigen Befundkonstellationen sinnvoll?**

- **Bronchialasthma und COPD**

Bei manifesten obstruktiven Bronchitiden (Bronchialasthma und COPD), aber auch bei anderen bronchopulmonalen Erkrankungen besteht als Allgemeinvoraussetzung für das Lenken von Kraftfahrzeugen ein möglichst optimaler Gesundheits- bzw kontrollierter Krankheitszustand, entsprechend dem Erfordernis zur Behandlung bei funktioneller oder psychisch-geistiger Beeinträchtigung. Die dargestellten Mindestanforderungen der Fahreignung – FEV₁ > 30 bzw 50% der Altersnorm, pO₂ > 55

mmHg, pCO₂ <50 mmHg, pH > 7,30 und eine Leistungsfähigkeit von 0,75 WATT/kg KG bzw 1 WATT/kg Körpergewicht für Fahrzeuggruppen 1 und 2 (siehe Stufenschema) – müssen krankheits- und exazerbationsunabhängig für den Betrieb eines Fahrzeuges erfüllt sein. D.h. die sichere, dauerhafte und dokumentierte Erfüllung der Funktionskriterien ist primär entscheidender als die Krankheitsstabilität. Auflagen und Befristungen sollten sich primär an diesen Funktionseinschränkungen orientieren. Bei „Brittle Asthma“ mit zugrundeliegender perennierender Allergie ist eine Krankheitsstabilität nicht immer erreichbar, aber ein Funktionszustand, der das Lenken zB eines PKW funktionell-leistungsmäßig erlaubt. Bei funktionellen Grenzbefunden ist die Therapieverpflichtung als Auflage essentiell und eine nachvollziehbare Lenkvoraussetzung. Zur Optimierung eines zuvor untherapierten bzw unzureichend behandelten Bronchialasthmas bzw einer suboptimal therapierten COPD sollten 3 Monate eingeräumt werden. Das erreichte bzw erreichbare Behandlungsoptimum ist am objektivsten mit Befunden zu dokumentieren und klinisch durch den behandelnden Arzt zu bestätigen. Wird eine Stabilisierung bzw Erreichen der funktionellen Lenkvoraussetzung früher erreicht, sollte die Möglichkeit einer früheren Befundvorlage eingeräumt werden.

- Schlafapnoe

Bei manifestem symptomatischem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom ist in Deutschland eine mindestens 6-wöchige Therapie mit Dokumentation der Wirksamkeit der Behandlung und Compliance Voraussetzung für die Lenkeignung. Das Schlafapnoe-Syndrom nimmt mit dem Alter zu und ist selten eine Störung im jungen Alter eines Führerscheinbewerbers.

f) Übersichtstabelle

KRANKHEIT	MINDESTBEFUNDE zur verkehrsmedizinischen Beurteilung des Krankheitsbil- des	GRUPPE 1		GRUPPE 2	
		NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN
Asthma bron- chiale und COPD andere Lun- genkrankheit, die körperli- che Leis- tungsfähigkeit einschränkt	<p>- Spirometrie (Minimum: FEV₁ – Einsekundenkapazität = Volumen nach 1 sec forcierter Ausatmung von TLC, der totalen/max Lungenkapazität; VC – Vitalkapazität und FEV₁%VC als Verhältnis von FEV₁ in % von VC als Obst- ruktionsmaß) vor und nach Broncholyse mittels eines Kurz- zeitbeta-mimetikums; Spirometrie grafisch und numerisch; Verwendung der österr. Referenzwerte.</p> <p>- Bei respiratorischer Erkrankung und FEV₁ < 50% soll weitere die Bestimmung der ergometrische Leistungsfä- higkeit mit Angabe der Maximalleistung in WATT erfol- gen.</p> <p>SaO₂ oder Blutgasanalyse</p>	<p>wenn eine FEV₁ von we- niger als 30% vorliegt</p> <p>VC < 1,5l</p> <p>Ruhe SaO₂ < 88%</p>	<p>1) <u>OHNE BEFRISTUNG UND OHNE AUFLAGE:</u> FEV₁ ≥ 50%, VC ≥ 50% und SaO₂ ≥ 90%</p> <p>2) <u>mit AUFLAGE PNEU- MOLOGISCHER KON- TROLLUNTERSUCHUNGEN</u> (Befundvorlage): bei COPD in 3 Jahren, bei Asthma bronchiale in 5 Jahren, wenn</p> <p>- FEV₁ > 30% und < 50% der österr. Altersnorm</p> <p>- VC ≥ 1,5l und < 50% d. Altersnorm</p> <p>- Ruhe SaO₂ ≥ 88% und < 90%</p> <p>3) <u>BEFRISTUNG UND AUF- LAGE PNEUMOLOGISCHER KONTROLLUNTERSU- CHUNGEN:</u> bei COPD in 2 Jahren, bei Asthma bronchiale in 3 Jahren, wenn</p> <p>- FEV₁ < 30%</p> <p>- VC < 1,5l</p>	<p>- bei einem FEV₁ von weniger als 50% der Altersnorm</p> <p>- VC < 50% d. Alters- norm</p> <p>- Ruhe SaO₂ < 90%</p>	<p>- bei einem FEV₁ von mehr als 50% Alters- norm</p> <p>- VC > 50% d. Alters- norm</p> <p>- Ruhe SaO₂ > 92%</p> <p>Bei 90-92% ist eine pneumologische be- fürwortende ärztliche Stellungnahme erforder- lich.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Ruhe SaO₂ < 88% - Belastungs-SaO₂ > 90% - Ruhe- & Belastungs-SaO₂ < 88% unter Raumluft kann nur akzeptiert werden, wenn unter Sauerstofftherapie SaO₂ > 90% und unter der Auflage einer Sauerstoffanwendung beim Lenken des Kfz 		
<p>Schlafassoziierte Atemstörungen (Schlafapnoe)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Epworth Sleepiness Scale (ESS) - Polygraphie, (Polysomnographie) - Bei Gruppe 2: Sleep latency Test - Internistische (kardiologische) und pulmologische Begutachtung betreffend Begleitkrankheiten mit folgenden Befunden: EKG, Ergometrie, Carotis-Sonographie, Echokardiographie, Lungenfunktionsbefund 	<p>mittelschwere oder schwere Schlafapnoe (Apnoe-/Hypopnoe-Index) > 25/Std sowie Hypoxämie (SaO₂ < 70%) und fehlende Behandlung</p> <p>ESS über 10</p> <p>internistische Begleitkrankheiten, die Nichteignung bedingen</p>	<p>leichte Schlafapnoe oder behandelte Schlafapnoe ab 6 Wochen nach Therapiebeginn</p> <p>ESS unter 5</p> <p>keine internistischen Begleitkrankheiten die Fahreignung ausschließen</p>	<p>mittelschwere oder schwere Schlafapnoe (Apnoe/Hypopnoe-Index) im Schlaflabor > 25/Std sowie Hypoxämie (SaO₂ < 70%) und fehlende Behandlung und ESS über 6</p> <p>Einschlafneigung im Sleep latency Test</p> <p>internistische Begleitkrankheiten, die Nichteignung bedingen</p>	<p>leichte Schlafapnoe oder adäquat behandelte Schlafapnoe und ESS unter 6 und fehlende Einschlafneigung im Sleep latency Test</p> <p>keine internistischen Begleitkrankheiten die Fahreignung ausschließen</p>

*)

Anm: Derzeit gibt es keine im Alltag brauchbare, nicht aufwendige standardisierte Untersuchung zur einfachen **Beurteilung der Tagesschläfrigkeit**, egal welcher Ätiologie. Die ca. 12 Minuten dauernde **Pupillometrie** zur Überprüfung der Tagesmüdigkeit ist nicht ausreichend evaluiert; es gibt auch dafür nicht ausreichend Untersuchungsstellen. In Oberösterreich läuft derzeit eine Studie über die Pupillometrie als mobiles straßenseitiges Untersuchungsverfahren.

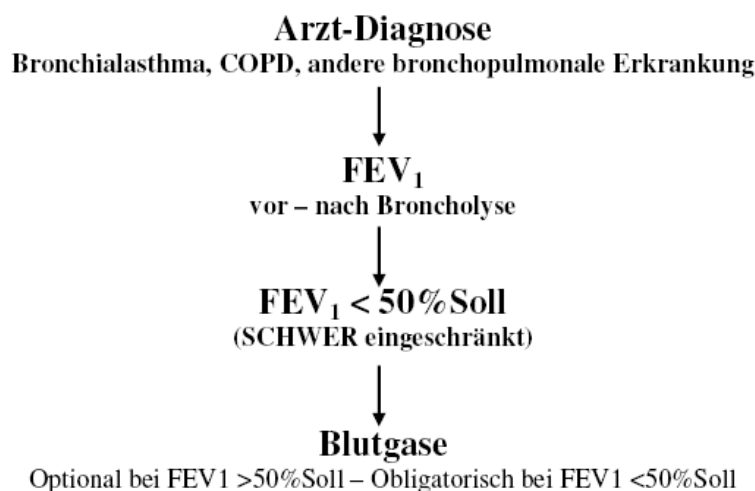
So bleibt momentan nur die **Epworth Schläfrigkeitsskala (ESS)** als einfacher Fragekatalog für Ein-nicken in Standardlebenssituationen; diese sollte trotz aller Anfälligkeit für Falschangaben und mangelnder Korrelation mit der Schlafapnoe als Basistest regelmäßig Einsatz finden. Die ESS reflektiert eine verstärkte Tagesmüdigkeit/-schläfrigkeit bzw. Übermüdung, nicht aber schlafassoziierte Atemstörungen an sich. ESS-Werte > 10 liegen außerhalb der Norm. Bei ESS-Scores > 10 ist ein **Schlafapnoescreening** (Polygrafie) oder gleich eine **große Schlafuntersuchung** (Polysomnografie) angezeigt. Die **Polygrafie** besteht aus einer Oximetrie und Pulsbeurteilung während des Schlafes und enthält mitunter auch Informationen über Körperlage, Brustkorb- und Bauchbewegungen, Atemgeräusch- und nasale Druck/Atemflussaufzeichnungen. Die Durchführung von Schlafapnoe-Screenings ist nicht nur in Schlaflabors in Spitälern, sondern auch bei niedergelassenen Pneumologen, u.a. zB HNO-Fachärzten in weiten Teilen Österreichs möglich.

Mit Apnoe-/Hypopnoe-Indices > 15/Stunde, sicher > 25/Stunde korreliert eine verstärkte Tagesmüdigkeit/-schläfrigkeit. Bei diesen oder analogen Indices sowie bei sonstigem polygrafischem Verdacht auf ein Schlafapnoe-Syndrom ist eine große Schlafstudie (Polysomnografie) in einem Schlaflabor angezeigt. Ergibt die Polysomnografie die **Diagnose einer obstruktiven Schlafapnoe** oder besteht bereits die **ärztliche Diagnose einer solchen**, sollte je nach Arztentscheid jedenfalls bei symptomatischer Schlafapnoe und ab 25 Apnoen/Hypopnoe pro Stunde eine erfolgreiche Therapie für 6 Wochen eingeleitet sein, bevor (wieder) ein Fahrzeug gelenkt wird.⁶³

Bei leichter Schlafapnoe bzw. bei AHI < 15/Stunde liegt mitunter Beschwerdefreiheit vor bzw. ist die Alltagsbewältigung ungestört. Demnach ist eine Therapie nicht bei jeder Schwere einer Schlafapnoe zwingend, sondern nur eine Verlaufskontrolle erforderlich. Bei **Sekundenschlaf mit Unfallfolgen** (abzuleiten von Unfallanalysen) wäre eine obligate Polysomnografie in einem anerkannten Schlaflabor zur Vermeidung weiterer Unfälle zu empfehlen.

Es wird empfohlen, die D-Lenker obligat hinsichtlich Schlafapnoe zu screenen.

g) Bronchialasthma, COPD, andere bronchopulmonale Erkrankungen



Schema 1 – Respiratorische Primärinformation

Liegt eine Vorgeschichte eines Bronchialasthmas, einer chronisch obstruktiven Bronchitis mit/ohne Lungenemphysem (COPD) oder eine andere broncho-pulmonale Erkrankung vor, sollte als Basis- bzw.

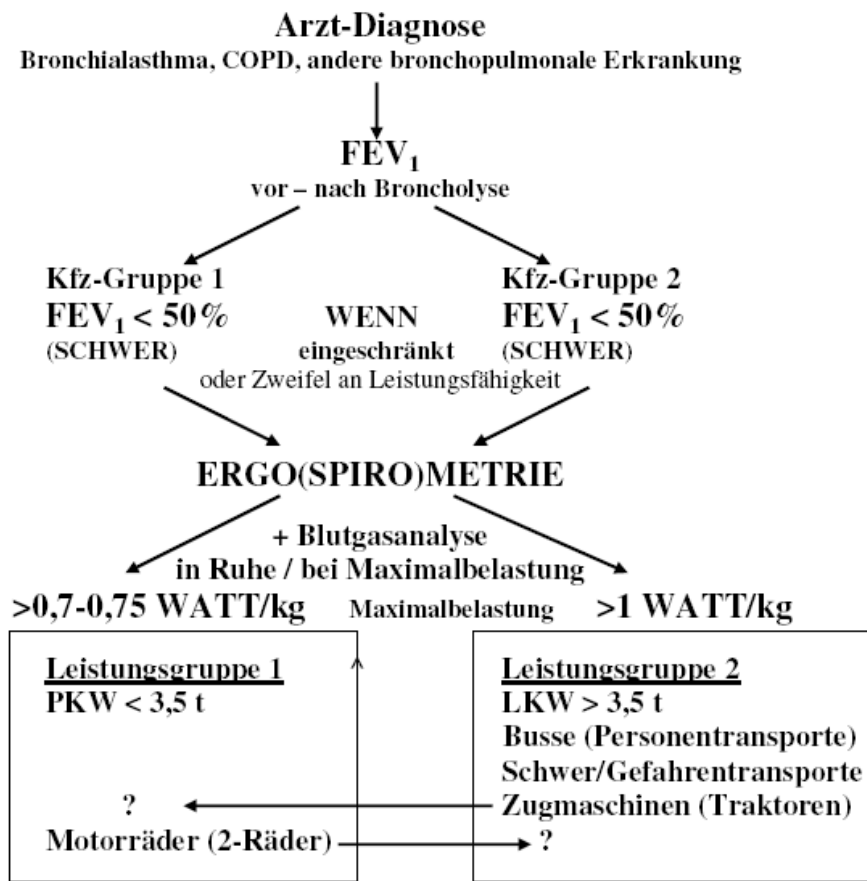
⁶³ In Anlehnung an die deutschen Empfehlungen.

Minimalinformation eine Spirometrie vor und nach Broncholyse mit einem β 2-Sympathomimetikum und bei einem $FEV_1 < 50\%$ der österreichischen Referenzwerte (FORCHE) eine Blutgasanalyse vorliegen. Ein FEV_1 reflektiert dabei zusammen mit dem pCO_2 die ventilatorischen Voraussetzungen, pO_2 die ausreichende Sauerstoffaufnahme und das Vorhandensein von ausreichend Sauerstoff für das Lenken von Kraftfahrzeugen. Minimalerfordernisse sind ein $pO_2 > 55$ mmHg, ein $pCO_2 < 50$ mmHg und ein $pH > 7,30$.

Letztlich bestimmt jedoch die körperliche Leistungsfähigkeit die physische Fahrtüchtigkeit. Die bestimmenden Größen für die körperliche Belastbarkeit sind Herz-Kreislauf- und Atemfunktionen sowie der muskuläre Trainingszustand und Beweglichkeit. Die Ergo(spiro)metrie ermittelt die tatsächliche Leistungsfähigkeit.

Die Mindestleistung für die Kfz-Gruppen 1 wird mit 0,7-0,75 WATT/kg KG und für Kfz-Gruppe 2 mit 1 WATT/kg Körpergewicht vorgeschlagen; wenn man die über das Lenken hinausgehenden körperlichen Anforderungen mitbedenkt sind bei Gruppe 2 mitunter Werte bis über 1,25 WATT/kg KG erforderlich. Bei LKW und Bussen haben zB Schneeketten ein großes Gewicht, das eine höhere Leistungsfähigkeit bzw Leistungsreserve verlangt. Bei Schneekettenpflicht müssen Ketten montiert werden können. Bei Bussen und LKW kommt allenfalls eine unterschiedlich intensive Ladetätigkeit hinzu. Andererseits bedingt das hohe Eigengewicht von Motorrädern eine beträchtliche körperliche Leistungsfähigkeit, sodass das körperliche Anforderungsprofil eher der Kfz-Gruppe 2 entspricht. Vice versa verlangen Traktoren eine Leistung ähnlich wie PKW.

Es wird im Folgenden daher der Terminus Leistungsgruppe 1 (niedriger Leistungsanspruch) und Leistungsgruppe 2 (höherer Leistungsanspruch) geprägt.



Liegt die Arzt diagnose eines Bronchialasthmas, einer COPD oder anderen bronchopulmonalen Erkrankung vor, sollte eine **Spirometrie** vorgelegt werden.

Bei einem $FEV_1 > 50\%$ der österreichischen Altersnorm besteht für Kfz-Gruppe 1 sicher, bei einem $FEV_1 > 50\%$ für Kfz-Gruppe 2 eine grenzwertige Fahrtauglichkeit. Frage: Sollte die Grenze für eine Ergometrie bei Gruppe 2 höher, zB bei 60-65% (d.h. Bereich mäßige Atemeinbuße) gezogen werden?

Liegt das forcierte Einsekundenausatemvolumen FEV_1 nach Broncholyse mit einem β_2 -Sympathomimetikum unterhalb bezeichneter Grenzen, kann bei bronchopulmonalen Erkrankungen eine ausreichende körperliche Leistungsfähigkeit nicht von FEV_1 vorhergesagt werden, weshalb ein Belastungstest in Form einer Ergometrie oder Ergospirometrie mit Blutgasen in Ruhe und unmittelbar nach Maximalbelastung vorgeschlagen wird.

Die **Ergo(spiro)metrie** eignet sich unabhängig von der zugrunde liegenden Krankheit generell zur Objektivierung der Leistungsfähigkeit und damit zur Abschätzung der physischen Fahrtauglichkeit. Das Lenken von Fahrzeugen ist eine leichte körperliche Tätigkeit. Eine leichte körperliche Tätigkeit ist laut deutscher sozialrechtlicher Norm mit 1 WATT/kg KG angesetzt. Diese Norm ließe sich physiologisch begründet modifizieren – auf 0,7-0,75 WATT/kg Körpergewicht für PKWs mit heutiger Technik sowie 1 WATT/kg KG als Minimalerfordernis für LKWs und Motorräder. Exakte Studien darüber gibt es aber nicht.

Wird eine **Maximalleistung über 2 Minuten** (mindestens 1 Minute) bei

Kfz-Gruppe 1 $> 0,75 \text{ WATT} * \text{kg Körpergewicht}$

Kfz-Gruppe 2 $> 1 \text{ WATT} * \text{kg Körpergewicht}$

erreicht, besteht im Energievergleich eine ausreichende Leistungsfähigkeit zum Betrieb eines Kfz.

Eine Zuordnung von Traktoren zu Leistungsgruppe 1 und umgekehrt von Motorrädern (wegen ihres Gewichts) zu Leistungsgruppe 2 scheint sinnvoll.

Vereinfacht ausgedrückt, kommt **Bummeln/langsamem Gehen in der Ebene** oder die **tägliche Körperpflege** energetisch der Belastung von Kfz-Lenken gleich.

Bei der **Blutgasanalyse** (Probengewinnung entweder arteriell oder kapillär nach Hyperämisierung vom Ohrläppchens) mit oben ausgeführter FEV_1 -abhängiger Indikation sollen als Mindestparameter die Partialdrucke von Sauerstoff (pO_2) und Kohlendioxid (pCO_2) sowie der pH-Wert und der aktuelle Base-Excess (aBE) vorliegen. Eine **Globalinsuffizienz** liegt bei **gleichzeitigem Vorhandensein eines $pO_2 < 55 \text{ mmHg}$ und eines $pCO_2 > 45 \text{ mmHg}$** vor. Ein pCO_2 von 50 mmHg scheint praktikabler. Es wird angenommen, dass eine Globalinsuffizienz die Fahrtüchtigkeit einschränkt.

Österreich ist ein alpines Land. Passstraßen erreichen in Österreich eine Seehöhe bis zu 1800 m. In Abhängigkeit von der Seehöhe sinkt der pO_2 . Daher bedarf es **eines pO_2 von mindestens 55 mmHg**.

Wird dieser Wert bei Krankheit unterschritten, substituiert man in Österreich Sauerstoff, d.h. medizinisch liegt eine therapiebedürftige Hypoxämie vor. Durch Verabreichung von Sauerstoff lässt sich die Sauerstoffspannung im Blut meist auf den Zielwert von 65 mmHg anheben bzw der minimal zum Lenken erforderliche Sauerstoffpartialdruck von 55 mmHg gewährleisten.

Die Applikation von Sauerstoff erfolgt über eine Sauerstoffbrille oder Sauerstoffkanüle. Eine mobile Sauerstoffversorgung ist am praktikabelsten mit Flüssigsauerstoff erreichbar. Die mobilen Behältnisse erlauben eine Sauerstoffversorgung bis 5-6 Stunden. Die O_2 -Behälter sind mobil. Sie sollten für den PKW-Betrieb fixiert sein. Wenn die O_2 -Gabe bei manchen Patienten Arbeitsfähigkeit ermöglicht, dürfte auch eine ausreichende Fahrtüchtigkeit gegeben sein.

h) Schlafapnoe

Die Schlafapnoe ist eine schlafassoziierte Atemstörung mit wiederkehrenden Atempausen von länger als 10 Sekunden, die zumindest bei der obstruktiven Schlafapnoe mit repetitivem Sauerstoffabfall und phasischer Hypoventilation einhergehen. Durch mangelnde Schlaftiefe bzw repetitive Arousals fehlt der erholsame Tiefschlaf, sodass eine gesteigerte Tagesmüdigkeit bzw Einschlafneigung bei monotonen Situationen resultiert.

Eine **Narkolepsie** gilt als Ausschlussgrund für das Lenken von Kfz.

Gesteigerte Tagesmüdigkeit hat viele Ursachen: obstruktives Schlafapnoesyndrom, idiopathischer Hypersomnie, Hypoventilationssyndrom, niedriger Blutdruck, Anämie, Schlafdefizit, Depression, Übermüdung, Überarbeitung u.a.verstärkt durch Alkohol, Mahlzeiten, Monotonie etc.

Die gesteigerte Tagesschläfrigkeit kann mit der **Epworth-Sleepiness-Skala**, d.h. Befragung bezüglich Einnicken in Alltagssituationen erfragt werden. Ihr Normalbereich liegt (vereinfacht) zwischen 2-10, im Mittel bei rund 6. Der Fragebogen ist auf Deutsch standardisiert. Ob die Bestätigung der wahr-

heitsgemäßen Beantwortung der Fragen Sinn macht, bleibt offen. Ein ESS > 10 ist sicher pathologisch.

Die **Schwere einer Schlafapnoe** wird durch verschiedene pathophysiologische Parameter bestimmt:

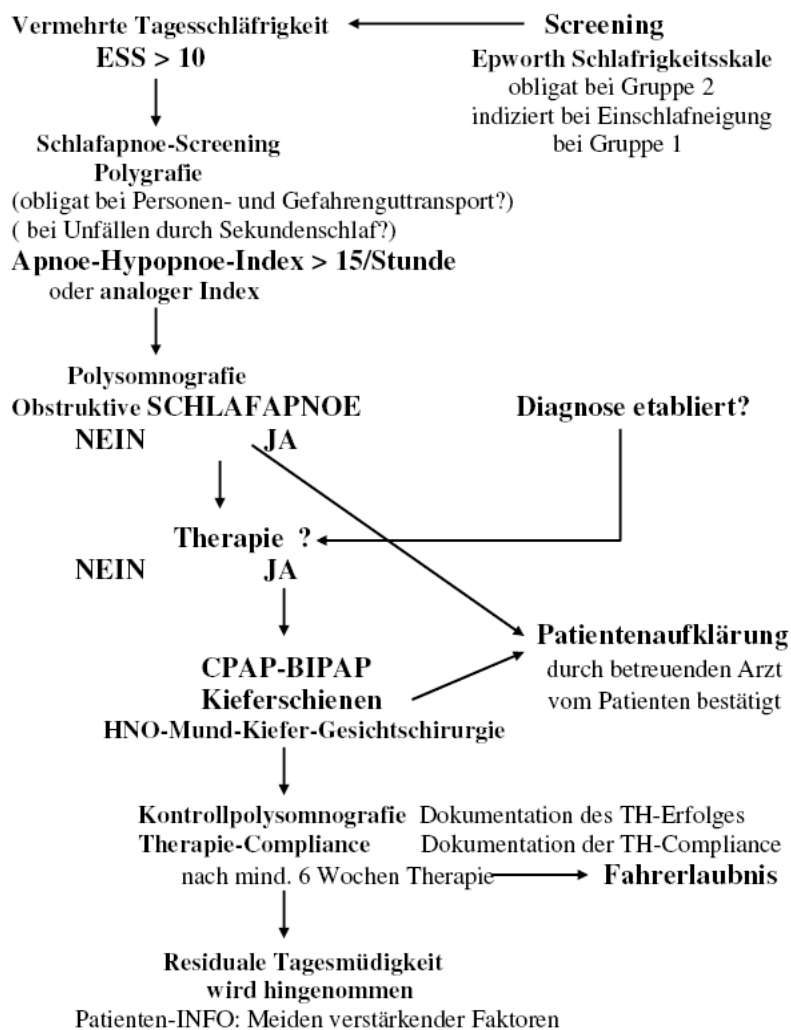
- **Apnoe/Hypopnoe-Index** (Schweregrade > 5, > 15, > 25, > 35 AH/Stunde)
- Zahl der zerebralen/kortikalen Arousals, Fehlen von Schlafstadien III-IV
- Dauer und Schwere der nächtlichen Hypoxämie (> 30% der Schlafzeit)
- nächtliche Arrhythmien, nächtliches Non-Dipping des Blutdrucks
- Intensität der Tagesschläfrigkeit/-müdigkeit
- Einschlafarbeits- und -verkehrsunfälle
- etc.

Als Hauptindikator wird vereinfachend der AHI/Stunde herangezogen.

Im nachfolgenden Flussdiagramm wird ein mögliches Konzept des Umganges mit der Schlafapnoe skizziert – dieses sieht einerseits ein **Screening bei Schlafapnoeverdacht** und ev. ein **obligates Screening bei Kfz-Gruppe 2**, v.a. bei Personentransport und Gefahrguttransport mittels ESS sowie eine weitere Abklärung bei einem ESS > 10 und Unfall bei Sekundenschlaf vor.

Andererseits wird bei etablierter Diagnose eines Obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (OSAS) die Verpflichtung zur Patientenaufklärung in Bezug auf Unfallgefahren durch den Arzt herausgestrichen.

Fahrerlaubnis besteht in Deutschland nach mind. 6-wöchiger Therapie der Schlafapnoe bzw gewährleisteter Compliance mit der Therapie.



Flussdiagramm – Schlafapnoe: Screening, Diagnose, Therapie

i) Spezialfragen

- Ist eine Beurteilung der COPD durch Internisten ausreichend in Hinblick auf die ländliche Unterversorgung?

Alle pneumologischen Bezirksfacharztstellen in Österreich sind besetzt. Es sollten daher in ausreichender Nähe von Amtsärzten Pneumologen tätig sein. Eine wirkliche Unterversorgung besteht demnach nicht. Voraussetzung für eine adäquate funktionelle Beurteilung von Bronchialasthma und COPD sind eine qualitative Spirometrie und Blutgasanalyse. Asthma und COPD stellen den Hauptanteil der pneumologischen Versorgung. Analytik und Expertise sind dem gemäß bei Lungenfachärzten konzentriert. Internisten dürfen im Rahmen der Grundversorgung COPD diagnostizieren und behandeln. Ihre Ausbildung schreibt aber keinen expliziten Nachweis einer Ausbildung in Spirometrie und auch keine Mindestuntersuchungsanzahl von Atemfunktionstests vor. Pneumologie ist kein integrierter Schwerpunkt im internistischen Curriculum. In der niedergelassenen Praxis von Internisten dürfte es kaum in ausreichendem Umfang Blutgasanalysatoren geben. Eine Ergometrie dagegen wird bei den meisten niedergelassenen Internisten möglich sein.

Die Präferenz und Fachkompetenz spricht für die primäre Betrauung von Lungenfachärzten bei Fragestellungen der COPD und des Bronchialasthmas.

- Sind Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und Reaktionsvermögen beeinträchtigt, wenn jemand im Rahmen einer respiratorischen Teilinsuffizienz ein mobiles Sauerstoffgerät benötigt, um adäquate O₂-Partialdrücke zu erhalten?

Die Indikation für eine Sauerstofflangzeittherapie bzw für eine mobile O₂-Therapie sind O₂-Partialdrücke unter 55 mmHg. Ziel der Sauerstoffverabreichung ist das Erreichen eines pO₂ von 65 mmHg und damit die Hebung der Sauerstoffsättigung im arteriellen Blut von unter 88% auf ca. 95%. Vom Prinzip der O₂-Gabe her ist dabei mit einer Besserung sämtlicher zerebralen Funktionen auch unter Belastungssituationen zu rechnen. Mobiler Sauerstoff wird verordnet, wenn unter normierter Belastung von mindestens 0,5 WATT/kg Körpergewicht eine Hypoxämie, d.h. ein pO₂ <55 mmHg bzw eine Sauerstoffsättigung (SO₂) <88% auftritt. Beim Lenken eines Fahrzeuges (entspricht in etwa diesem Leistungsniveau) ohne Sauerstoff kann bei Patienten mit belastungsabhängiger Hypoxämie eine Verschlechterung der Sauerstoffversorgung eintreten.

Betroffene werden therapeutisch auf so viel Liter O₂/Minute eingestellt, dass sie einen pO₂ von 65 mmHg halten können. Die Sauerstoffverabreichung gewährleistet demnach eine Optimierung der O₂-Versorgung und darüber hinaus individuelle Mobilität (Eigenversorgung und mitunter Berufstätigkeit).

Für die mobile O₂-Versorgung wird günstigerweise Flüssigsauerstoff in kleinen rund 2,5 kg schweren Behältern verwendet. Für die Verkehrssicherheit muss das Behältnis fixiert sein und darf die Sauerstoffzuleitung nicht mit dem Lenken und Schalten interferieren, d.h. auch die Zuleitung sollte entsprechend geführt und gesichert sein. Die Sauerstoffgabe an sich steigert die körperliche Leistungsfähigkeit, vermindert Atemnot und erhöht gegenüber dem Verzicht auf Sauerstoff Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und Reaktionsvermögen. Grundvoraussetzung für die mobile O₂-Verabreichung ist an sich die ausreichende Therapie der Grundkrankheit und das Erreichen eines stabilen Krankheitszustandes.

- Kann ein mobiles Sauerstoffgerät die Handhabung der Bedienelemente (eines Kfz) beeinträchtigen? Wird in diesen Fällen die Durchführung einer Beobachtungsfahrt empfohlen?

Bei entsprechender Fixierung/Sicherung des tragbaren O₂-Behälters im PKW (Kraftfahrzeugklasse 2 scheidet von vornherein aus) und der zuleitenden Sauerstoffkanüle zB am Sitz oder der Mittelkonsole fern von Lenkrad und Schalthebel scheint eine Beeinträchtigung der Handhabung der Bedienelemente hintangehalten und die ungestörte Sicht auf das Armaturenbrett gewährleistet.

Die Durchführung einer Beobachtungsfahrt bleibt prinzipiell dem Amtsarzt überlassen und offen (in den USA werden Fahrprüfungen auch mit dem daneben sitzenden Prüfer im eigenen PKW absolviert), scheint aber ein relativ großer Aufwand. Alternativen bestehen in der Schilderung des Betroffenen, wie das O₂-Gerät und die Nasenbrille im Fahrzeug angebracht bzw gesichert wären, und im Zweifelsfall einer Inspektion des Autos mit darin sitzendem O₂-versorgten Lenker.

- Bzgl Tagesabhängigkeit der Untersuchung: Inwieweit ist der enge Parameter 1 WATT pro kg Körpergewicht in Frage zu stellen?

In der Leitlinie zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in Deutschland **bei koronarer Herzkrankheit** aus dem Jahre 2002 wird als Voraussetzung für eine leichte körperliche Belastbarkeit, d.h. leichte Tätigkeiten 1 WATT/kg KG Maximalleistung angesehen:

Aus dem Zusammenhang von ergometrisch bestimmter Maximalleistung und Dauerbelastbarkeit können die körperliche Belastbarkeit und die zumutbare Arbeitsschwere bestimmt werden (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Korrelation von ergometrischer Maximalleistung, Dauerbelastbarkeit und körperlicher Belastbarkeit

Maximalleistung (Ergometrie)		Dauerbelastbarkeit	körperliche Belastbarkeit
ca. 75 Watt	(ca. 1 Watt/kg KG*)	ca. 50 Watt	leicht
> 75 - 125 Watt	(> 1 - 1,5 Watt/kg KG)	> 50 - 75 Watt	mittelschwer
125 - 150 Watt	(> 1,5 - 2 Watt/kg KG)	75 - 100 Watt	schwer
ab 150 Watt	(> 2 Watt/kg KG)	ab 100 Watt	schwerst
*KG = Körpergewicht, nach Franz; I.-W. 2003			
Aus: Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei koronarer Herzkrankheit 2002			

Bei der Ergo(spiro)metrie bestimmt man bei triangulär-rektangulärem Protokoll (stufenweisen Steigerung in 25 WATT-Stufen über jeweils 2 Minuten) nach einheitlicher österreichischer Norm die Maximalleistung. Die Dauerbelastbarkeit ist niedriger (siehe oben). Lenken ist in der Regel eine Dauerbelastung von wenigen Minuten bis zu vielen Stunden. Für Berufslenker wurde ein Zeitlimit von 8 Stunden eingeführt.

Das Lenken von Kfz wurde von uns als eine leichte Tätigkeit eingestuft und demgemäß wurden oben angeführte Werte übernommen. Für die Kfz-Gruppe 2 sollte diese Leitlinie unverändert gelten (mit ev. Ausnahme für Traktoren). Manche Tätigkeiten beim Betrieb – wie das Anlegen von Schneeketten, Ladetätigkeiten – erfordern bei dieser Fahrzeuggruppe vorübergehend sogar höhere Werte z.T. über 1,25 WATT/kg KG.

Für Kfz-Gruppe 1 könnte man physiologisch einen niedrigeren Wert von ca. 0,7-0,75 WATT/kg KG begründen. Auch die Pneumologen konnten dem niedrigeren Ansatz zustimmen, um möglichst wenig Patienten vom Verkehr auszuschließen. Für zweirädrige Motorräder aber ist eine höhere Leistungsfähigkeit erforderlich, zumindest 1 WATT/kg KG.

Die Leistungsfähigkeit ist die objektivste und für alle Krankheiten gleich gültige Leistungsgröße/-grenze. Sie gilt für Herz- und Atemerkkrankungen, neuromuskuläre Störungen ebenso wie für Anämie, Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus und Untrainiertheit. Darüber hinaus gibt es weitere Einschränkungen der Beweglichkeit (muskuloskelettale Probleme) und der zentralnervösen Funktionen (psychische und geistige Eignung, Koordination, Lernfähigkeit, Situationsbewältigung ...) sowie metabolisch zB Hypoglykämie.

Eine Abweichung von Richtwerten sollte grundsätzlich möglich sein. Sie müsste aber für den Einzelfall begründet werden (adaptierte Behindertenfahrzeuge und ihre Zulassung sowie die spezielle Lenkberechtigung dazu unter bestimmten genau definierten Bedingungen).

Tagesschwankungen physiologischer Größen sind bei Asthma mehr als bei COPD, aber auch bei Schlafapnoe, Depression, Blutzucker, Arrhythmien u.a. bekannt. Es wird vorgeschlagen, nicht auch noch auf den Biorhythmus oder sogar seine Änderungen unter Therapie Rücksicht zu nehmen. Patienten sollten ruhig optimale Zeitpunkte für Untersuchungen wählen. Relevant wird diese Betrachtung ohnedies nur bei ausgesprochenen Grenzbefunden.

3.2 Gliedmaßendefekte

§ 6 Abs 2 FSG-GV:

Personen, bei denen Defekte an den Gliedmaßen im Sinne des Abs. 1 Z 3 oder 5 festgestellt wurden, die durch Verwendung von Körperersatzstücken oder Behelfen oder von Fahrzeugen mit bestimmten Merkmalen oder von Invalidenkraftfahrzeugen oder Ausgleichkraftfahrzeugen ausgeglichen werden können, gelten unter den in § 8 Abs. 3 Z 2 oder 3 FSG angeführten Voraussetzungen als zum Lenken von Kraftfahrzeugen bedingt oder beschränkt geeignet.

§ 8 Abs 3 FSG:

2. zum Lenken von Kraftfahrzeugen einer oder mehrerer Klassen nur unter der Voraussetzung geeignet, dass er Körperersatzstücke oder Behelfe oder dass er nur Fahrzeuge mit bestimmten Merkmalen verwendet ..., so hat das Gutachten „**bedingt geeignet**“ für die entsprechenden Klassen zu lauten und Befristungen, Auflagen oder zeitliche, örtliche oder sachliche Beschränkungen der Gültigkeit anzuführen,

3. zum Lenken nur eines bestimmten Fahrzeuges nach § 2 Z 24 KFG 1967 geeignet, so hat das Gutachten „**beschränkt geeignet**“ zu lauten und anzugeben, durch welche körperliche Mängel die Eignung beschränkt ist und in welcher Form diese körperlichen Mängel ausgeglichen werden können;

§ 9 Abs 2 FSG:

Wenn das ärztliche Gutachten eine Beobachtung des zu Begutachtenden beim Handhaben von Betätigungsvorrichtungen eines bestimmten, für den Ausgleich einer Körperbehinderung umgebauten Kraftfahrzeuges erfordert, ist vor Erstellung des ärztlichen Gutachtens eine Beobachtungsfahrt anzuordnen; die erforderlichen entsprechenden technischen Umbauten sind bei der Erteilung der Lenkberechtigung vorzuschreiben.

3.2.1 Defekte an den oberen Gliedmaßen

<u>Vollständiger Ausfall beider Arme</u>		
(Ausfall infolge Amputation im Schultergelenk, im Oberarm beiderseits oder eines Ober- und Unterarmes sowie völlige Gebrauchsunfähigkeit durch Lähmung, Versteifung, Fehlstellung, Missbildung oder entsprechende angeborene oder erworbene Leiden)		
KRAFTRÄDER	AUFLAGEN	CODE
Nicht möglich	-	-
MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 1	AUFLAGEN	CODE
- Umrüstung der zur Betätigung mit den Armen bestimmten Bedienelementen - Beobachtungsfahrt	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/ der zur Betätigung mit den Armen bestimmten Bedienelementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt. Jedenfalls: - Automatische Kraftübertragung - Fußlenkung oder andersartig angepasste Lenkung - Außenspiegel: rechts und links elektrisch verstellbar	10.02 40.9 oder 40.10 42.06
MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 2	AUFLAGEN	CODE
- Nur für den Freizeitbereich (zB Wohnmobil) - Umrüstung der zur Betätigung mit den Armen bestimmten Bedienelementen - Beobachtungsfahrt	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den Armen bestimmten Bedienelementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt. Jedenfalls: - Automatische Kraftübertragung - Fußlenkung oder andersartig angepasste Lenkung - Außenspiegel: rechts und links elektrisch verstellbar	10.02 40.9 oder 40.10 42.06

ZUGMASCHINEN	AUFLAGEN	CODE
Nicht möglich		

<u>Ausfall beider Unterarme oder Hände</u> (Ausfall infolge Amputation sowie völlige Gebrauchsunfähigkeit durch Lähmung, Versteifung, Fehlstellung oder entsprechende angeborene oder erworbene Leiden)		
KRAFTRÄDER	AUFLAGEN	CODE
Nicht möglich		
MEHRSPURIGE KfZ GRUPPE 1	AUFLAGEN	CODE
- Umrüstung der zur Betätigung mit den Unterarmen oder Händen bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den Unterarmen oder Händen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt. Jedenfalls: - Automatische Kraftübertragung - Außenspiegel: rechts und links elektrisch verstellbar	10.02 Aus 40 je nach Fall 42.06
MEHRSPURIGE KfZ GRUPPE 2	AUFLAGEN	CODE
- Nur für den Freizeitbereich (zB Wohnmobil) - Umrüstung der zur Betätigung mit den Unterarmen oder Händen bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den Unterarmen oder Händen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt. Jedenfalls: - Automatische Kraftübertragung - Außenspiegel: rechts und links elektrisch verstellbar	10.02 Aus 40 je nach Fall 42.06

ZUGMASCHINEN	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit den Unterarmen oder Händen bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt, ev. mit Anhänger 	<p>Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den Unterarmen oder Händen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt.</p> <p>Jedenfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Automatische Kraftübertragung - Außenspiegel: rechts und links elektrisch verstellbar 	<p>10.02</p> <p>Aus 40 je nach Fall</p> <p>42.06</p>

Ausfall des linken oder rechten Armes

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

KRAFTRÄDER	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Einspurige nicht möglich, mehrspurige im Einzelfall - Umrüstung der zur Betätigung mit dem linken/rechten Arm bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt 	<p>Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem linken/rechten Arm bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt.</p>	<p>Je nach Bedarf</p>
MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 1	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit dem linken/rechten Arm bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt 	<p>Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem linken/rechten Arm bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt.</p> <p>Jedenfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Drehknopf am Lenkrad 	<p>40.11</p> <p>Aus 40 je nach Fall</p>

MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 2	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit dem linken/rechten Arm bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt 	<p>Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem linken/rechten Arm bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt.</p> <p>Jedenfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Drehknopf am Lenkrad 	40.11 Aus 40 je nach Fall
ZUGMASCHINEN	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit dem linken/rechten Arm bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt, ev. mit Anhänger 	<p>Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem linken/rechten Arm bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt.</p> <p>Jedenfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Drehknopf am Lenkrad 	40.11 Aus 40 je nach Fall

Ausfall der linken oder rechten Hand

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

KRAFTRÄDER	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Einspurige nicht möglich, mehrspurige im Einzelfall - Umrüstung der zur Betätigung mit der linken/rechten Hand bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt 	<p>Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit der linken/rechten Hand bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt.</p>	Je nach Bedarf

MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 1	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit der linken/rechten Hand bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt 	<p>Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit der linken/rechten Hand bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt.</p> <p>Jedenfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Drehknopf am Lenkrad 	<p>40.11</p> <p>Aus 40 je nach Fall</p>
MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 2	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit der linken/rechten Hand bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt 	<p>Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit der linken/rechten Hand bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt.</p> <p>Jedenfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Drehknopf am Lenkrad 	<p>40.11</p> <p>Aus 40 je nach Fall</p>
ZUGMASCHINEN	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit der linken/rechten Hand bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt, ev. mit Anhänger 	<p>Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit der linken/rechten Hand bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt.</p> <p>Jedenfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Drehknopf am Lenkrad 	<p>40.11</p> <p>Aus 40 je nach Fall</p>

3.2.2 Defekte an den unteren Gliedmaßen

<u>Vollständiger Ausfall beider Beine</u>		
(Ausfall infolge Amputation im Hüftgelenk, in beiden Oberschenkeln oder in einem Ober- und einem Unterschenkel sowie völlige Gebrauchsunfähigkeit durch Lähmung, Versteifung, Fehlstellung oder entsprechende angeborene oder erworbene Leiden.)		
KRAFTRÄDER	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Einspurige nicht möglich, mehrspurige ja - Umrüstung der zur Betätigung mit den Beinen bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den Beinen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt.	Je nach Bedarf
MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 1	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit den Beinen bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den Beinen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen. Jedenfalls: - Automatische Kraftübertragung	10.02 Aus 20 je nach Fall Aus 25 je nach Fall
MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 2	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit den Beinen bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den Beinen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen. Jedenfalls: - Automatische Kraftübertragung	10.02 Aus 20 je nach Fall Aus 25 je nach Fall

ZUGMASCHINEN	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit den Beinen bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ, ev. mit Anhänger 	<p>Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den Beinen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen.</p> <p>Jedenfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Automatische Kraftübertragung 	<p>10.02</p> <p>Aus 20 je nach Fall</p> <p>Aus 25 je nach Fall</p>

<p><u>Ausfall beider Unterschenkel oder Füße</u></p> <p>(Ausfall infolge Amputation im Bereich der Unterschenkel oder der Füße, sowie völlige Gebrauchsunfähigkeit durch Lähmung, Versteifung, Fehlstellung oder entsprechende angeborene oder erworbene Leiden.)</p>		
--	--	--

KRAFTRÄDER	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Das Lenken von Krafträdern ist nur bei ausreichender Länge beider Unterschenkelstümpfe möglich. - Umrüstung sämtlicher Bedienungselemente auf Bedienung im kombinierter Hand-Fuß-Betrieb mit Prothese und Ausgleichseinrichtungen oder - Umrüstung der zur Betätigung mit den Unterschenkeln oder Füßen bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ 	<p>Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den Unterschenkeln oder Füßen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen.</p>	<p>Je nach Bedarf</p>

MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 1	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung sämtlicher Bedienungselemente auf Bedienung im kombinierter Hand-Fuß-Betrieb mit Prothese und Ausgleichseinrichtungen oder - Umrüstung der zur Betätigung mit den Unter- 	<p>Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den Unterschenkeln oder Füßen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen.</p>	<p>Aus 15 je nach Fall</p> <p>Aus 20 je nach Fall</p> <p>Aus 25 je nach Fall</p>

<p>schenkeln oder Füßen bestimmten Bedienungselementen</p> <p>- Beobachtungsfahrt fakultativ</p>		Aus 30 je nach Fall
MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 2	AUFLAGEN	CODE
<p>- Umrüstung sämtlicher Bedienungselemente auf Bedienung im kombinierter Hand-Fuß-Betrieb mit Prothese und Ausgleichseinrichtungen oder</p> <p>- Umrüstung der zur Betätigung mit den Unterschenkeln oder Füßen bestimmten Bedienungselementen</p> <p>- Beobachtungsfahrt fakultativ</p>	<p>Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den Unterschenkeln oder Füßen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen.</p>	<p>Aus 15 je nach Fall</p> <p>Aus 20 je nach Fall</p> <p>Aus 25 je nach Fall</p> <p>Aus 30 je nach Fall</p>
ZUGMASCHINEN	AUFLAGEN	CODE
<p>- Umrüstung sämtlicher Bedienungselemente auf Bedienung im kombinierter Hand-Fuß-Betrieb mit Prothese und Ausgleichseinrichtungen oder</p> <p>- Umrüstung der zur Betätigung mit den Unterschenkeln oder Füßen bestimmten Bedienungselementen</p> <p>- Beobachtungsfahrt fakultativ, ev. mit Anhänger</p>	<p>Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den Unterschenkeln oder Füßen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen.</p>	<p>Aus 15 je nach Fall</p> <p>Aus 20 je nach Fall</p> <p>Aus 25 je nach Fall</p> <p>Aus 30 je nach Fall</p>

<u>Ausfall des linken Oberschenkels</u>		
(Ausfall infolge Amputation sowie völlige Gebrauchsunfähigkeit durch Lähmung, Versteifung, Fehlstellung oder entsprechende angeborene oder erworbene Leiden.)		
KRAFTRÄDER	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Einspurige nicht möglich. - Mehrspurige nur bei ausreichender Länge des Oberschenkelstumpfes möglich. - Umrüstung der zur Betätigung mit dem linken Bein bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem linken Bein bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen.	Je nach Bedarf
MEHRSPURIGE KfZ GRUPPE 1	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit dem linken Bein bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem linken Bein bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen. Jedenfalls - Automatische Kraftübertragung	10.02 Aus 20 je nach Fall Aus 25 je nach Fall
MEHRSPURIGE KfZ GRUPPE 2	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit dem linken Bein bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem linken Bein bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen. Jedenfalls - Automatische Kraftübertragung	10.02 Aus 20 je nach Fall Aus 25 je nach Fall
ZUGMASCHINEN	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit dem linken 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem linken Bein bestimmten	10.02

Bein bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ, ev. mit Anhänger	Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen. Jedenfalls - Automatische Kraftübertragung	Aus 20 je nach Fall Aus 25 je nach Fall
---	---	--

<u>Ausfall des rechten Oberschenkels</u> (Ausfall infolge Amputation sowie völlige Gebrauchsunfähigkeit durch Lähmung, Versteifung, Fehlstellung oder entsprechende angeborene oder erworbene Leiden.)		
KRAFTRÄDER	AUFLAGEN	CODE
Einspurige nicht möglich. Mehrspurige nur bei ausreichender Länge des Oberschenkelstumpfes möglich. - Umrüstung der zur Betätigung mit dem rechten Bein bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem rechten Bein bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen.	Je nach Bedarf
MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 1	AUFLAGEN	CODE
- Umrüstung der zur Betätigung mit dem rechten Bein bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem rechten Bein bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen. Jedenfalls: - Automatische Kraftübertragung - Bremspedal geeignet für den Gebrauch mit dem linken Fuß - Gaspedal links vom Bremspedal	10.02 20.03 25.07
MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 2	AUFLAGEN	CODE
- Umrüstung der zur Betätigung mit dem rechten	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem rechten Bein bestimmten	10.02

Bein bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ	Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen. Jedenfalls: <ul style="list-style-type: none"> - Automatische Kraftübertragung - Bremspedal geeignet für den Gebrauch mit dem linken Fuß - Gaspedal links vom Bremspedal 	20.03 25.07
ZUGMASCHINEN	AUFLAGEN	CODE
- Umrüstung der zur Betätigung mit dem rechten Bein bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ, ev. mit Anhänger	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem rechten Bein bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen. Jedenfalls: <ul style="list-style-type: none"> - Automatische Kraftübertragung - Bremspedal geeignet für den Gebrauch mit dem linken Fuß - Gaspedal links vom Bremspedal 	10.02 20.03 25.07

<u>Ausfall des linken Unterschenkels oder Fußes</u> Ausfall infolge Amputation sowie völlige Gebrauchsunfähigkeit durch Lähmung, Versteifung, Fehlstellung oder entsprechende angeborene oder erworbene Leiden.		
KRAFTRÄDER	AUFLAGEN	CODE
- Umrüstung sämtlicher Bedienungselemente auf Bedienung im kombinierter Hand-Fuß-Betrieb mit Prothese und Ausgleichseinrichtungen oder - Umrüstung der zur Betätigung mit dem linken Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem linken Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen.	Je nach Bedarf

MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 1	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung sämtlicher Bedienelemente auf Bedienung im kombinierter Hand-Fuß-Betrieb mit Prothese und Ausgleichseinrichtungen oder - Umrüstung der zur Betätigung mit dem linken Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienelementen - Beobachtungsfahrt fakultativ 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem linken Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienelementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen.	Aus 15 je nach Fall Aus 20 je nach Fall Aus 25 je nach Fall Aus 30 je nach Fall
MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 2	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung sämtlicher Bedienelemente auf Bedienung im kombinierter Hand-Fuß-Betrieb mit Prothese und Ausgleichseinrichtungen oder - Umrüstung der zur Betätigung mit dem linken Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienelementen - Beobachtungsfahrt fakultativ 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem linken Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienelementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen.	Aus 15 je nach Fall Aus 20 je nach Fall Aus 25 je nach Fall Aus 30 je nach Fall
ZUGMASCHINEN	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung sämtlicher Bedienelemente auf Bedienung im kombinierter Hand-Fuß-Betrieb mit Prothese und Ausgleichseinrichtungen oder - Umrüstung der zur Betätigung mit dem linken Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienelementen - Beobachtungsfahrt fakultativ, ev. mit Anhänger 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem linken Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienelementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen.	Aus 15 je nach Fall Aus 20 je nach Fall Aus 25 je nach Fall Aus 30 je nach Fall

Ausfall des rechten Unterschenkels oder Fußes

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

KRAFTRÄDER	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung sämtlicher Bedienungselemente auf Bedienung im kombinierter Hand-Fuß-Betrieb mit Prothese und Ausgleichseinrichtungen oder - Umrüstung der zur Betätigung mit dem rechten Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem rechten Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen.	Je nach Bedarf
MEHRSPURIGE KfZ GRUPPE 1	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung sämtlicher Bedienungselemente auf Bedienung im kombinierter Hand-Fuß-Betrieb mit Prothese und Ausgleichseinrichtungen oder - Umrüstung der zur Betätigung mit dem rechten Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem rechten Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen.	Aus 15 je nach Fall Aus 20 je nach Fall Aus 25 je nach Fall Aus 30 je nach Fall
MEHRSPURIGE KfZ GRUPPE 2	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung sämtlicher Bedienungselemente auf Bedienung im kombinierter Hand-Fuß-Betrieb mit Prothese und Ausgleichseinrichtungen oder - Umrüstung der zur Betätigung mit dem rechten Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienungselementen 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem rechten Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen.	Aus 15 je nach Fall Aus 20 je nach Fall Aus 25 je nach Fall Aus 30 je nach Fall

- Beobachtungsfahrt fakultativ		
ZUGMASCHINEN	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung sämtlicher Bedienungselemente auf Bedienung im kombinierter Hand-Fuß-Betrieb mit Prothese und Ausgleichseinrichtungen oder - Umrüstung der zur Betätigung mit dem rechten Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt fakultativ, ev. mit Anhänger 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit dem rechten Unterschenkel oder Fuß bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt oder der fachgerechte Einbau nachgewiesen.	Aus 15 je nach Fall Aus 20 je nach Fall Aus 25 je nach Fall und/oder Aus 30 je nach Fall

3.2.3 Defekte an den linken Gliedmaßen

<u>Gleichzeitiger Ausfall des linken Armes und des linken Beines</u>		
Ausfall infolge Amputation sowie völlige Gebrauchsunfähigkeit durch Lähmung, Versteifung, Fehlstellung oder entsprechende angeborene oder erworbene Leiden.		
KRAFTRÄDER	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Einspurige nicht möglich, mehrspurige im Einzelfall - Umrüstung der zur Betätigung mit den linken Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den linken Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt.	Je nach Bedarf
MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 1	AUFLAGEN	CODE
- Umrüstung der zur Betätigung mit den linken Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den linken Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt.	40.11

- Beobachtungsfahrt	Jedenfalls: - Drehknopf am Lenkrad - Automatische Kraftübertragung	10.02 Aus 20 je nach Fall Aus 25 je nach Fall Aus 40 je nach Fall
MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 2	AUFLAGEN	CODE
- Umrüstung der zur Betätigung mit den linken Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den linken Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt. Jedenfalls: - Drehknopf am Lenkrad - Automatische Kraftübertragung	40.11 10.02 Aus 20 je nach Fall Aus 25 je nach Fall Aus 40 je nach Fall
ZUGMASCHINEN	AUFLAGEN	CODE
- Umrüstung der zur Betätigung mit den linken Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt, ev. mit Anhänger	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den linken Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt. Jedenfalls: - Drehknopf am Lenkrad - Automatische Kraftübertragung	40.11 10.02 Aus 20 je nach Fall Aus 25 je nach Fall Aus 40 je nach Fall

3.2.4 Defekte an den rechten Gliedmaßen

<u>Gleichzeitiger Ausfall des rechten Armes und des rechten Beines</u>		
Ausfall infolge Amputation sowie völlige Gebrauchsunfähigkeit durch Lähmung, Versteifung, Fehlstellung oder entsprechende angeborene oder erworbene Leiden.		
KRAFTRÄDER	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Einspurige nicht möglich, mehrspurige im Einzelfall - Umrüstung der zur Betätigung mit den rechten Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den rechten Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt.	Je nach Bedarf
MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 1	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit den rechten Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den rechten Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt. Jedenfalls: <ul style="list-style-type: none"> - Drehknopf am Lenkrad - Automatische Kraftübertragung - Bremspedal geeignet für den Gebrauch mit dem linken Fuß - Gaspedal links vom Bremspedal 	10.02 20.03 25.07 40.11 Aus 40 je nach Fall
MEHRSPURIGE KFZ GRUPPE 2	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit den rechten Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt 	Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den rechten Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt. Jedenfalls:	10.02 20.03 25.07

	<ul style="list-style-type: none"> - Drehknopf am Lenkrad - Automatische Kraftübertragung - Bremspedal geeignet für den Gebrauch mit dem linken Fuß - Gaspedal links vom Bremspedal 	40.11 Aus 40 je nach Fall
ZUGMASCHINEN	AUFLAGEN	CODE
<ul style="list-style-type: none"> - Umrüstung der zur Betätigung mit den rechten Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen - Beobachtungsfahrt ev. mit Anhänger 	<p>Allfällige Ausgleichseinrichtungen und Prothesen/Orthesen der zur Betätigung mit den rechten Gliedmaßen bestimmten Bedienungselementen werden bei der Beobachtungsfahrt festgelegt.</p> <p>Jedenfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Drehknopf am Lenkrad - Automatische Kraftübertragung - Bremspedal geeignet für den Gebrauch mit dem linken Fuß - Gaspedal links vom Bremspedal 	10.02 20.03 25.07 40.11 Aus 40 je nach Fall

3.3 Mängel des Sehvermögens

a) FSG-GV (Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung)

§ 7 (1) Alle Bewerber um eine Lenkberechtigung müssen sich einer Untersuchung unterziehen, um sicherzustellen, daß sie ein für das sichere Lenken von Kraftfahrzeugen ausreichendes Sehvermögen haben. In Zweifelsfällen ist der Bewerber von einem Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie zu untersuchen. Bei dieser Untersuchung ist unter anderem die Sehschärfe, das Gesichtsfeld sowie die Fähigkeit zum Dämmerungssehen zu untersuchen und auf fortschreitende Augenkrankheiten zu achten.

(2) Die im § 6 Abs. 1 Z 6 angeführte **mangelhafte Sehschärfe** liegt vor, wenn nicht erreicht wird eine Sehschärfe mit oder ohne Korrektur

1. für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 von mindestens 0,5 auf einem Auge und von mindestens 0,4 auf dem anderen Auge;
2. für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 von mindestens 0,8 auf einem Auge und von mindestens 0,5 auf dem anderen.

(3) Wird die in Abs. 2 geforderte Sehschärfe nur mit Korrektur erreicht, so ist die Verwendung eines entsprechenden Sehbehelfes beim Lenken eines Kraftfahrzeuges vorzuschreiben. Für die Sehbehilfe ist folgendes zu beachten:

1. Lochbrillen (stenopäische Brillen) dürfen nicht verwendet werden;
2. Zylindergläser dürfen nicht kreisrund sein;
3. bei Verwendung von Kontaktlinsen ist deren Eignung für die betreffende Person von einem Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie zu bestätigen.

(4) Bestehen weitere Mängel des Sehvermögens, so ist die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen gemäß § 8 zu beurteilen, wobei Lenkern von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 nur dann eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden darf, wenn dies ausdrücklich bestimmt ist.

§ 8 (1) Wird die in § 7 Abs. 2 erforderliche **Sehschärfe** nur **mit Korrektur** erreicht, so gilt die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen als gegeben, wenn

1. bei Lenkern der Gruppe 1
 - a) die Gläserstärke nicht mehr als +8 oder -10 Dioptrien sphärisch und ± 2 Dioptrien zylindrisch beträgt und die Korrekturdifferenz nicht mehr als 2 Dioptrien zwischen den beiden Augen beträgt oder
 - b) eine entsprechende fachärztliche Stellungnahme vorliegt, die die für das Lenken von Kraftfahrzeugen notwendige Sehschärfe bestätigt oder
 - c) die erforderliche Sehschärfe mittels Kontaktlinsen erreicht wird, und wenn auf Grund der bisherigen Verwendung von Sehbehelfen keine Bedenken bestehen;
2. bei Lenkern der Gruppe 2 das Sehvermögen ohne Korrektur auf keinem Auge weniger als 0,05 beträgt und
 - a) die Gläserstärke nicht über +8 oder -8 Dioptrien sphärisch und ± 2 Dioptrien zylindrisch beträgt und die Korrekturdifferenz nicht mehr als 2 Dioptrien zwischen den beiden Augen beträgt oder
 - b) die erforderliche Sehschärfe mittels Kontaktlinsen erreicht wird.

(2) Wird **eine fortschreitende Augenkrankheit** festgestellt oder angegeben, so kann eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(3) Ergibt die fachärztliche Untersuchung einen Verdacht auf **andere Augenerkrankungen**, die das sichere Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken würden, so kann in Ausnahmefällen auf Grund einer erfolgreichen Beobachtungsfahrt eine befristete Lenkberechtigung der Gruppe 1 erteilt werden.

(4) Ergibt die fachärztliche Untersuchung ein **horizontales Gesichtsfeld von weniger als 120 Grad** auf einem Auge, so sind die Bestimmungen des Abs. 5 über die funktionelle Einäugigkeit anzuwenden; betrifft der Gesichtsfelddefekt beide Augen, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

(5) Fehlt ein Auge oder ist es praktisch blind oder ist eine **funktionelle Einäugigkeit** gegeben, so kann eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 für einen Zeitraum von höchstens fünf Jahren erteilt werden, wenn durch eine fachärztliche Stellungnahme bestätigt wird, daß beim normal sehenden Auge ein normales Gesichtsfeld und eine Sehschärfe von mindestens 0,8 ohne oder mit Korrektur vorhanden ist. Eventuelle Anzeichen bei beginnender Erkrankung des sehenden Auges müssen dahingehend beurteilt werden, in welchem Zeitraum eine augenärztliche Kontrolluntersuchung erforderlich ist; die Eignung kann nur für diesen Zeitraum angenommen werden. Bei der Festsetzung des Zeitraumes ist auch auf die Ursache und den Zeitpunkt des Verlustes oder der Blindheit des einen Auges Bedacht zu nehmen. Erforderlichenfalls muß durch eine Beobachtungsfahrt oder eine Überprüfung der kraftfahrerspezifischen Leistungsfähigkeit festgestellt werden, ob der Verlust eines Auges ausreichend kompensiert werden kann. Bei der Erteilung der Lenkberechtigung für das Lenken von Kraftfahrzeugen ohne Windschutzscheiben oder mit Windschutzscheiben, deren oberer Rand nicht höher liegt als die Augen des Lenkers beim Lenken, ist als Auflage die Benützung eines Augenschutzes vorzuschreiben.

(6) Im Falle des **Doppeltsehens** ist die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme gegeben, unter der Auflage der Verwendung einer entsprechenden optischen Vorrichtung wie schwarzes Glas, Mattglas usw., die die Sicht eines Auges ausschaltet. In diesem Fall sind überdies die Bestimmungen des Abs. 5 über die funktionelle Einäugigkeit anzuwenden.

(7) Bei Vorliegen von **Augenzittern (Nystagmus)** ist auch bei Erbringen der geforderten Sehschärfe eine fachärztliche Stellungnahme beizubringen, die die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 bestätigt.

§ 22 (4) Ergibt die ärztliche Untersuchung, daß fachärztliche Stellungnahmen, eine Beobachtungsfahrt oder eine verkehrspsychologische Stellungnahme notwendig sind, so ist die zu untersuchende Person dem zuständigen Amtsarzt zuzuweisen und das Gutachten von diesem zu erstellen. Ausgenommen hiervon sind Stellungnahmen von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie, wenn es sich nicht um ein fortschreitendes Augenleiden handelt, ...

→ Hinweis: Die sachverständigen Ärzte können augenärztliche Stellungnahmen in ihre Gutachten mit einbeziehen, sofern es sich nicht um fortschreitende Augenleiden handelt. In der Praxis kann dies nur im Falle von Schwachsichtigkeiten infolge Brechungsfehler der Fall sein. Sobald die Frage einer eventuellen Befristung zu klären ist, wie bspw. bei hoher Myopie, hat eine Zuweisung zum Amtsärztlichen Dienst zu erfolgen.

§ 24 (3) Personen, die gemäß § 65 KFG 1967

1. vor dem 1. November 1997 eine Lenkerberechtigung für die Gruppe C erteilt bekommen haben und bei denen bei Erteilung der Lenkerberechtigung bereits eine tatsächliche oder funktionelle Einäugigkeit bestand, oder
2. seit mehr als zehn Jahren im Besitz einer Lenkerberechtigung für die Gruppe C sind und bei denen die Einäugigkeit nach Erteilung der Lenkerberechtigung eingetreten ist, darf entgegen den Bestimmungen des § 8 Abs. 5 die Lenkberechtigung für die Klasse C verlängert werden, wenn beim sehenden Auge keine weiteren Beeinträchtigungen entstanden sind und sie nachweislich in den letzten zwei Jahren vor der Wiederholungsuntersuchung Kraftfahrzeuge der Klasse C gelenkt haben.

b) Mindestanforderungen an die Sehfunktionen

MINDEST-ANFORDERUNGEN	GRUPPE 1		GRUPPE 2	
	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN
Sehschärfe	Bei Nichterreichen der Sehschärfe nicht geeignet	mind. 0,5 / 0,4	Wenn das Sehvermögen ohne Korrektur weniger als 0,05 beträgt	0,8 / 0,5 ohne Korrektur mind. 0,05
Sehschärfe bei Einäugigkeit⁶⁴		- mind. 0,8 auf dem besser sehenden Auge - wenn Augen- und Kopfbeweglichkeit normal → BEFRISTUNG auf max. 5 Jahre	Nicht geeignet	Siehe Übergangsbestimmungen gemäß § 24 Absatz 3 FSG-GV
Zulässige Brillenglasstärke		- die Gläserstärke nicht mehr als +8,00 / -10,00 dpt ⁶⁵ ; +/-2,00 cyl beträgt. - Anisometropie nicht über 2,00 dpt. - oder: FA STELLUNGNAHME zur Bestätigung der Sehschärfe und der Verträglichkeit der Sehhilfe - oder: Die erforderliche Sehschärfe wird mit Kontaktlinsen erreicht.		- die Gläserstärke nicht mehr als +8/-8 dpt ⁶⁶ ; +/-2,00 cyl beträgt. - Anisometropie nicht über 2,00 dpt ⁶⁶ - oder: Die erforderliche Sehschärfe wird mit Kontaktlinsen erreicht
Kontaktlinsen		FA Bestätigung der Verträglichkeit (hat außerdem zu enthalten: Brillenglasstärke sowie Sehschärfe unkorrigiert, mit Brille und mit Kontaktlinsen)		FA Bestätigung der Verträglichkeit (hat außerdem zu enthalten: Brillenglasstärke sowie Sehschärfe unkorrigiert, mit Brille und mit Kontaktlinsen)

⁶⁴ Einäugigkeit liegt für die Fahreignungsbegutachtung vor a) („funktionelle Einäugigkeit“) bei einer Sehschärfe des schlechteren Auges unter 0,4 (Gruppe 1) oder bei Gesichtsfeldeinschränkung eines Auges oder b) („praktische Einäugigkeit“) wenn zur Vermeidung einer Diplopie ein Auge abgedeckt werden muss oder bei Ptose oder c) bei völliger Erblindung oder Verlust eines Auges.

⁶⁵ Bei zylindrischen Gläsern gilt das sphärische Äquivalent. Bei höheren Korrektionswerten muss nachgewiesen werden, dass durch geeignete Randgestaltung keine wesentliche Gesichtsfeldeinschränkung auftritt oder Kontaktlinsen getragen werden.

Gesichtsfelder	Defekte im binokularen Gesichtsfeld 120° horizontal und je 20° ober- und unterhalb der Mitte	Gesichtsfeld 120° horizontal und je 20° ober- und unterhalb der Mitte auf beiden Augen frei von Defekten. Binokular kompensierte Defekte: Bestimmungen wie bei funktioneller Einäugigkeit. (Eine Beurteilung der Gesichtsfeldaußengrenzen für sich allein ist nicht ausreichend).	Defekte im Gesichtsfeld bereits eines Auges 120° horizontal und je 20° ober- und unterhalb der Mitte	Gesichtsfeld 120° horizontal und je 20° ober- und unterhalb der Mitte auf beiden Augen frei von Defekten
Stellung und Beweglichkeit	Bei Doppeltsen (Diplopie) in einem zentralen Blickfeldbereich von 20° Durchmesser (vom zentralen Blickpunkt 10° im Umkreis)	- Frei von Doppeltsen - Lähmungsschiel und Begleitschiel ohne Diplopie in einem Blickfeldbereich von mind. 20° Durchmesser zulässig, normale Kopfhaltung empfohlen	Bei Doppeltsen im Gebrauchsblickfeld (25° Auf-, 30° Seit- und 40° Abblick)	Frei von Doppeltsen im Gebrauchsblickfeld
Dämmerungsseh-schärfe, Blendempfindlichkeit		Kontraststufe mind. 1:23, sonst Nachtfahrverbot		Kontraststufe mind. 1:5 sonst Nachtfahrverbot

✓ **Farbenblindheit** stellt keinen gesundheitlichen Mangel mehr dar; seit 1.11.1997 dürfen alle Klassen trotzdem erworben werden.

✓ **Gesichtsfelddefekte** können an beiden Augen an verschiedenen Orten auftreten. Sind sie nicht kongruent, d.h. beim beidäugigen Sehen nicht überlappend, gelten sie als kompensiert oder mit anderen Worten, das binokulare Gesichtsfeld ist intakt. Diese Begutachtungspraxis ist allgemein üblich und wird von der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft empfohlen.

Ebenso lautet die Empfehlung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft 2003 (S. 25: ... „gleichwertiges binokulares Gesichtsfeld, ... wenigstens ein normales binokulares Gesichtsfeld ... gefordert“).

In der Richtlinie 91/439/EWG Anhang III 6.3 wird ausgeführt: „Eine Fahrerlaubnis darf weder erteilt oder erneuert werden, wenn der Bewerber oder Führer beidäugig kein normales Gesichtsfeld hat.“

Im EU-Report of the Eyesight Working Group 2005, 2) b) iii) (S.21) steht folgender Vermerk: “Visual fields could be measured binocularly (i.e. with both eyes together). When visual fields are measured monocularly, only defects that are overlapping, i.e. at the identical location in both eyes, should be considered. Visual field defects that are not overlapping (a visual field defect in one eye with no defect at the identical location in the fellow eye) are less relevant for driving.”

Im Falle von Gesichtsfelddefekten können drei klassische Situationen auftreten:

- 1) Gesichtsfeld 120 Grad horizontal und je 20 Grad ober- und unterhalb der Mitte auf einem Auge nicht frei von Defekten: Dann besteht auf höchstens 5 Jahre zu befristende Lenktauglichkeit nur für Gruppe 1, wenn am besseren Auge eine Sehschärfe von 0.8 erreicht wird.
- 2) Gesichtsfeld 120 Grad horizontal und je 20 Grad ober- und unterhalb der Mitte auf beiden Augen nicht frei von Defekten, die Defekte (nicht DER Defekt, da es ja verschiedene sind) überlappen aber nicht: Dieser Zustand kann nicht besser als Fall 1) sein, es sollten daher die gleichen Beschränkungen ausgesprochen werden und das bedeutet auch Untauglichkeit für Gruppe 2. Das binokulare Gesichtsfeld ist aber intakt, die Definition „der Gesichtsfelddefekt betrifft beide Augen“ ist im strengen Sinn nicht erfüllt.
- 3) Gesichtsfeld 120 Grad horizontal und je 20 Grad ober- und unterhalb der Mitte nicht frei von Defekten, der Defekt betrifft überlappend beide Augen: Dieser Zustand ist nicht kompensierbar, eine Lenkberechtigung darf weder erteilt noch belassen werden.

c) **Überblick**

KRANKHEIT	GRUPPE 1			GRUPPE 2		
	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDEST-BEFUNDE	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDEST-BEFUNDE
Einseitige sehbehindernde Ptosis		Wenn die Voraussetzungen wie bei funktioneller Einäugigkeit vorliegen	AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	Nicht geeignet		
Beidseitige sehbehindernde Ptosis	Nicht geeignet		AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	Nicht geeignet		

Krankhaftes Augenzittern (Nystagmus) bei Blick geradeaus		Mindestsehschärfe muss in den zentralen 20° erreicht werden	BEFÜRWORDENDE AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME		Nur geeignet, wenn alle Anforderungen an das Sehvermögen erreicht sind	AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME
Schielen mit Diplopie⁶⁶	bei Diplopie in den zentralen 20°	- Geeignet, wenn kein Doppelsehen in den zentralen 20° - Oder: nach Ausschaltung eines Auges mittels einer optischen Vorrichtung (schwarzes Glas, Mattglas, usw), dann Bestimmungen wie bei Einäugigkeit	BEFÜRWORDENDE AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	Bei Doppelsehen im Gebrauchsblickfeld (25° Auf-, 30° Seit- und 40° Abblick)	Frei von Doppelsehen im Gebrauchsblickfeld (25° Auf-, 30° Seit- und 40° Abblick)	AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME
Schielen ohne Diplopie (meist schon seit Kindheit bestehendes Begleitschielen)		Geeignet ohne Einschränkung, wenn keine Amblyopie im Sinne einer funktionelle Einäugigkeit vorliegt	AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME		Geeignet ohne Einschränkung, wenn keine Amblyopie im Sinne einer funktionelle Einäugigkeit vorliegt	AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME
Glaukom (grüner Star), Zustand nach Glaukomoperation – fortschreitende Augenerkrankung, erhöhte Inzidenz ab dem 40. Lebensjahr		→ BEFRISTUNG von max. 5 Jahren → ev. Augenärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNGEN, (Kontrolle von Visus, Gesichtsfeld und Dämmerungssehen wesentlich)	AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME		→ Augenärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNGEN → BEFRISTUNG von max. 5 Jahren	AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME
Katarakt (grauer Star) – fortschreitende Augenerkrankung, Verdacht immer ab dem 60. Lebensjahr!		→ BEFRISTUNG von max. 5 Jahren → ev. Augenärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNGEN (Kontrolle von Visus und Dämmerungssehen wesentlich)	AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME Blendempfindlichkeit		→ BEFRISTUNG von max. 5 Jahren → ev. Augenärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNGEN	AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME Blendempfindlichkeit!

⁶⁶ Zu bedenken ist, dass ein großer Unterschied besteht, zwischen Personen, die bereits seit früher Kindheit (unter 10 Jahren) doppelt sehen, jedoch das 2. Bild unterdrücken können, und Personen, bei denen Doppelbilder erst plötzlich im Erwachsenenalter auftreten.)

<p>Diabetische Retinopathie (DRP) – fortschreitende Augenerkrankung</p>		<p>→ Augenärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNGEN; → BEFRISTUNG erforderlich: - Milde bis mäßiggradige DRP und/oder mildes diabetisches Makulaödem: mind. alle 5 Jahre - Schwere oder proliferierende DRP und/oder mäßiges oder schweres diabet. Makulaödem: mind. alle 2 Jahre</p> <p><u>Anm:</u> Diese Fristen sind individuell unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs, des Fundusbefundes, der Diabetes-einstellung (HbA1c) und der aktuellen Reserven des Sehvermögens zu modifizieren.</p> <p>Stabilisierung durch Therapie ist möglich, daher nach Maßgabe auch wieder Verlängerung des Kontrollintervalls.</p> <p>Typisch für diabetische Augenveränderungen sind Störungen von Kontrastsehen und Gesichtsfeld. Dies ist daher bei der Beurteilung der Lenktauglichkeit neben dem Visus ist immer zu prüfen.</p>	<p>AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME Augenhintergrund!</p>		<p>Siehe Gruppe 1</p>	<p>AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME Augenhintergrund!</p>
<p>Makuladegeneration und Retinopathia pigmentosa als Bsp degenerativer Netzhaut-erkrankungen (fortschreitende Augenerkrankung)</p>		<p>→ BEFRISTUNG von max. 5 Jahren → ev. Augenärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNGEN; Kontrolle von Visus und Dämmerungssehen wesentlich, bei peripherer Netzhautveränderung auch Gesichtsfeld</p>	<p>AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME Augenhintergrund!</p>		<p>→ BEFRISTUNG von max. 5 Jahren → ev. Augenärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNGEN (Kontrolle von Visus und Dämmerungssehen wesentlich)</p>	<p>AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME Augenhintergrund!</p>

<p>Keratokonus (fortschreitende Augenerkrankung)</p>		<p>→ BEFRISTUNG von max. 5 Jahren → ev. Augenärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNGEN je nach Progredienz, Kontrolle von Visus und Dämmerungssehen, Kontaktlinsenversorgung</p>	<p>AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME, Kontaktlinseneignung</p>		<p>→ BEFRISTUNG von max. 5 Jahren → Augenärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNGEN je nach Progredienz, Kontrolle von Visus und Dämmerungssehen, Kontaktlinsenversorgung</p>	<p>AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME, Kontaktlinseneignung</p>
<p>Herabgesetzte Sehschärfe mit Verdacht auf geringe Brechungsfehler ohne Progredienz bzw Verdacht auf nicht passende Sehhilfen</p>		<p>Geeignet, wenn Refraktion kontrolliert und bei Bedarf passende Sehhilfe verordnet wurde sowie normaler Visus mit Korrektur erreicht wird – sonst ad Amtsarzt zum Ausschluss einer Augenerkrankung. → AUFLAGE des Tragens von Brille oder Kontaktlinsen, wenn sonst Visus von 0,5 / 0,4 nicht erreicht wird.</p>	<p>Sachverständiger Arzt fordert an: Bestätigung der Brillenstärke vom Optiker oder Augenarzt, Bestätigung der Kontaktlinsenverträglichkeit vom Augenarzt inkl. Visus ohne und mit Korrektur, Brillenglasäquivalent</p>	<p>Wenn das Sehvermögen ohne Korrektur weniger als 0,05 beträgt</p>	<p>Geeignet, wenn Refraktion kontrolliert und bei Bedarf passende Sehhilfe verordnet wurde sowie normaler Visus mit Korrektur und ohne Korrektur an beiden Augen von mind. 0,05 erreicht wird – sonst ad Amtsarzt zum Ausschluss einer Augenerkrankung. → AUFLAGE des Tragens von Brille oder Kontaktlinsen, wenn das Sehvermögen sonst weniger als 0,8 / 0,5 beträgt.</p>	<p>Sachverständiger Arzt fordert an: Bestätigung der Brillenstärke vom Optiker oder Augenarzt, Bestätigung der Kontaktlinsenverträglichkeit vom Augenarzt inkl. Visus ohne und mit Korrektur, Brillenglasäquivalent</p>
<p>hohe Brechungsfehler: >+8,00 / -10,00 (Gr. 1) bzw >-8,00 (Gr. 2) dpt (sphär. Äquivalent!); +/-2,00 cyl ungleiche Brechungsfehler: Anisometropie > 2,00 dpt (sphärisches Äquivalent!)</p>		<p>Wenn mit Korrektur ein Visus von 0,5 / 0,4 erreicht wird und vom Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie die Sehschärfe und die Verträglichkeit der Sehhilfe bestätigt wird.</p>	<p>AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME (Abklärung auf Progredienz – Befristung erforderlich?)</p>	<p>Nicht geeignet bei Überschreiten der zulässigen Brillenstärke und wenn das Sehvermögen ohne Korrektur weniger als 0,05 beträgt</p>	<p>Wenn mit Kontaktlinsen jeder Stärke ein Visus von 0,8 / 0,5 erreicht wird und ohne Korrektur an beiden Augen von mind. 0,05. → AUFLAGE des Tragens von Kontaktlinsen</p>	<p>AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME (Abklärung auf Progredienz – Befristung erforderlich?)</p>

<p>Progrediente Myopie - wenn bis ins Erwachsenenalter fortgesetzt, zu pathologischen Veränderungen des Augenhintergrundes führend (fortschreitende Augenerkrankung)</p>		<p>→ BEFRISTUNG auf max. 5 Jahre: - Kontrolle von Refraktion und Augenhintergrund - wenn Stabilisierung ohne Augenhintergrundveränderungen: Wegfall der Befristung</p>	<p>AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME</p>		<p>→ BEFRISTUNG Befristung auf max. 5 Jahre: - Kontrolle von Refraktion und Augenhintergrund - wenn Stabilisierung ohne Augenhintergrundveränderungen: Wegfall der Befristung</p>	<p>AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME</p>
<p>Geringe Brechungsfehler, die eine Zunahme in absehbarer Zeit erwarten lassen (zB Myopie/Hyperopie bei Jugendlichen, Keratokonus)</p>		<p>→ NACHUNTERSUCHUNG erforderlich, frühestens nach 2 Jahren</p>	<p>SEHTEST, ev. AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME</p>		<p>→ NACHUNTERSUCHUNG erforderlich, frühestens nach 2 Jahren</p>	<p>Sehtest, ev. AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME</p>
<p>Funktionelle Einäugigkeit (liegt vor, wenn auf dem schlechteren Auge die Sehschärfe weniger als 0,4 beträgt oder Defekte im Gesichtsfeld eines Auges 120° horizontal und je 20° ober- und unterhalb der Mitte oder beider Augen, wenn die Defekte nicht überlappen)</p>		<p>- wenn beim besser sehenden Auge ein normales Gesichtsfeld und eine Sehschärfe von 0,8 mit oder ohne Sehhilfe erreicht wird - wenn Augen- und Kopfbeweglichkeit normal → BEFRISTUNG auf maximal 5 Jahre</p>	<p>BEFÜRWORTENDE AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME</p>	<p>Nicht geeignet</p>		

Praktische Einäugigkeit durch Verlust eines Auges, Abdeckung eines Auges wegen Doppeltsehen	Nach dem Verlust eines Auges bzw einer akuten einseitigen Funktionseinbuße: Fahrverbot für 3 Monate	- Wenn beim einzigen Auge ein normales Gesichtsfeld und eine Sehschärfe von 0,8 mit oder ohne Sehhilfe erreicht wird - wenn Augen- und Kopfbeweglichkeit normal → BEFRISTUNG auf maximal 5 Jahre	BEFÜRWORDENDE AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	Nicht geeignet		
--	--	--	--	----------------	--	--

d) Mögliche Auflagen:

- 01.01 Brillen
- 01.02 Kontaktlinsen
- 01.03 Schutzgläser
- 01.04 Opakgläser
- 01.05 Augenschutz
- 01.06 Brillen oder Kontaktlinsen

e) Mögliche zeitliche Beschränkung:

- 05.01 Beschränkung auf Fahrten bei Tag (eine Stunde nach Sonnenaufgang und eine Stunde vor Sonnenuntergang)⁶⁷

f) Eine augenärztliche Stellungnahme hat zu enthalten:

- Identitätsnachweis des Patienten
- Sehschärfe beider Augen mit oder ohne Korrektur (mit Korrekturangabe!)
- Gesichtsfeld beider Augen (Goldmann III/4) – Gradangabe!
- Fähigkeit zum Dämmerungssehen, Angabe der Kontraststufe
- Augenhintergrund
- Augenerkrankungen mit Prognose
- Beurteilung des Krankheitsbildes hinsichtlich der Auswirkung des Lenkens eines Kfz obiger Gruppe
- Positive (befürwortende) oder ablehnende Stellungnahme zum Lenken eines Kfz obiger Gruppe im Falle von Doppeltsehen oder Augenzittern
- Empfohlene ärztliche Kontrolluntersuchungen – Grund angeben!

⁶⁷ Dies entspricht einem Nachtfahrverbot.

3.4 Mängel des Hörvermögens

a) § 9 FSG-GV (Führerscheinggesetz-Gesundheitsverordnung)

Das in § 6 Abs. 1 Z 7 angeführte mangelhafte Hörvermögen liegt vor, wenn ohne Verwendung von Hörbehelfen nicht erreicht wird ein Hörvermögen bei beidohriger Prüfung

1. für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 für **Konversationsprache auf eine Entfernung von mindestens 1 m,**
2. für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 für **Konversationsprache auf eine Entfernung von 6 m.**

Wird das in Z 1 oder 2 angeführte Hörvermögen nicht erreicht, so ist eine **fachärztliche Stellungnahme** erforderlich, die nur nach einer **tonaudiometrischen Untersuchung** und einer **Prüfung der Gleichgewichtsfunktion**, wie etwa durch **Steh- und Tretversuch** sowie **Blindgang**, erstellt werden darf. Bei eventuellen Anzeichen auf Erkrankungen im Bereich der Hör- und Gleichgewichtsorgane ist deren Auswirkung auf die Eignung zum sicheren Beherrschen eines Kraftfahrzeuges zu beurteilen. Erforderlichenfalls muss durch eine **Beobachtungsfahrt** oder eine **Untersuchung der kraftfahrtspezifischen Leistungsfähigkeit** festgestellt werden, ob das mangelnde oder fehlende Hörvermögen ausreichend kompensiert werden kann.

b) Überblick

KRANKHEIT	GRUPPE 1		GRUPPE 2			
		GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE
Beidseitige Gehörlosigkeit		gleichzeitig keine schwerwiegende andere Mängel (insb Sehstörungen, Gleichgewichtsstörungen) vorliegen → Gesetzliche Möglichkeit: BEOBACHTUNGSFAHRT oder Verkehrspsychologische Untersuchung zur Feststellung von Kompensationsmöglichkeiten → BEFRISTUNG NICHT OBLIGATORISCH	HNO-FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME inkl. der Prüfung der Hör- und Gleichgewichtsfunktion, erforderlichenfalls AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	Nicht geeignet im Hinblick auf die höhere Lenkverantwortung		
Höhergradige Schwerhörigkeit		gleichzeitig keine schwerwiegende andere Mängel (insb Sehstörungen, Gleichgewichtsstörungen) vorliegen	HNO-FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME inkl. der Prüfung der Hör- und Gleichgewichts-	Nicht geeignet zum Lenken von Bussen	Klasse C: Bei Bewährung in dreijähriger Fahrpraxis mit einem Kraftfahrzeug der Klasse B	HNO-FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME inkl. der Prüfung der Hör- und Gleichgewichtsfunktion,

	<p>Gesetzliche Möglichkeit: BEOBACHTUNGSFAHRT oder Verkehrspsychologische Untersuchung zur Feststellung von Kompensationsmöglichkeiten</p> <p>→ AUFLAGEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hörprothese an einem Ohr – Code 02.01 - Hörprothese an beiden Ohren – Code 02.02 <p>→ BEFRISTUNG NICHT OBLIGATORISCH</p>	<p>funktion, erforderlichenfalls AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME</p>		<p>→ Gesetzliche Möglichkeit: BEOBACHTUNGSFAHRT oder Verkehrspsychologische Untersuchung zur Feststellung von Kompensationsmöglichkeiten</p> <p>→ AUFLAGEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hörprothese an einem Ohr – Code 02.01 - Hörprothese an beiden Ohren – Code 02.02 	<p>erforderlichenfalls AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME</p>
--	---	---	--	---	---

3.5 Herz- und Gefäßkrankheiten

3.5.1 Warum ist bei Vorliegen von Herzkrankheiten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geradezu zu erwarten?

Die koronare Herzkrankheit ist eine chronisch progrediente Krankheit mit einem hohen Risiko und der Entwicklung von plötzlichen Ereignissen. Dabei handelt es sich um eine progrediente Verengung bzw um einen Verschluss eines oder mehrerer Herzkrankgefäße. Hierdurch wird der Herzmuskel hinter der Verengung nicht mehr ausreichend mit Blut versorgt und geschädigt.

Pro Jahr versterben bei einer Ein-Gefäßerkrankung 3-4%, bei einer Zwei-Gefäßerkrankung 6-8% und bei einer Drei-Gefäßerkrankung 10-13% der Erkrankten. Die Überlebensraten sinken zudem deutlich, wenn sich in der Folge eine Herzmuskelschwäche ergibt.

3.5.2 Herzrhythmusstörungen

a) § 10 FSG-GV (Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung)

(1) Personen mit Herzrhythmusstörungen, die zu unvorhergesehenen Bewusstseinstäubungen oder -störungen führen können, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

(2) Personen mit Herzschrittmacher darf eine Lenkberechtigung nur vorbehaltlich einer **befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme** erteilt oder belassen werden...

b) Überblick

KRANKHEIT	GRUPPE 1			GRUPPE 2		
	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDEST-BEFUNDE	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDEST-BEFUNDE
Sinuatricale Erkrankungen Signifikanter Defekt der atrio-ventrikulären Über-	Fahrpause von ca. 4 Wochen, wenn die Arrhythmie Synkope, Präsynkope oder Sturzat-tacke verursacht	Das Fahren kann erlaubt werden, wenn die zugrundeliegende Ursache identifiziert wurde und seit zumindest 4 Wochen unter Kontrolle ist und keine andere die Fahreignung ausschließende Erkrankung.	Langzeit-EKG + Ergometrie, Echokardiographie	Disqualifiziert vom Fahren, wenn die Arrhythmie Synkope, Präsynkope oder Sturzat-tacke verursacht hat oder wahr-	Das Fahren kann erlaubt werden, wenn die Arrhythmie seit zumindest 3 Monaten unter Kontrolle ist – unter der Voraussetzung, dass die linksventrikuläre Ejecti-onsfraction gut ist (dh > 40%)	Langzeit-EKG + Ergometrie, Echokar-diographie

leitung, Vorhofflat-tern, Vorhofflim-mern, Tachykardie mit schmalem oder breitem QRS-Komplex, Präexzi-tationssyndrom	hat oder wahr-scheinlich verursa-chen wird.	→ BEFRISTUNG NICHT INDIZIERT, wenn Schritt-macher mit erfolgreiche Behandlung der zugrun-de liegenden Rhythmusstörung und begründete Annahme, dass regelmäßige Schrittmacherkon-trollen verlässlich erfolgen → ansonsten VERKEHRSMEDIZINISCHES KON-TROLLINTERVALL: 5 Jahre		scheinlich verursa-chen wird.	und dass es keine andere disquali-fizierende Bedingung gibt. → VERKEHRSMEDIZINISCHES KONTROLLINTERVALL: 2 Jahre	ev. EPU
--	---	---	--	-------------------------------	--	---------

Anm.: Transiente Arrhythmien, welche während eines akuten Koronarsyndroms vorkommen, erfordern keine Einschätzung in diesem Kapitel.

Schrittmacher-implantation inkl. Wechsel des Generators	(Das Fahren sollte für mind. 1 Woche eingestellt werden.)	BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNG-NAHME und: Das Fahren kann unmittelbar danach erlaubt werden, wenn es keine andere disqualifizierende Bedingung gibt. → BEFRISTUNG NICHT INDIZIERT: wenn erfolgrei-che Behandlung und funktionierender Schrittmacher sowie begründete Annahme, dass regelmäßige Kontrollen verlässlich erfolgen	Langzeit-EKG langzeitige Echo-kardiographie und Ergometrie	(Das Fahren sollte für mind. 1 Woche eingestellt werden.)	BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLI-CHE STELLUNGNAHME: Das Fahren kann unmittelbar danach erlaubt werden, wenn es keine andere disqualifizierende Bedingung gibt. → VERKEHRSMEDIZINISCHES KONTROLLINTERVALL: 2 Jahre	Langzeit-EKG Echokar-diographie, Ergometrie
---	---	--	---	---	---	--

Erfolgreiche Ablation eines Präexci-tationssyndroms mittels eines Katheters	Das Fahren muss für zumindest 1 Woche eingestellt werden.	Danach kann das Fahren erlaubt werden, wenn es keine andere disqualifizierende Bedingung gibt. BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNG-NAHME und: → BEFRISTUNG NICHT INDIZIERT wenn erfolgrei-che Behandlung → ansonsten VERKEHRSMEDIZINISCHES KON-TROLLINTERVALL: je nach kardiologischer Situa-tion, Kontrollen durch Internisten/Kardiologen (bei erfolgreicher Ablation WPW – keine weite-ren Auflagen, d.h. Beurteilung ja nach Situation)	Langzeit-EKG + Ergometrie, E-chokardiographie	Das Fahren muss für 6 Wochen eingestellt werden.	Danach kann das Fahren erlaubt werden, wenn es keine andere disqualifizierende Bedingung gibt. → VERKEHRSMEDIZINISCHES KONTROLLINTERVALL: 2 Jahre	Langzeit-EKG + Ergometrie, Echokar-diographie
--	---	---	---	--	--	---

Vorhof-defibrillator, aktiviert durch den		BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNG-NAHME und: Das Fahren kann fortgesetzt werden, wenn es	Langzeit-EKG + Ergometrie, E-chokardiographie		Das Fahren kann fortgesetzt wer-den, wenn es keine andere disqua-lifizierende Bedingung gibt.	Langzeit-EKG + Ergometrie,
---	--	--	---	--	---	----------------------------

Arzt oder Patienten		keine andere disqualifizierende Bedingung gibt. → BEFRISTUNG NICHT INDIZIERT, wenn begründete Annahme, dass regelmäßige Kontrollen durch Internisten/Kardiologen verlässlich erfolgen			→ VERKEHRSMEDIZINISCHES KONTROLLINTERVALL: 2 Jahre	Echokardiographie
Automatischer Vorhof-defibrillator		Das Fahren kann fortgesetzt werden, wenn es keine andere disqualifizierende Bedingung gibt. BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME → VERKEHRSMEDIZINISCHES KONTROLLINTERVALL: 5 Jahre	Langzeit-EKG + Ergometrie, Echokardiographie	Permanentes Ausschlusskriterium		
Implantierbarer Cardioverter wegen maligner Rhythmusstörungen, Defibrillator (ICD)		BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME und: Das Fahren kann wieder aufgenommen werden, wenn die folgenden Kriterien erfüllt werden: 1) Das erste Gerät ist schon für zumindest 6 Monate implantiert. 2) Das Gerät hat innerhalb der letzten 6 Monate keine Behandlung (Schock und/oder Schrittmacher bei symptomatischen Tachykardien) eingeleitet (außer bei formalem klinischen Testen) 3) Jede ICD-Therapie in den vergangenen 2 Jahren seit Implantation des Gerätes, wurde nicht von Synkope, Präsynkope oder Verkehrsauffälligkeit begleitet (entweder verursacht von dem Gerät oder der Arrhythmie), ausgenommen: die zugrunde liegende Ursache wurde identifiziert und kontrolliert. 4) Eine Fahrpause von 1 Monat nach jeder Revision des Gerätes (Generator und/oder Elektrode) sollte eingehalten werden, ebenso nach jeder Änderung der antiarrhythmischen medikamentösen Behandlung. Eine Fahrpause von 1 Woche ist erforderlich nach dem Wiedereinsetzen einer	Langzeit-EKG Stellungnahme des kardiologischen Implantationszentrum	Permanentes Ausschlusskriterium		

		<p>Defibrillatorbox, vorausgesetzt das Setting bleibt unverändert.</p> <p>5) Das Gerät ist Gegenstand einer regelmäßigen Überprüfung mit Befragung.</p> <p>6) Es gibt keine andere disqualifizierende Bedingung.</p> <p>→ BEFRISTUNG: bei geringer Wahrscheinlichkeit maligner Arrhythmien und keinem DEFI-Einsatz im Beobachtungszeitraum fakultativ 2 - 3 Jahre bei guter Linksventrikelfunktion, bei sehr schlechter Linksventrikelfunktion 1 Jahr (Begründung für kurze Befristung: sehr hohe Mortalität dieser Patientengruppe, d.h. rasche Verschlechterungstendenz mit Todesfolge)</p> <p>→ AUFLAGE: ÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN: Protokoll des ICD ist alle 6 Monate der Behörde vorzulegen</p>				
Prophylaktische ICD-Implantation		<p>1 Monat Fahrpause für: Asymptomatische Patienten mit einem hohen Risiko einer signifikanten Arrhythmie: Wenn bei einem nicht-disqualifizierenden kardialen Ereignis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - LVEF größer als 35 % <ul style="list-style-type: none"> - keine schnellen VT bei der elektrophysiologischen Untersuchung induziert (RR-Abstand im EKG <250 msec) - Induzierte VT kann zweimal durch den ICD beendet werden, ohne Beschleunigung während der Postimplantationsuntersuchung <p>→ BEFRISTUNG NICHT OBLIGATORISCH, da grundsätzlich gute Prognose</p> <p>→ AUFLAGE: ÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN (Befundvorlage) alle 5 Jahre, wenn begründete Annahme, dass ärztliche Kontrollen (halbjährlich bis jährlich) verlässlich erfolgen.</p>	<p>Ausführlicher internistischer Befund</p> <p>Langzeit EKG, Stellungnahme des kardiologischen Implantationszentrums</p>	<p>Permanentes Ausschlusskriterium</p>		

Arrhythmogene rechts-ventrikuläre Dysplasie und verwandte Störungen	Wenn symptomatisch: Das Fahren muss eingestellt werden, wenn eine Arrhythmie Synkope, Präsynkope oder Verkehrsauffälligkeit verursacht hat oder wahrscheinlich verursachen wird.	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn asymptomatisch, kann das Fahren fortgesetzt werden. - Wenn symptomatisch: Die LB kann wieder erteilt werden, wenn die Arrhythmie unter Kontrolle ist und es keine andere disqualifizierende Bedingung gibt. → VERKEHRSMEDIZINISCHES KONTROLLINTERVALL: - asymptomatisch 5 Jahre, - symptomatisch 2 Jahre 	Langzeit-EKG + Ergometrie, Echokardiographie	wenn symptomatisch: permanentes Ausschlusskriterium	Bei asymptomatischer rechts-ventrikulärer Displasie muss das Fahren primär eingestellt werden, kann aber wieder erlaubt werden, wenn ein Spezialist eine positive <u>elektrophysiologische Einschätzung</u> abgibt und es keine andere disqualifizierende Bedingung gibt. → VERKEHRSMEDIZINISCHES KONTROLLINTERVALL: 2 Jahre	Elektrophysiologische Einschätzung der Arrhythmiewahrscheinlichkeit
--	--	---	--	---	---	---

3.5.3 Blutdruckanomalien – Hypertonie

a) § 10 Abs 3 FSG-GV:

*Ob einer Person, die unter Blutdruckanomalien leidet, eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden kann, ist nach den **übrigen Ergebnissen der ärztlichen Untersuchung**, den **möglichen Komplikationen** und der daraus gegebenenfalls **für die Sicherheit im Straßenverkehr erwachsenden Gefahr** zu beurteilen*

b) Allgemeines

Für einen an Bluthochdruck leidenden Menschen besteht erfahrungsgemäß beim Hinzukommen von den Blutkreislauf belastenden Umständen, wie einer akuten Infektionskrankheit, und den Anstrengungen des Lenkens eines Kfz überhaupt geradezu zwangsläufig die Gefahr einer plötzlichen Blutleere im Gehirn mit Ohnmacht oder wenigstens ohnmachtsähnlichen Bewusstseinsstörungen. Selbstverständlich bedingt eine auch nur kurze Bewusstlosigkeit absolute Fahruntüchtigkeit. Ebenso gefährlich und deshalb im Prinzip einer Ohnmacht gleichzusetzen ist aber auch jede Herabsetzung der Bewusstseinsfähigkeit, also das Auftreten von Bewusstseinsstörungen, die ganz verschiedene Ursachen haben kann.⁶⁸

Die Hochdruckkrankheit geht mit Störungen des subjektiven Wohlbefindens einher, die sich durch Blutdrucksteigerungen während des Autofahrens verschlimmern können; hiezu gehören Hör- und Gleichgewichtsstörungen, Flimmern vor den Augen oder verschwommenes Sehen, Symptome, die die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen bis aufheben können; hinzu kommen Risiken für den Kranken, die durch ständige Überforderung der Organsysteme infolge überhöhter Blutdruckwerte verursacht werden⁶⁹). Gerade unter der Belastung des Autofahrens können bei Hochdruckkranken unterschwellige Symptome manifest werden, wie die schon genannten, aber auch Kopfschmerzen, Ohrensausen,

⁶⁸ Zirner, Ärztliche Gesichtspunkte zur Fahrtüchtigkeit, MMW 1971, Sonderbeilage, 4 (5).

⁶⁹ Schmidt, Arzneimittel und Verkehrssicherheit. Sind unbehandelte Kranke fahrtauglich? Verkehrsunfall und Fahrzeugtechnik 1985, 267 (268).

Nervosität und Angstzustände können eine verminderte Urteils- und Reaktionsfähigkeit zur Folge haben⁷⁰. Bei ständigen diastolischen Blutdruckwerten über 100 mm Hg sind die Lenker nur noch bedingt fahrtauglich⁷¹. Hypertoniker mit systolischen Werten über 200 mm Hg und 120 mm Hg diastolisch sind ungeeignet, ein Kfz zu lenken.⁷² Wer unter einem Blutdruck von ständig zu messenden diastolischen Werten über 130 mm Hg leidet, ist nicht in der Lage, den Anforderungen zum Lenken von Kfz gerecht zu werden und damit absolut fahruntüchtig.⁷³ Die Mehrzahl der Hochdruckkranken ist also nur fahrtauglich, wenn ihr Blutdruck medikamentös ausreichend eingestellt ist⁷⁴.

⁷⁰ Vgl *Düsing/Glänzer/Kramer*, Der Hochdruckkranke als Verkehrsteilnehmer, *Der Kassenarzt* 1982, 4821; *Kober*, Einfluß von Herz-Kreislauf-Störungen auf die Fahrtauglichkeit, *Fortschritte der Medizin* 1993, 258; *Kramer*, Der Hochdruckkranke als Autofahrer, *arzt + auto* 1981/5, 14; *Kramer*, Der Hypertoniker als Kraftfahrer, *Der Bayerische Internist* 1983/5, 26; *Kramer*, Der Hypertoniker als Autofahrer, *moderne medizin* 1983/11, 20.

⁷¹ *Schmidt*, Antihypertensive Therapie und Verkehrssicherheit, *Therapiewoche* 1991, 3002 (3012); *Schmidt/Brendemühl/Dellen/Strösser/Helmin*, Bluthochdruck kann die Fahrtauglichkeit einschränken, *Der Kassenarzt* 1985, 35 (36).

⁷² Vgl *Sachs*, Die Fahrtüchtigkeit bei Hyper- und Hypotonie, in *Heintz/Losse* (Hrsg), *Arterielle Hypertonie* (1969); *Franke*, Verkehrsgefährdung bei internen Krankheiten, *DMW* 1965, 981 (985), *Franke/Walter*, Verkehrstauglichkeit und interne Erkrankungen, *Zeitschrift für Allgemeinmedizin - Der Landarzt* 1971, 1114 (1118); *Patscheider/Hartmann*, *Leitfaden der Rechtsmedizin*, 3. Auflage (1993), 235 (130/220 mm Hg).

⁷³ *Begutachtungs-Leitlinien Krankheit und Kraftverkehr des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr und beim Bundesministerium für Gesundheit*, 5. Auflage, (1996), Schriftenreihe des BMV, Heft 73, 14; *Glänzer/Kramer*, Der Hochdruckkranke als Verkehrsteilnehmer, in *Luff/Schrey* (Hrsg), *Arzneimittel und Verkehrssicherheit* (1981), 57 (63). Nach *Ravens*, *Einschränkungen der Fahrtauglichkeit bei internistischen Erkrankungen*, *Nervenheilkunde* 1985, 81 (84), über 140 mm Hg; ebenso *Schmidt*, 3012; *Schmidt/Brendemühl/Deller/Strösser/Helmin*, 36.

⁷⁴ *Schmidt*, 3012; U. *Schmidt/Frisch/Deller/Schmidt*, *Verkehrsmedizinische Aspekte der Hochdrucktherapie in der täglichen Praxis*, *arzt + auto* 1984/7-8, 8.

c) Übersichtstabelle

HYPERTONIE (ALLE FÜHRERSCHEIN-GRUPPEN)			
MINDESTBEFUNDE: 24 Std. RR-Messung, Echokardiographie, Carotis- Duplex-Sonographie, Nierenwerte + Microalbumin im Harn, Blutzucker, Lipidwerte, Femoralis			
NICHT GEEIGNET	GEEIGNET		
	ohne Befristung und ohne Auflage	ohne Befristung + Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen (Befundvorlage)	Befristung + Auflage regelmäßiger ärztlicher Kontrolluntersuchungen
<p>Bei Mehrfachmessung (mind. 3 x): RR \geq 200/110 (behandelte oder nicht behandelte Hypertonie)</p> <p>Zusätzliche Nicht-Eignung liegt bei jeder Hypertonie vor, wenn eine zusätzliche kardiovaskuläre Krankheit vorliegt, die eine akute Störung der Cerebralfunktion verursachen kann oder wenn Symptome eines unbehandelten Schlafapnoesyndroms vorliegen</p>	<p>BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME und:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. behandelte Hypertonie, Zielblutdruck erreicht (Nachweis durch Mehrfachmessungen; 24 h Blutdruck) 2. kein Vorliegen von Carotis-Stenosen (keine Plaques), keine Linkshypertrophie, keine Niereninsuffizienz, kein Diabetes mellitus 3. Medikamente beeinflussen nicht die Aufmerksamkeit und verursachen keine signifikanten orthostatischen Hypertonien 4. Gute Medikamenten-Compliance ist dokumentiert und regelmäßige Kontrollen und Selbstkontrollen bei Internisten wurden in der Vergangenheit durchgeführt und sind in Zukunft geplant → begründete Annahme, dass regelmäßige Kontrollen verlässlich erfolgen 5. Optimale Therapie, kardiovaskuläre Risi- 	<p>BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME und AUFLAGE EINER FACHÄRZTLICHEN KONTROLLUNTERSUCHUNG (Befundvorlage) nach 5 Jahren wenn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. behandelte Hypertonie mit nicht optimalen Blutdruckwerten, max. RR $<$160/90 (Nachweis durch Mehrfachmessungen; 24 h Blutdruck) <p>und/oder</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Vorliegen von leichtgradigen Carotis-Stenosen, leichter Linkshypertrophie, inzipte pAVK, Microalbuminurie 3. Medikamente beeinflussen nicht die Aufmerksamkeiten, verursachen keine signifikanten orthostatischen Hypertonien 4. Gute Medikamenten-Compliance ist dokumentiert und regelmäßige Selbstkontrollen beim Internisten wurden in der Vergangenheit durchgeführt und sind in Zukunft geplant → begründete Annahme, dass regel- 	<p>BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME und:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. behandelte Hypertonie mit sehr hohen Blutdruckwerten, RR $>$ 160/90 (Nachweis durch Mehrfachmessungen; 24 Std. Blutdruck) <p>und/oder</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Vorliegen von signifikanten Carotis-Stenosen, signifikante Linkshypertrophie im Echokardiogramm, Niereninsuffizienz, signifikanter Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, <p>und/oder</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. anamnestische Symptome einer behandelten oder unbehandelten Schlafapnoe bzw. bei unbehandeltem signifikanten Schlafapnoesyndrom <p>→ KONTROLL- bzw BEFRISTUNGSINTERVALL richtet sich nach dem Schweregrad und der Anzahl der Endorganschäden und nach Art der Stoffwechselstörung (Intervall 1 bis 5 Jahre).</p>

	kofaktoren (Zielwerte erreicht) 6. Keine andere disqualifizierende Erkrankung 7. Es liegen keine anamnestische Symptome einer unbehandelten Schlafapnoe vor.	mäßige Kontrollen verlässlich erfolgen 5. Nicht optimale Therapie, cardiovaskuläre Risikofaktoren 6. Keine andere disqualifizierende Erkrankung 7. Es liegen keine anamnestische Symptome einer unbehandelten Schlafapnoe vor.	Befristung begründen!
--	--	---	-----------------------

d) Rechtsprechung

- Im Hinblick darauf, dass der Blutdruck in weiten Grenzen schwankt, kann Hypertonie erst dann diagnostiziert werden, **wenn wiederholte Messungen pathologische Werte ergeben**. Siehe insb VwGH v. 14.3.2000, ZI 99/11/0254; VwGH 29.9.2005, 2005/11/0120.
- Die einmalige amtsärztliche Feststellung eines erhöhten Blutdrucks bietet für sich allein keine hinreichende Grundlage für eine Befristung der Lenkberechtigung.

	KEIN GRUND FÜR BEFRISTUNG WG. HYPERTONIE	DIAGNOSE HYPERTONIE UND DAMIT GEEIGNETE GRUNDLAGE FÜR BEFRISTUNG
Bei Amtärztlichen Untersuchung höheren Blutdruck gemessen, z.B. 170/80	→ reicht nicht als Nachweis (gewisse Aufregung durchaus plausibel), insbes. wenn ärztlicher Bericht vorliegt, dass Blutdruck in letzter Zeit immer im Normbereich gelegen sei. → von vornherein keine Widerlegung der Beurteilung des FA f. Innere Medizin, der Blutdruck sei gut eingestellt → reicht nicht für 3- bzw 5-jährige Befristung, da kein Nachweis für Verschlechterung des Gesundheitszustandes, insb nicht ohne Untersuchung der Umstände, die zu diesem Messergebnis führten	Es würde einer entsprechenden Untersuchung und Auseinandersetzung mit dem Vorbringen sowie einer abschließenden Beurteilung iSd § 10 Abs 3 FSG-GV bedürfen.
Wenn Blutdruck in weiten Grenzen schwankt		Wenn wiederholte Messungen pathologische Werte ergeben
7 Jahre zurückliegende Bypassoperation bei stabilem Gesundheitszustand (der durch internistische Befunde nachgewiesen wurde)	→ Befristung nicht rechtens (UVS Burgenland 9.11.2004, F02/06/04002)	

3.5.4 Koronare Herzkrankheit (Herzinfarkt)

§ 10 Abs. 4 FSG-GV:

„Personen, bei denen es im Ruhe- oder Erregungszustand zu Angina-pectoris-Anfällen kommt, darf eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 weder erteilt noch belassen werden; für die Gruppe 1 kann eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden. Personen, die einen Herzinfarkt erlitten haben, darf eine Lenkberechtigung nur vorbehaltlich einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden.“

KRANKHEIT	MINDEST-BEFUNDE	GRUPPE 1		GRUPPE 2	
			GEEIGNET, WENN	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN
Herzinfarkt Akutes Koronarsyndrom	Internistische Untersuchung einschließlich EKG (12 Ableitungen), 24-Stunden EKG, Echokardiographie (in ein- oder zweidimensionalen Untersuchungsverfahren), Ergometrie, Carotissonographie und kardiovaskuläre Risikofaktoren		<p>BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME und: bei komplikationslosem Infarkt ohne Herzinsuffizienz und Rhythmusstörungen nach 2 Wochen, sonst wenn Situation stabilisiert ist</p> <p>Es dürfen keine zu Synkopen prädestinierenden Herzrhythmusstörungen vorliegen (siehe Kap. Herzrhythmusstörungen)</p> <p>→ BEFRISTUNG NICHT INDIZIERT WENN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gute Linksventrikelfunktion und stabile klinische Situation 2. keine Neigung zu malignen Rhythmusstörungen 3. gute Compliance 4. optimale Therapie der kardiovaskulären Risikofaktoren 5. keine andere die Fahreignung ausschließende Erkrankung 6. regelmäßige Kontrolle beim Internisten/Kardiologen 7. begründete Annahme, dass regelmäßige Kontrollen beim Internisten/Kardiologen wahrgenommen werden <p>→ BEFRISTUNG: bei der Hochrisikogruppe mit schlechter</p>	<p>in der Regel nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Lenken von Kfz gerecht zu werden</p> <p>Ein zweiter Herzinfarkt ist ein permanentes Ausschlusskriterium</p>	<p>BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME und:</p> <p>Genesungszeit von 3 Monaten, wenn sich</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine gefährlichen bzw. prognostisch ungünstigen Herzrhythmusstörungen, - keine Herzinsuffizienz bzw. keine schwerwiegende Einschränkung der Pumpleistung der linken Herzkammer, EF > 40% - kein ausgeprägtes Herzwandaneurysma, wobei nicht bereits jede hämodynamisch wirksame Dyskinesie gemeint ist, und - keine bereits bei leichten körperlichen Belastungen oder in Ruhe auftretende Angina pectoris (entsprechend dem klinischen Schweregrad III oder IV nach der N.Y.H.A.), keine signifikante (> 70%) Carotisstenose nachweisen lassen. <p>→ fachärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNG nach Ablauf von einem Jahr erforderlich (bei Klasse D nach 6 Monaten)</p> <p>→ BEFRISTUNG: Je nach Gefahr von malignen und prognostisch ungünstigen Rhythmusstö-</p>

		Linksventrikelfunktion, bei hohem Rhythmusstörungspotential und schlechter Compliance, schlechte Therapie von kardiovaskulären Risikofaktoren Intervall abhängig von den jeweiligen 3 Faktoren 1-5 Jahre		rungen und nach Compliance 1-3 Jahre
--	--	--	--	--------------------------------------

KRANKHEIT	MINDEST-BEFUNDE	GRUPPE 1		GRUPPE 2	
		NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN
Angina pectoris-Anfälle	Internistische Untersuchung einschließlich EKG (12 Ableitungen), 24-Stunden EKG, Echokardiographie (in ein- oder zweidimensionalen Untersuchungsverfahren), Ergometrie, Carotissonographie und kardiovaskuläre Risikofaktoren	Instabile AP (akutes Koronarsyndrom)	<p>BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHER STELLUNGNAHME und:</p> <p>Stabile Angina pectoris, wenn keine Symptome bei geringer Anstrengung und gute Compliance vorliegt</p> <p>→ BEFRISTUNG NICHT OBLIGATORISCH WENN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gute Linksventrikelfunktion und stabile klinische Situation 2. keine Neigung zu malignen Rhythmusstörungen 3. gute Compliance 4. optimale Therapie der kardiovaskulären Risikofaktoren 5. keine andere die Fahreignung ausschließende Erkrankung 6. begründete Annahme, dass regelmäßige Kontrollen beim Internisten/Kardiologen verlässlich erfolgen. <p>→ BEFRISTUNG: bei der Hochrisikogruppe mit schlechter Linksventrikelfunktion, bei hohem Rhythmusstörungspotential und schlechter Compliance, Intervall abhängig von den jeweiligen 3 Faktoren; 2-5 Jahre</p>	Wenn Angina pectoris im Ruhezustand oder bei Erregungszuständen auftritt (Instabile Angina pectoris, akutes Koronarsyndrom)	<p>BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHER STELLUNGNAHME:</p> <p>Geeignet wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine gefährlichen bzw. prognostisch ungünstigen Herzrhythmusstörungen, - keine Herzinsuffizienz bzw. keine schwerwiegende Einschränkung der Pumpfunktion der linken Herzkammer, EF > 40% - kein ausgeprägtes Herzwandaneurysma, wobei nicht bereits jede hämodynamisch wirksame Dyskinesie gemeint ist, und - keine bereits bei leichten körperlichen Belastungen oder in Ruhe auftretende Angina pectoris (entsprechend dem klinischen Schweregrad III oder IV nach der N.Y.H.A.), keine signifikante (> 70%) Carotisstenose nachweisen lassen. <p>→ AUFLAGE: fachärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNG nach Ablauf von einem Jahr erforderlich (bei Klasse D nach 6 Monaten)</p> <p>→ BEFRISTUNG: Je nach Gefahr von malignen bzw. prognostisch ungünstigen Herz-</p>

					Rhythmusstörungen und Compliance 1-3 Jahre
Angioplastie (PCI +/- Stent)	Internistische Untersuchung einschließlich EKG (12 Ableitungen), 24-Stunden EKG, Echokardiographie (in ein- oder zweidimensionalen Untersuchungsverfahren), Ergometrie, Carotissonographie und kardiovaskuläre Risikofaktoren	instabile klinische Situation	<p>Nach 4 Wochen bzw. nach Stabilisierung der klinischen Symptomatik, wenn nach PCI keine Angina Pectoris bei geringer Belastung und wenn EF > 40%</p> <p>→ KEINE BEFRISTUNG/AUFLAGE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gute Linksventrikelfunktion und stabile klinische Situation 2. keine Neigung zu malignen Rhythmusstörungen 3. gute Compliance 4. optimale Therapie der kardiovaskulären Risikofaktoren 5. keine andere die Fahreignung ausschließende Erkrankung 6. begründete Annahme, dass regelmäßige Kontrollen beim Internisten/Kardiologen verlässlich erfolgen. <p>→ BEFRISTUNG: bei der Hochrisikogruppe mit schlechter Linksventrikelfunktion, bei hohem Rhythmusstörungspotential und schlechter Compliance, Intervall abhängig von den jeweiligen 3 Faktoren 1-5 Jahre</p>	instabile klinische Situation + Neigung zu malignen Arrhythmien mit Beeinträchtigung der cerebrovaskulären Funktion	<p>- BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHER STELLUNGNAHME und:</p> <p>- Nach 4 Wochen bzw. nach Stabilisierung der klinischen Symptomatik, wenn kein Infarkt nach PCI, keine Angina Pectoris bei geringer Belastung, keine signifikanten Arrhythmien, die die Lenkfähigkeit beeinträchtigen können, keine signifikante Carotisstenose und wenn EF > 40%</p> <p>oder</p> <p>- Genesungszeit von 3 Monaten, wenn sich</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine gefährlichen bzw. prognostisch ungünstigen Herzrhythmusstörungen, - keine Herzinsuffizienz bzw. keine schwerwiegende Einschränkung der Pumpleistung der linken Herzkammer, EF > 40% - kein ausgeprägtes Herzwandaneurysma, wobei nicht bereits jede hämodynamisch wirksame Dyskinesie gemeint ist, und - keine bereits bei leichten körperlichen Belastungen oder in Ruhe auftretende Angina pectoris (entsprechend dem klinischen Schweregrad III oder IV nach der N.Y.H.A.), keine signifikante (> 70%) Carotisstenose nachweisen lassen. <p>→ fachärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNG nach Ablauf von einem Jahr erforderlich (bei Klasse D nach 6 Monaten)</p> <p>→ BEFRISTUNG: Je nach Compliance und Gefahr von Rhythmusstörungen 1-3 Jahre</p>

<p>Bypass</p>	<p>Internistische Untersuchung einschließlich EKG (12 Ableitungen), 24-Stunden EKG, Echokardiographie (in ein- oder zweidimensionalen Untersuchungsverfahren), Ergometrie, Carotissonographie und kardiovaskuläre Risikofaktoren</p>	<p>instabile klinische Situation</p>	<p>Nach 4 Wochen bzw. nach Stabilisierung der klinischen Symptomatik, wenn nach dem Bypass keine Angina Pectoris bei geringer Belastung und wenn EF > 40%</p> <p>→ KEINE BEFRISTUNG/AUFLAGE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gute Linksventrikelfunktion und stabile klinische Situation 2. keine Neigung zu malignen Rhythmusstörungen 3. gute Compliance 4. optimale Therapie der kardiovaskulären Risikofaktoren 5. keine andere die Fahreignung ausschließende Erkrankung 6. begründete Annahme, dass regelmäßige Kontrollen beim Internisten/Kardiologen verlässlich erfolgen <p>→ BEFRISTUNG: bei der Hochrisikogruppe mit schlechter Linksventrikelfunktion, bei hohem Rhythmusstörungspotential und schlechter Compliance, Intervall abhängig von den jeweiligen 3 Faktoren 1-5 Jahre</p>	<p>instabile klinische Situation + Neigung zu malignen Arrhythmien mit Beeinträchtigung der cerebrovaskulären Funktion</p>	<p>Befürwortende fachärztlicher Stellungnahme und:</p> <p>Nach 3 Monaten bzw. nach Stabilisierung der klinischen Symptomatik, wenn kein Infarkt nach Bypass, keine Angina Pectoris bei geringer Belastung, keine signifikanten Arrhythmien, die die Lenkfähigkeit beeinträchtigen können, keine signifikante Carotisstenose und wenn EF > 40%</p> <p>→ VERKEHRSMEDIZINISCHES KONTROLLINTERVALL: Je nach Compliance: 1-3 Jahre</p>
----------------------	--	--------------------------------------	--	--	--

✓ Das EKG muss das „Narbenstadium“ (oder wieder einen Normalbefund) oder ein Ruhestadium des Infarktereignisses bei mehreren Kontrollen aufweisen. Elektrokardiographisch und echokardiographisch dürfen keine Hinweise auf eine schwere Aneurysmabildung vorliegen. Auch unter Belastung dürfen keine Erregungsbildungs- und Erregungsausbreitungsstörungen auftreten.
 ✓ Im Übrigen ist die Prognose und damit auch das Eignungsurteil abhängig vom **Gesamtzustand**, der **therapeutischen Beeinflussbarkeit** und der **Kooperationsbereitschaft** des Erkrankten.

3.5.5 Herzleistungsschwäche durch angeborene/erworbene Herzfehler

KRANKHEIT	MINDEST-BEFUNDE	GRUPPE 1		GRUPPE 2	
		NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN
Herzinsuffizienz	- Echokardiographie - Ergometrie - kardiovaskuläre Risikofaktoren 24 Stunden-Langzeit-EKG	NYHA IV-Stadium (Herzleistungsschwäche in Ruhe)	NYHA III-Stadium (Herzleistungsschwäche bei gewöhnlichen Alltagsbelastungen) → AUFLAGE: regelmäßige internistische Kontrolluntersuchungen, örtliche Beschränkungen → BEFRISTUNG erforderlich bei hohem Rhythmusstörungspotential; Befristungsintervall richtet sich nach der Gefahr von Rhythmusstörungen (1-3 Jahre)	NYHA IV-Stadium NYHA III-Stadium	Bei NYHA II-Stadium (Herzleistungsschwäche bei besonderen Belastungen wie Treppensteigen, Laufen, Lastentransport) besteht positive Eignung, wenn die kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit gegeben ist → BEFRISTUNG: 1-2 Jahren, je nach Rhythmusstörungspotential → AUFLAGE: 3-monatige ärztliche Kontrolluntersuchungen beim Internisten/Kardiologen bzw. Rhythmuszentrum
Gesicherter Herzfehler	- Echokardiographie (Gradient) - Ergometrie - 24 Std.-EKG	Schwere Aortenstenose Gesicherter Herzfehler mit Synkopen unter Belastung	Ist geeignet, wenn er auch unter stärkeren körperlichen Belastungen kompensiert bleibt. → AUFLAGE: Internistisch-kardiologische KONTROLLUNTERSUCHUNG im Abstand von 1-3 Jahren und AMTSÄRZTLICHE NACHUNTERSUCHUNG im Abstand von max. 5 Jahren (dh. BEFRISTUNG je nach Schweregrad und Progressionsneigung 1-5 Jahre)	Schwere Aortenstenose Gesicherter Herzfehler mit Synkopen unter Belastung	
Stenose der Arteria Carotis	Carotis Sono (Duplex) und COD > 70% Stenose und asymptomatisch Schä-	nicht geeignet > 70% und Stenose symptomatisch (Fahruntauglichkeit begründet, da OP-Indikation gegeben ist) Status post apoplekti-	BEFÜRWORDENDE STELLUNGNAHME durch einen FA für Innere Medizin - Asymptomatische Carotis Stenose < 70% - Status post TIA und apoplektischer Insult nur geeignet, wenn normale mentale Leistungsfähigkeit, keine verkehrsbeeinträchtigenden	a-symptomatische und symptomatische Carotis Stenose > 60% oder jede symptomatische Carotis Stenose, egal welchen Schweregrades,	→ AUFLAGE: regelmäßige ärztliche Kontrolluntersuchungen beim Internisten/Kardiologen bzw. Rhythmuszentrum durch einen FA für Innere Medizin mit Carotisonographiebefund → BEFRISTUNG: auf 1 Jahr, wenn gute Risi-

	<p>del-CT (Ausschluss von Herden)</p> <p>Status post TIA und apoplektischer Insult, neurologischer Befund und fakultativ verkehrspsychologische Testung der Leistungsfähigkeit</p>	<p>scher Insult mit signifikanter Einschränkung der verkehrsspezifischen Leistungsfähigkeit</p>	<p>Lähmungen vorliegen, fakultativ verkehrspsychologische Testung erforderlich und neurologische Beurteilung/Begutachtung</p> <p>→ KONTROLLUNTERSUCHUNGEN und BEFRISTUNG richten sich nach dem klinischem Zustandsbild und der Verschlechterungswahrscheinlichkeit und Behandlung der Risikofaktoren – Intervall 1-5 Jahre</p> <p>→ BEFRISTUNG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Bei asymptomatischer Carotis Stenose > 60%</u>: Befristung 1 Jahr, wenn sehr gutes Risikofaktorenmanagement und bekannte geringe Wachstumstendenz Befristung 2 Jahre + Auflage regelmäßiger fachärztlicher Kontrolluntersuchungen - <u>Status post TEA und Status post Stent</u>: Befristung 2 Jahre + Auflage regelmäßiger fachärztlicher Kontrolluntersuchungen - <u>Geringgradigere Carotis Stenose (< 50%)</u>: je nach Ausmaß und Risikofaktorenmanagement, längere Befristung bis 5 Jahre + Auflage regelmäßiger fachärztlicher Kontrolluntersuchungen - <u>Bei ganz geringgradiger Carotis Stenose</u>: Risikofaktorenmanagement, Auflage fachärztlicher Kontrolluntersuchungen und keine Befristung 	<p>Status post TIA</p> <p>Status post TEA Status post Stent</p> <p>Status post apoplektischer Insult.</p>	<p>kofaktorenmanagement und eine geringe Wachstumstendenz bekannt ist kann auch eine Befristung auf 2 Jahre erfolgen</p>
<p>Aneurysma der abdominalen Aorta</p>	<p>CT oder MR-Aorta</p> <p>Ergometrie bzw. Echokardiographie</p> <p>Kardiovaskulärer Risiko-</p>	<p>Aneurysma > 6 cm</p>	<p>Aneurysma > 5cm, aber < 6cm: Das Fahren kann fortgesetzt werden, wenn es keine andere disqualifizierende Bedingung gibt und optimale Blutdruckkontrolle und cardiovaskuläre Risikofaktorentherapie</p> <p>→ BEFRISTUNG: 1-5 Jahre, je nach Progressionstendenz und Lage</p>	<p>Durchmesser des Aneurysmas > 5,5 cm</p>	<p>wenn der Durchmesser des Aneurysmas < 5,5 cm, der Blutdruck optimal eingestellt ist und die cardiovaskulären Risikofaktoren optimal behandelt werden.</p> <p>→ BEFRISTUNG: 1-2 Jahre</p> <p>→ AUFLAGE: regelmäßige fachärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNGEN</p>

	kofaktoren 24-Stunden-Langzeit EKG, 24-Stunden-Blutdruck		<p>→ AUFLAGE: REGELMÄßIGE FACHÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN</p> <p>Status post chirurgische Therapie oder Stent: keine Befristung, wenn optimales Ergebnis und optimale Begleittherapie, unter Auflage regelmäßiger fachärztliche Kontrolluntersuchungen</p>		Status post chirurgische Therapie oder Stent: keine Befristung, wenn optimales Ergebnis und optimale Begleittherapie, unter Auflage regelmäßiger fachärztliche Kontrolluntersuchungen
Aneurysma der aufsteigenden/absteigenden thorakalen Aorta	CT, MR-Aorta Ergometrie bzw. Echokardiographie Kardiovaskulärer Risikofaktoren 24-Stunden-Langzeit EKG, 24-Stunden-Blutdruck	Durchmesser > 6 cm und spezielle Form des Aneurysmas	<p>Durchmesser > 5 cm, aber < 6cm:</p> <p>→ BEFRISTUNG 1-5 Jahr, je nach Lokalisationsart und Progressionsneigung des Aneurysmas</p> <p>Das Fahren kann nach einer zufriedenstellenden medizinischen (Blutdruckkontrolle, kardiovaskulärer Risikofaktoren) oder chirurgischen Behandlung fortgesetzt werden</p> <p>Status post chirurgische Therapie oder Stent: keine Befristung, wenn optimales Ergebnis und optimale Begleittherapie, unter Auflage regelmäßiger fachärztliche Kontrolluntersuchungen</p>	Disqualifiziert vom Fahren, wenn der Durchmesser der Aorta > 5,5 cm beträgt.	<p>wenn der Durchmesser des Aneurysmas < 5,5 cm, der Blutdruck optimal eingestellt ist und die kardiovaskulären Risikofaktoren optimal behandelt werden.</p> <p>→ BEFRISTUNG: 1-2 Jahre</p> <p>→ AUFLAGE: regelmäßige fachärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNGEN</p> <p>Status post chirurgische Therapie oder Stent: keine Befristung, wenn optimales Ergebnis und optimale Begleittherapie, unter Auflage regelmäßiger fachärztliche Kontrolluntersuchungen</p>
Herz- oder Herz-Lungen-Transplantation	Ergometrie bzw. Echokardiographie Kardiovaskulärer Risikofaktoren 24-Stunden-Langzeit EKG		<p>→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME, weiters ÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN (in der Transplantationsambulanz und beim Internisten) und BEFRISTUNG/AMTSÄRZTLICHE NACHUNTERSUCHUNGEN nach Maßgabe der Befunde und Erfolg nach max. 5 Jahren</p>	Ist nicht geeignet, wenn die Begleiterkrankungen und Komplikationen die in den jeweiligen Kapiteln festgelegten Grenzen überschreiten	<p>Die LB kann wieder erteilt werden, wenn der Belastungstest erfolgreich absolviert wurde und die linksventrikuläre Funktion gut bleibt (LVEF > 40%).</p> <p>→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME, weiters ÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN (in der Transplantationsambulanz und beim Internisten) und BEFRISTUNG/AMTSÄRZTLICHE NACHUNTERSUCHUNGEN nach Maßgabe der Befunde und Erfolg nach max. 5 Jahren</p>

Anm:

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

3.6 Zuckerkrankheit

a) FSG-GV (Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung)

§ 11 (1) Zuckerkranken darf eine Lenkberechtigung nur nach einer **befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme** erteilt oder belassen werden.

(2) Zuckerkranken, die mit Insulin behandelt werden müssen, darf eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 nur in außergewöhnlichen, durch die Stellungnahme eines zuständigen Facharztes begründeten Fällen und unter der Auflage **ärztlicher Kontrolluntersuchungen** und **amtsärztlicher Nachuntersuchungen** erteilt oder belassen werden.

§ 3

(5) Personen mit einer fortschreitenden Erkrankung kann eine Lenkberechtigung befristet erteilt oder belassen werden unter der Auflage **ärztlicher Kontrolluntersuchungen** und **amtsärztlicher Nachuntersuchungen**. Die Auflage kann aufgehoben werden, sobald sich die Erkrankung oder Behinderung stabilisiert hat.⁷⁵

b) Überblick – Variante I

Erstellt unter der Leitung von: Koller – gemäß Besprechungsergebnis mit Abrahamian, Baldi, Kacerowsky; beschlossen von den anwesenden Mitgliedern der Arbeitsgruppe in der Sitzung am 26.6.06.

Aus verkehrsmedizinischer Sicht liegt die Gefährlichkeit einer Verkehrsteilnahme in erster Linie bei der **Unterzuckerungsgefahr**. Bei hohem Risiko ist ein Ausschluss von Gruppe 2 zielführend. Dies tritt bei einer Einteilung nach dem Hypoglykämierisiko klar zu Tage; (bei einer Einteilung nach den beiden Hauptdiabetesgruppen würde das verwischt.) Diese Variante wurde unter Einbeziehung der EU-Studie „Diabetes and Driving in Europe“ erstellt.

KRANKHEIT	GRUPPE 1			GRUPPE 2		
	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDEST-BEFUNDE	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDEST-BEFUNDE
Diabetes mellitus ohne wesentliche Hypoglykämie-	Wenn schwere Folgeschäden oder Begleiterkrankungen im Sinne der FSG-GV vorliegen	Wenn eine stabile Stoffwechsellage vorliegt, dh keine akuten Hyperglykämien bzw schwere Hypoglykämien in den letzten 6	BEFÜRWORDENDE (INTERNISTISCHE) FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	Wenn schwere Folgeschäden oder Begleiterkrankungen im Sinne der FSG-GV vorliegen	Wenn eine stabile Stoffwechsellage vorliegt, dh keine akuten Hyperglykämien bzw schweren Hypoglykämien in den letzten 6	BEFÜRWORDENDE (INTERNISTISCHE) FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME

⁷⁵ Anmerkung: Da die Zuckerkrankheit eine lebenslange Behandlung benötigt und zu den chronischen Erkrankungen zählt, die mit gravierenden Folgeschäden assoziiert ist, ist § 3 Abs. 5 FSG-GV zu berücksichtigen.

<p>⁷⁶gefahr bspw. bei Behandlung nur mit Diät, mit Insulinsensitizern</p>		<p>Monaten → BEFRISTUNG, wenn eine Verschlechterung * im konkreten Fall wahrscheinlich ist (VwGH: „wenn damit gerechnet werden muss“): bei schlecht eingestelltem Lipidprofil ODER keine optimale Blutdruckeinstellung ODER bei mangelnder Therapiecompliance ODER beim Vorliegen von Folgeschäden → AUFLAGE: ÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN</p>	<p>inkl. kardiovaskulärem Risikoprofil und AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME</p>		<p>Monaten → AUFLAGE: ÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN sowie AMTSÄRZTLICHE NACHUNTERSUCHUNGEN im Abstand von höchstens 5 Jahren und ab 60. Lj im Abstand von höchstens 2 Jahren</p>	<p>inklusive kardiovaskulärem Risikoprofil und AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME</p>
<p>*) Eine Verschlechterung ist jedenfalls dann gegeben, wenn ein schwerwiegendes kardiovaskuläres Ereignis oder Folgeschäden (KHK, Herzinfarkt, Schlaganfall, arterielle Verschlusskrankheit Stadium 3, höhergradige Carotisstenose, Netzhautschäden, schwere nicht proliferative Retinopathie und Makulopathie, Nierenersatztherapie, schwere Neuropathie) vorliegen bzw das Risiko für das Eintreten eines kardiovaskulären Zwischenfalls (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herztod, Schlaganfall, TIA) innerhalb der kommenden fünf Jahre erhöht ist.⁷⁷</p>						
<p>Diabetes mellitus mit therapiebedingter Hypoglykämiegefahr</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wer als Diabetiker zu plötzlich auftretenden Hypoglykämien neigt. - Wer unter einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung leidet - Wenn schwere Folgeschäden oder Begleiterkrankungen im Sinne der FSG-GV vorliegen 	<p>eine stabile Stoffwechsellage vorliegt, dh keine akuten Hypoglykämien bzw schweren Hypoglykämien in den letzten 6 Monaten sowie gute Hypoglykämiewahrnehmung → BEFRISTUNG, wenn eine Verschlechterung wahrscheinlich ist (s.o.) bei schlecht eingestelltem Li-</p>	<p>BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME inklusive kardiovaskulärem Risikoprofil und AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Grundsätzlich im Hinblick auf die höhere Lenkverantwortung nicht geeignet - <u>Jedenfalls ausgeschlossen:</u> Berufskraftfahrer, Fernfahrer, Klasse D 		

⁷⁶ = Unterzuckerung.

⁷⁷ „Vorsorgeuntersuchung neu“ der österreichischen Sozialversicherungsanstalt, 2005, S. 23 – Verwendung der Risikotafeln.

	- Zur Fahrgastbeförderung (Taxi)	pidprofil ODER keine optimale Blutdruckeinstellung ODER bei mangelnder Therapiecompliance ODER beim Vorliegen von Folgeschäden → AUFLAGE: ÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN				
Spezialfall: Diabetes Typ I ohne Begleit- oder Folgeerkrankungen mit HbA1c von unter/ gleich 6,5% und guter Hypoglykämiewahrnehmung		Im Normalfall geeignet, da in den nächsten 5 Jahren mit keiner Spätschädenentwicklung zu rechnen ist ⁷⁸ → AUFLAGEN: INTERNISTISCHE UND AUGENÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN	BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME UND AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	Grundsätzlich im Hinblick auf die höhere Lenkverantwortung nicht geeignet <u>Jedenfalls ausgeschlossen:</u> Berufskraftfahrer, Fernfahrer, Klasse D		
Folgeschäden : diabetische Augenerkrankungen	→ Da das Auge das wichtigste Organ zur Informationsaufnahme im Straßenverkehr darstellt, sind Beeinträchtigungen des Sehvermögens wesentlich für die Fahreignung. Diabetes mellitus verursacht diabetische Retinopathie (DRP) und Makulopathie (DMP), diabetische Optikusneuropathie, diabetischen Katarakt sowie Paresen und Plegien der inneren und äußeren Augenmuskeln. Die Inzidenz dieser Spätschäden korreliert mit Diabetesdauer und Qualität der metabolischen Kontrolle. ⁷⁹ Siehe Kapitel Sehvermögen					
Diabetische Nephropathie und Neuropathie	Siehe die entsprechenden Kapitel Nierenerkrankungen und Neurologie					

⁷⁸ Stand der Wissenschaft. Vgl VwGH 24.6.2003, 2003/11/0066.

⁷⁹ Auszug aus den Diabetes-Leitlinien der ÖGD, www.oegd.at.

c) Überblick – Variante II

(Leitung: Mörz – Besprechungsergebnis vom 14.6.2006 mit Abrahamian, Walek, Wöfl, Francesconi)

DIABETES MELLITUS TYP 1					
GRUPPE 1			GRUPPE 2		
NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDEST-BEFUNDE	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDEST-BEFUNDE
<p>Bei Neueinstellung oder Umstellung wenn Hypoglykämie⁸⁰-Gefährdung bis zur Stabilisierung der Stoffwechseleinstellung bzw adäquater Schulung</p> <p>Mit Begleitkrankheiten, die die Fahreignung ausschließen</p> <p>Schwere Hypoglykämiewahrnehmungsstörung ohne adäquate stündliche Blutzuckerkontrollen während der Fahrt</p>	<p><u>A) NICHT BEFRISTET:</u> BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • stabile Stoffwechsellage, dh keine akuten Hyperglykämien bzw schweren Hypoglykämien in den letzten 6-12 Monaten, gut eingestelltes Lipidprofil • gut eingestellter Blutdruck – Zielwert erreicht • Verkehrsmedizinische Schulung (Zuckerkontrolle vor Antritt und während der Fahrt, Hypowahrnehmung) • Compliance (Nachweis der Selbstkontrollen, Therapietreue, regelmäßige ärztliche Kontrollen werden eingehalten, Selbstkontrollen, Führen eines Blutzuckertagebuches, regelmäßige Kontrolle von HbA1C, 1x jährliche Kontrolle der Sekundärkomplikationen mit max 1 Jahr altem Befund – Mikroalbumin, Nierenwerte, Lipidwerte, Neuropathiestatus, Augenbefund, 24h Blutdruck bei 	<p>EKG, HbA1c (nicht älter als 6 Monate), Blutzuckertagebuch; Blutdruck (Mehrfachmessungen), 24 h Blutdruck, wenn mehr als zwei Antihypertensiva; Serum-Kreatinin, Serum- Lipide, Mikroalbumin bzw Protein im Harn, Kompletter Augenbefund, bei St.p Laser Gesichtsfeld, Neuropathie-</p>	<p>Grundsätzlich im Hinblick auf die höhere Lenkverantwortung nicht geeignet</p> <p>Zusätzlich 100%-ige Nichteignung ohne Ausnahmen besteht bei</p> <p>Bei Neueinstellung oder Umstellung bei Hypoglykämiegefährdung bis zur Stabilisierung der Stoffwechseleinstellung bzw adäquater Schulung</p> <p>Mit Begleitkrankheiten die die Fahreignung ausschließen;</p> <p>Hypoglykämiewahrnehmungsstörung</p> <p>Schwere Hypoglykämien</p> <p>Busfahrer (Gruppe D)</p>	<p><u>BEFRISTUNG UND AUFLAGE REGELMÄßIGER FACHÄRZTLICHER KONTROLLUNTERSUCHUNGEN:</u></p> <p>In außergewöhnlichem, durch Stellungnahme eines Internisten begründetem Fall, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stabile Stoffwechsellage, d.h. keine akuten Hyperglykämien bzw. keinen schweren Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten mit nachweislichen Blutzuckertagebuch und mehrfach Blutzuckerkontrollen, gut eingestelltes Lipidprofil • Keine Sekundärschäden (altersunabhängig: keine Carotidplaques, keine pAVK, keine Retinopathie, keine Nephropathie, keine Neuropathie, keine KHK) • keine Hypoglykämiewahrnehmungsstörung • 1-2 stündliche Messungen bei langen Fahrten müssen möglich sein 	<p>EKG, HbA1c (nicht älter als 6 Monate), Blutzuckertagebuch; Blutdruck (Mehrfachmessungen), 24 h Blutdruck, wenn mehr als zwei Antihypertensiva; Serum-Kreatinin, Serum- Lipide, Mikroalbumin bzw Protein im Harn, Kompletter Augenbefund,</p>

⁸⁰ = Unterzuckerung.

	<p>mehr als zwei Antihypertensiva, ab 40 LJ: Carotissonographie, peripherer Dopplerbefund, Echokardiographie, Ergometrie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Sekundärkomplikationen, keine Carotisplaques, keine pAVK, keine Retinopathie, keine Nephropathie, keine Neuropathie, keine KHK) • Keine chronische Alkoholkrankheit • Keine signifikanten kognitiven Defizite • Keine Hypoglykämiewahrnehmungsstörung (bei Zucker unter 70 muss Unterzuckerung wahrgenommen werden) • Begründete Annahme, dass regelmäßige fachärztliche Kontrollen verlässlich erfolgen <p>bei gewerblicher Personenbeförderung: AUFLAGE VON ÄRZTLICHEN KONTROLLUNTERSUCHUNGEN in Form einer Befundvorlage alle 5 Jahre</p> <p><u>B) KEINE BEFRISTUNG, ABER AUFLAGE REGELMÄßIGER FACHÄRZTLICHER KONTROLLUNTERSUCHUNGEN</u> in Form einer Befundvorlage im Intervall 2-5 Jahren, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stabile Stoffwechsellage, dh keine akuten Hyperglykämien bzw. schweren Hypoglykämien in den letzten 6-12 Monate, gut eingestelltes Lipidprofil; • Verkehrsmedizinische Schulung (Zuckerkontrolle vor Antritt, während der Fahrt, Hypowahrnehmung) • Compliance (Nachweis der Selbstkontrol- 	<p>status, ab 40 LJ: Karotissonographie, peripherer Dopplerbefund, Echokardiographie, Ergometrie; Alle Befunde nicht älter als 1 Jahr!</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Aufzeichnungen müssen vorliegen • Compliance (Nachweis der Selbstkontrollen, Therapie-treue, Nachweis regelmäßiger ärztlicher Kontrolluntersuchungen, Selbstkontrollen, Führen eines Blutzuckertagebuches, regelmäßige Kontrolle der Sekundärkomplikationen mit max 1 Jahr altem Befund – Mikroalbumin, Nierenwerte, Lipidwerte, Neuropathiestatus, Augenbefund, 24h Blutdruck bei mehr als zwei Antihypertensiva; Carotissonographie, peripherer Dopplerbefund, Echokardiographie, Ergometrie;) • gut eingestellter Blutdruck – Zielwert erreicht • Verkehrsmedizinische Schulung (Nachweis eines Besuches eines Schulungskurses) • Hypoglykämiewahrnehmungstraining • Keine chronische Alkoholkrankheit • Keine kognitiven Defizite • Regelmäßige Blutzuckerkontrollen während der Fahrt alle 2-4 Stunden sind möglich <p>BEFRISTUNGSINTERVALL: maximal 1 Jahr.</p>	<p>bei St.p Laser Gesichtsfeld, Neuropathie-status, Carotissonographie, peripherer Dopplerbefund, Echokardiographie, Ergometrie; Alle Befunde nicht älter als 1 Jahr!</p>
--	--	--	--	--	---

	<p>len, Therapie-treue, Nachweis regelmäßiger ärztlicher Kontrolluntersuchungen, Selbstkontrollen, Führen eines Blutzucker-tagebuches, regelmäßige Kontrolle von HbA1c, 1x jährliche Kontrolle der Sekundärkomplikationen mit max 1 Jahr altem Befund – Mikroalbumin, Nierenwerte, Lipidwerte, Neuropathiestatus, Augenbefund, 24h Blutdruck bei mehr als zwei Antihypertensiva, ab 40 LJ: Carotissonographie, peripherer Dopplerbefund, Echokardiographie, Ergometrie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leichte Sekundärkomplikationen, leichte Carotisplaques, Incipiente pAVK, keine signifikante Retinopathie, keine Nephropathie, keine signifikante Neuropathie) • Blutdruck – Zielwert nicht erreicht • Keine chronische Alkoholkrankheit • Keine signifikanten kognitiven Defizite • Keine Hypoglykämiewahrnehmungstörung (bei Zucker unter 70 muss Unterzuckerung wahrgenommen werden) <p>Befundvorlageintervall: je nach Schwere, und Zahl der Begleit- und Folgekrankheiten</p> <p><u>C) BEFRISTET UND AUFLAGE REGELMÄßIGER FACHÄRZTLICHER KONTROLLUNTERSUCHUNGEN:</u></p> <p>(UND/ODER)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht stabile Stoffwechsellage, dh Neigung zu akuten Hyperglykämien bzw schweren Hypoglykämien; • Vorliegen signifikanter Sekundärkompli- 				
--	---	--	--	--	--

	<p>kationen (KHK, Herzinfarkt, Schlaganfall, arterielle Verschlusskrankheit ab Stadium II, Carotisstenose > 50%, Netzhautschäden, schwere Retinopathie und Makulopathie, Niereninsuffizienz Kr>3, Nierenersatztherapie, schwere Neuropathie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Compliance (kein Diabetestagebuch bei Insulintherapie, keine adäquaten fachärztlichen Kontrollen, keine adäquate Kontrollen von Sekundärkomplikationen, schlechte Blutdruck- und Lipidtherapie) • Hypowahrnehmungsstörung (Befürwortung kann nur gegeben werden, wenn Schulung bzw Hypowahrnehmungstraining erfolgt ist) <p>→ AMTSÄRZTLICHES BEFRISTUNGSINTERVALL 1-5 Jahre: je nach Schwere der Sekundärschäden, Compliance, Hypogefahr und Hypowahrnehmungsstörung</p>				
--	--	--	--	--	--

DIABETES MELLITUS TYP 2					
GRUPPE 1			GRUPPE 2		
NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDEST-BEFUNDE	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDEST-BEFUNDE
Bei insulinpflichtigen DM: bei Neueinstellung od Umstellung bei Hypogefährdung bis zur	<p><u>A) NICHT BEFRISTET/AUFLAGE:</u> BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME,</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn stabile Stoffwechsellage, dh keine 	EKG, HbA1c (nicht älter als 6 Monate), Blutzuckertata-	Grundsätzlich bei Insulinbehandelten im Hinblick auf die höhere Lenkverantwortung nicht geeignet	<u>BEFRISTUNG UND AUFLAGE REGELMÄßIGER FACHÄRZTLICHER KONTROLLUNTERSUCHUNGEN:</u> BEFRISTUNG von maximal 1-2 Jahren mit	EKG, HbA1c (nicht älter als 6 Mona-

<p>Stabilisierung der Stoffwechseleinstellung bzw adäquater Schulung</p> <p>Mit Begleitkrankheiten die die Fahreignung ausschließen</p> <p>Bei insulinpflichtigen DM bei schwere Hypoglykämiewahrnehmungsstörung ohne adäquate stündliche Blutzuckerkontrollen während der Fahrt</p>	<p>akuten Hyperglykämien bzw. schweren Hypoglykämien in den letzten 6-12 Monate, gut eingestelltes Lipidprofil;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimale Blutdruckeinstellung – Zielwert erreicht • Verkehrsmedizinische Schulung (Zuckerkontrolle vor Antritt, während der Fahrt, Hypowahrnehmung) • Compliance (Nachweis der Selbstkontrollen, Therapie-treue, Nachweis regelmäßiger ärztlicher Kontrolluntersuchungen, Selbstkontrollen, Führen eines Blutzuckertagebuches, regelmäßige Kontrolle von HbA1c, 1x jährliche Kontrolle der Sekundärkomplikationen mit max 1 Jahr alten Befund – Mikroalbumin, Nierenwerte, Lipidwerte, Neuropathiestatus, Augenbefund, Carotissonographie, peripherer Dopplerbefund, Echokardiographie, Ergometrie; 24h Blutdruck bei mehr als zwei Antihypertensiva; • Keine Sekundärkomplikation (keine koronare Herzkrankheit, keine Carotisstenose, keine pAVK, keine Retinopathie, keine Nephropathie, keine Neuropathie) • Keine chronische Alkoholkrankheit • Keine signifikanten kognitiven Defizite • Keine Hypoglykämiewahrnehmungsstörung (bei Zucker unter 70 muss Unterzuckerung wahrgenommen werden) • Begründete Annahme, dass regelmäßige fachärztliche Kontrollen verlässlich erfolgen 	<p>gebuch;</p> <p>Blutdruck (Mehrfachmessungen), 24 h Blutdruck, wenn mehr als zwei Antihypertensiva; Serum-Kreatinin, Serum- Lipide, Mikroalbumin bzw Protein im Harn, Kompletter Augenbefund bei St.p Laser Gesichtsfeld, Neuropathiestatus,</p> <p>ab 40 LJ: Karotissonographie, peripherer Dopplerbefund, Echokardiographie, Ergometrie;</p> <p>alle Befunde nicht älter als 1 Jahr;</p>	<p>Zusätzlich bei Insulinbehandelten 100%-ige Nichteignung ohne Ausnahmen besteht bei:</p> <p>Bei Neueinstellung oder Umstellung bei Hypogefährdung bis zur Stabilisierung der Stoffwechseleinstellung bzw adäquater Schulung</p> <p>Mit Begleitkrankheiten die die Fahreignung ausschließen;</p> <p>Hypoglykämiewahrnehmungsstörung</p> <p>Schwere Hypoglykämien</p> <p>Busfahrer (Gruppe D) wenn Insulintherapie</p>	<p>BEFÜRWORTENDER FACHÄRZTLICHER STELLUNGNAHME (bei Insulinbehandelten zusätzlich nur in außergewöhnlichen Fällen), wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stabile Stoffwechsellage, dh keine akuten Hyperglykämien bzw. schweren Hypoglykämien in den letzten 6-12 Monate, gut eingestelltes Lipidprofil; • keine Sekundärschäden (altersunabhängig: keine Carotisplaques, keine pAVK, keine Retinopathie, keine Nephropathie, keine Neuropathie, keine KHK) • keine Hypoglykämiewahrnehmungsstörung • 1-2 stündliche Messungen bei langen Fahrten müssen möglich sein • Aufzeichnungen müssen vorliegen • keine akuten Hypoglykämien bzw. keinen schweren Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten mit nachweislichen Blutzuckertagebuch und Mehrfachmessung, gut eingestelltes Lipidprofil • Verkehrsmedizinische Schulung (Zuckerkontrolle vor Antritt, während der Fahrt) • Hypowahrnehmungs-training • Compilance, Nachweis der Selbstkontrolle Therapie: Nachweis regelmäßiger ärztlicher Kontrolluntersuchung, Selbstkontrolle, Führung eines Blutzuckertagebuches, regelmäßige Kontrolle von HbA1c, einmal jährliche Kontrolle der Sekundärkomplikationen mit max. 1 	<p>te), Blutzuckertagebuch;</p> <p>Blutdruck (Mehrfachmessungen), 24 h Blutdruck, wenn mehr als zwei Antihypertensiva; Serum-Kreatinin, Serum- Lipide, Mikroalbumin bzw Protein im Harn, Kompletter Augenbefund bei St.p Laser Gesichtsfeld, Neuropathiestatus,</p> <p>Carotissonographie, peripherer Dopplerbefund, Echokardiographie, Ergometrie;</p> <p>Alle Befunde nicht älter als 1</p>
--	--	---	---	--	--

	<p>Gewerbliche Personenbeförderung (nur nicht insulinbehandelter Diabetes mellitus: AUFLAGE von <u>ÄRZTLICHEN KONTROLLUNTERSUCHUNGEN</u> in Form einer Befundvorlage alle 5 Jahre</p> <p><u>B) KEINE BEFRISTUNG, ABER AUFLAGE REGELMÄßIGER FACHÄRZTLICHER KONTROLLUNTERSUCHUNGEN</u> in Form einer Befundvorlage im Intervall 2-5 Jahren, wenn:</p> <p>BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • stabile Stoffwechsellage, dh keine akuten Hyperglykämien bzw. schweren Hypoglykämien in den letzten 6-12 Monate, gut eingestelltes Lipidprofil; • Blutdruck - Zielwert nicht erreicht • Verkehrsmedizinische Schulung (Zuckerkontrolle vor Antritt, während der Fahrt, Hypowahrnehmung) • Compliance (Nachweis der Selbstkontrollen, Therapie-treue, Nachweis regelmäßiger ärztlicher Kontrolluntersuchungen, Selbstkontrollen, Führen eines Blutzuckertagebuches, regelmäßige Kontrolle von HbA1c, 1x jährliche Kontrolle der Sekundärkomplikationen mit max 1 Jahr altem Befund – Mikroalbumin, Nierenwerte, Lipidwerte, Neuropathiestatus, Augenbefund, 24h Blutdruck bei mehr als zwei Antihypertensiva ab 40 LJ: Karotissonographie, peripherer Dopplerbefund, Echokardiographie, Ergometrie₂) • Leichte Sekundärkomplikationen, leichte 			<p>Jahr alten Befund (Mikroalbumin, Nierenwerte, Lipidwerte, Neuropathiestatus, Augenbefund, Carotissonographie, peripherer Dopplerbefund, Echokardiographie, Ergometrie, 24h Blutdruck wenn mehr als 2 Antihypertensiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine chronische Alkoholkrankheit • Keine signifikanten kognitiven Defizite • Regelmäßige Blutzuckerkontrollen während der Fahrt alle 2-4 Stunden sind möglich 	<p>Jahr;</p>
--	--	--	--	--	---------------------

	<p>Carotisplaques, inzipiente pAVK, keine signifikante Retinopathie, keine Nephropathie, keine signifikante Neuropathie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine chronische Alkoholkrankheit • Keine signifikanten kognitiven Defizite • Keine Hypoglykämiewahrnehmungsstörung (bei Zucker unter 70 muss Unterzuckerung wahrgenommen werden) <p>Befundvorlageintervall: je nach Schwere, und Zahl der Begleit- und Folgekrankheiten, bei gewerblicher Personenbeförderung bei nicht insulinbehandelten Diabetes mellitus kürzeres Intervall</p> <p><u>C) BEFRISTET UND AUFLAGE REGELMÄßIGER FACHÄRZTLICHER KONTROLLUNTERSUCHUNGEN: (UND/ODER)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht stabile Stoffwechsellage, dh Neigung zu akuten Hyperglykämien bzw schweren Hypoglykämien; • Vorliegen signifikanter Sekundärkomplikationen (KHK, Herzinfarkt, Schlaganfall, arterielle Verschlusskrankheit Stadium 2, Carotisstenose > 50%, Netzhautschäden, schwere Retinopathie und Makulopathie, Niereninsuffizienz Kr>3 Nierenersatztherapie, schwere Neuropathie) • Fehlende Compliance (kein Diabetestagebuch bei Insulintherapie, keine adäquaten fachärztlichen Kontrollen, keine adäquate Kontrollen von Sekundärkomplikationen, • Hypowahrnehmungsstörung (Befürwortung kann nur gegeben werden, wenn Schu- 				
--	--	--	--	--	--

	<p>lung bzw Hypowahrnehmungstraining erfolgt ist)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Befristungsintervall: 1-5 Jahre je nach Schwere der Sekundärschäden, Compliance, Hypogefahr und Hypowahrnehmungsstörung <p>Bei gewerblicher Personenbeförderung bei nicht insulinbehandelten Diabetes mellitus kürzeres Intervall</p>				
--	--	--	--	--	--

- ✓ **Taxi-Lizenz (gewerbliche Personenbeförderung):** insulinbehandelter Diabetes mellitus (Typ 1 und 2) ohne Ausnahme ungeeignet
- ✓ **Einsatzfahrzeuge:** insulinbehandelter Diabetes mellitus (Typ 1 und 2) ohne Ausnahme ungeeignet

d) In welchem Ausmaß hat die Diabeteseinstellung Einfluss auf die Fahrtauglichkeit?

Prinzipiell liegt die Gefahr vor allem im Hypo, somit bei Patienten, die mit Insulin, Sulfonylharnstoff oder Gliniden behandelt werden. Bei Metformin, Glitazonen, Alpha-Glukosidasehemmern und natürlich bei Lifestyle-Therapie sollte dies keine Rolle spielen. Allerdings bedeutet auch eine extrem schlechte Einstellung mit Werten von deutlich über 200 mg/dl ein erhöhtes Risiko durch vermehrte Müdigkeit und Gefahr des hyperglykämischen Komas (Ketoazidose oder sehr selten Hyperosmolarität)

e) Hinweise zur Hypoglykämiegefährdung

- Auszug aus der deutschen Begutachtungsleitlinie (S. 59):

Die Hypoglykämie kann in der Regel rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Der Betroffene erkennt sie an Warnzeichen wie Schweißausbruch, Zittern, Blässe, Sehstörungen, Heißhunger und/oder anderen Symptomen. Es gibt aber auch Diabetiker, bei denen sich die Bewusstseinsveränderungen oder Verhaltensstörungen so plötzlich oder ohne typische Warnzeichen einstellen, dass der Betroffene keine Gegenmaßnahmen ergreifen kann. Diese Diabetiker sind nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen gerecht zu werden, es sei denn, dass sie durch geeignete Maßnahmen, wie zB Therapieänderungen, Wahrnehmustraining, Blutzuckerselbstkontrollen vor und während jeder Fahrt, derartige Hypoglykämien zuverlässig verhindern können.

- Auszug aus dem EU-Report „Diabetes and Driving in Europe“:

Hypoglycaemia is a frequent event in diabetes, especially in insulin treated patients. Some of these hypo's are recognised in an early stage and can be easily treated by eating some food with carbohydrates. Proper patient education, the availability of a blood glucose meter and carbohydrates are essential in this regard.

A subgroup of patients lose their ability to recognise the early signs of hypoglycaemia: this is called "hypoglycaemia unawareness". Their risk for severe hypoglycaemia is at least 10 times higher than that of diabetics without this hypoglycaemic unawareness. This makes these persons unfit to drive. Frequent severe hypoglycaemia or self blood glucose monitoring showing frequent low values (more than 15% below 70mg/dl or 3.5 mmol/l) are alarm signals of hypoglycaemia unawareness. Once recognised, this situation can be treated in the majority of patients: avoidance of all hypo's during 2 or 3 weeks (allowing a slightly higher glucose target than usual) gives a return of the awareness, especially in patients with less than 10-20 years duration of diabetes.

f) Hinweise zu Beeinträchtigungen bei Hyperglykämie

- Auszug aus der deutschen Begutachtungsleitlinie (S. 59):

Die hyperglykämische Stoffwechsellentgleisung, die bis zum Präkoma oder Koma diabeticum führen kann, geht mit vermehrter Erschöpfbarkeit, psychischer Verlangsamung und im späten Stadium mit schwerem Krankheitsgefühl und ausgeprägten Symptomen einher. Sie macht den Betroffenen fahrunsicher.

- Auszug aus dem Artikel „Zu hoher Blutzucker kann die Denkleistung beeinträchtigen“, Redaktion: Deutsches Diabetes-Zentrum, Dienstag, 25. Oktober 2005 12:30 Uhr, www.diabetes-deutschland.de:

Hyperglykämie wurde definiert als ein Blutzuckerwert oberhalb von 15 mmol/l (270 mg/dl). Die Auswertung der Daten zeigte, dass im Zustand der Hyperglykämie Leistungsverlechterungen eintraten. Insgesamt waren etwa 55 Prozent der Teilnehmer bei Überzuckerung von mindestens einer kognitiven Einschränkung betroffen. Es zeigte sich eine Verlangsamung bei der Lösung der kognitiv-verbale Aufgabe, und es wurden mehr Fehler bei den Rechenaufgaben gemacht. Die Daten deuten auch darauf hin, dass zwischen Blutzuckerhöhe und eingeschränkter kognitiver Leistungsfähigkeit vermutlich kein linearer Zusammenhang besteht: Vielmehr scheint es hier einen „Schwellenwert“ zu geben, der bei etwa 15 mmol/l (270 mg/dl) liegt. Als mögliche Mechanismen für die eingeschränkte Leistungsfähigkeit unter Hyperglykämie kommen mikrovaskuläre Störungen im Bereich der Blut-

Hirn-Schranke und die veränderte Bildung und Wiederaufnahme von Neurotransmittern in Betracht. Die Mechanismen müssen allerdings in weiteren Studien erforscht werden.

- Auszug aus dem EU-Report „Diabetes and Driving in Europe“ (Juli 2006):

Acute hyperglycaemia: This refers to *high* blood glucose concentration, which most commonly is associated with uncontrolled diabetes. Severe hyperglycaemia may lead to biochemical imbalances that can cause acute life-threatening events such as ketoacidosis or hyperosmolar (nonketotic) coma. Hyperglycaemia may also result in visual impairment, disorientation and decreased mental processing capacity, which may in turn affect driving performance.
(More info: http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/27/suppl_1/s94)

g) Laborparameter (oder andere Untersuchungsergebnisse) zur Evaluierung der Fahrtauglichkeit:

- **HbA1c** als Maß der Stoffwechseleinstellung mit bedingter Aussagekraft über Compliance (Ziel HbA1c <7% ausgenommen Sonderfälle), aber auch über Hypo-Risiko (sehr niedriges HbA1c, aber auch sehr hohes HbA1c prädisponieren für Hypos, einerseits durch scharfe andererseits durch unkontrollierte Einstellung)

- **BZ-Profile** (am besten via Speicher des Messgerätes, da diese nicht beeinflussbar oder manipulierbar)

- Andere **Befunde** beziehen sich auf **Spätfolgen**:

- a. Augen (bes. Augenhintergrundspiegelung, Beurteilung der brechenden Medien, Gesichtsfelduntersuchung, Prüfung des Dämmerungssehens)
- b. Niere (Mikroalbuminurie, Kreatinin)
- c. Nerven (Mikrofilament, Stimmgabel als prim. Untersuchung)
- d. Herzkreislaufbefunde (z.B EKG, Ergometrie, Echokardiographie, Carotissonographie, Blutdruckeinstellung, Blutfette, Raucherstatus, peripherer Dopplerbefund)

h) Inhalt einer fachärztlichen Stellungnahme bei Diabetes

(Text des derzeitigen Zuweisungsformulars in schwarz, Vorschläge für Ergänzungen kursiv gedruckt)

- Identitätsnachweis des Patienten
- Vorgeschichte
- *sämtliche Diagnosen, Begleiterkrankungen, mit konkreten Fragestellungen hinsichtlich Folgeschäden:*
 - *Liegt eine Nephropathie vor?*
 - *Liegt eine Neuropathie vor?*
 - *Ist eine Retinopathie bekannt?*
 - *Ist eine Herzerkrankung bekannt?*
 - *Ist ein zerebrales Ereignis bekannt?*
 - *Ist die periphere Durchblutung gestört?*
- Befunde, die für das Lenken eines Kfz bedeutsam sind: *HbA1c nicht älter als 3 Monate, Blutzuckerprotokoll der letzten 6 Monate bei Hypoglykämie verursachender Medikation*
- Therapie und Compliance (*bspw. Nachweis regelmäßiger ärztlicher Untersuchungen*), *Hypoglykämiewahrnehmung*
- Positive (befürwortende) oder ablehnende Stellungnahme zum Lenken eines Kfz obiger Gruppe
- Aussage über Verlauf und Verschlechterungsneigung der Krankheit aus interner Sicht
- Empfohlene ärztliche Kontrolluntersuchungen – *verkehrsmedizinischen Grund angeben!*

Zu beachten: Die bloße Aussage in einer fachärztlichen Stellungnahme, dass „Kontrolluntersuchungen notwendig sind“, reicht noch nicht für die Annahme, dass derartige Untersuchungen auch im Hinblick auf die Eignung zum Lenken erforderlich sind. Dh, hier muss zwischen **Kontrolluntersuchungen aus medizinischen Aspekten** und Kontrolluntersuchungen aus verkehrsmedizinischer Sicht streng unterschieden werden.

i) Inhalt einer internistischen Kontrolluntersuchung bei Diabetes

- Sämtliche Diagnosen und Folgeschäden
- Status
- HbA1c, Hypoglykämiewahrnehmung
- kommentierte Blutzuckerprotokolleinsicht
- Therapie
- KEIN Kommentar bzgl Befürwortung!

j) Auflagemöglichkeiten

Internistische und augenärztliche Kontrolluntersuchungen in bestimmten Abständen mit bestimmten Inhalten – Code 104

Auflagen, die nicht codierbar sind, können nicht vorgeschrieben werden!

k) Befristungskriterien im Lichte der Rechtsprechung und aus medizinischer Sicht

Nach der Rspr des VwGH rechtfertigt das Vorliegen von Diabetes mellitus für sich allein noch keine Befristung der Lenkberechtigung. Eine solche Maßnahme ist nur dann rechtmäßig, wenn nachgewiesen werden kann, dass nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft damit gerechnet werden muss, dass es im konkreten Fall zu einer die Eignung zum Lenken von Kfz ausschließenden oder einschränkenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommen wird.⁸¹

BEFRISTUNG
ist dann durchaus geboten, wenn eine die Eignung zum Lenken eines Kfz einschränkende Verschlechterung des Gesundheitszustandes geradezu unausweichlich:
<ul style="list-style-type: none"> - schlechte Einstellung, die in einem entsprechend erhöhten HbA1c-Wert (zumindest über 7%) ihren Niederschlag finden müsste - mit Folgekrankheiten muss gerechnet werden - bzw Sekundärschäden sind bereits eingetreten - bzw sonstige gesundheitliche Komplikationen

l) Auszug aus dem EU-Report „Diabetes and Driving in Europe“ (Juli 2006)

General banner for diabetes mellitus

The primary concern for drivers with diabetes mellitus treated with medication is hypoglycaemia. This is generally not a problem with lifestyle and diet-controlled diabetes.

Unrecognised hypoglycaemia is the most relevant driving hazard for drivers with diabetes. Hypoglycaemia is generally not a problem if the diabetes is treated by lifestyle and dietary measures alone. This is also the case when treated with certain oral drugs such as metformin, alfa-glucosidase inhibitors, glitazones, GLP-1 analogues or DPP-IV inhibitors, because these do not provoke severe hypoglycaemia when used as monotherapy or in combinations with other drugs in this category.

Treatment with other oral medication such as sulphonylureas and glinides may provoke hypoglycaemia, similar to that seen with insulin treatment, also in combination with the aforementioned drugs.

⁸¹ VwGH 24.4.2001, 2000/11/0337; VwGH 23.5.2003, 2002/11/0066. Siehe auch *Hiesel*, Die Befristung der Lenkberechtigung, ZVR 2006, 224.

People with hypoglycaemic unawareness are at particular risk of developing sudden unrecognised hypoglycaemia (see higher).⁸²

In assessment of all applicants/drivers, consideration should be given to the presence of any diabetic complications such as retinopathy, neuropathy, nephropathy, foot problems and cardiovascular complications.

A minority of people with diabetes will develop diabetic complications that could interfere with their ability to drive safely. The most frequent example is severe diabetic retinopathy, with diminished visual acuity.

The workgroup (=WG) proposes that the same criteria for assessing these complications should be used as for non-diabetics (eg see the visual criteria).⁸³

Group 1:

Driving licences may be issued to, or renewed for, applicants or drivers who have diabetes mellitus. When treated with medication, they should be subject to authorised medical opinion and regular medical review, appropriate to each case, but at no greater than a 5-year interval.

Diabetes per se is not a bar to the holding of a driving entitlement. A person with diabetes, stabilised and without relevant diabetes complications or recurrent hypoglycaemia events can be considered for Group 1 entitlement (see literature review).

The stability of the diabetes, and development of complications may change with time. Therefore, the WG proposes regular medical licensing review at no greater than 5 year intervals.

The members of the WG on Diabetes and Driving were of the opinion that the final assessment of driving ability should preferentially be done by an independent doctor, not by the treating physician. Of course, both patient and treating physician can give relevant information for this assessment.⁸⁴

Driving licences shall be withdrawn (revoked) from drivers who have recurrent severe hypoglycaemia and/or impaired awareness of hypoglycaemia.

A sporadic severe hypoglycaemic event can never be anticipated or excluded with certainty, but has no significant influence on the overall crash risk of an individual.

However, recurrent severe hypoglycaemia is usually a sign of impaired hypoglycaemic awareness. The literature shows a much higher (9 fold) risk for hypoglycaemic events in this subgroup. These persons should not drive, and should seek medical advice. Often, hypoglycaemia awareness may be regained after appropriate adjustment of treatment.⁸⁵

Understanding of the risk of hypoglycaemia and adequate control of the condition should be demonstrated by the driver with diabetes.

Good diabetes education of the patient on how they should treat and monitor their own condition is of major importance for safe driving. In diabetes, the patient plays a major role in the treatment and the monitoring of the condition. Proper self blood glucose monitoring and optimal diabetes education are of major importance for stable diabetes control.⁸⁶

Group 2:

The words “Only in very exceptional cases” should be omitted in the present sentence about Group 2 licensing in Annex III (Only in very exceptional cases may driving licenses be issued to, or renewed for, applicants or drivers in this group suffering from, etc). Such a statement is too vague and ambiguous.

⁸² Umsetzung in der FS-LL: Die Gliederung des Diabeteskapitels erfolgte nach dem Unterzuckerungsrisiko, da die therapiebedingte Hypoglykämiegefahr verkehrsrelevant ist.

⁸³ Umsetzung in der FS-LL: Eine internistische Stellungnahme hat auf die wichtigsten fährerscheinrelevanten Folgeschäden einzugehen. Dies wurde unter „Inhalt einer internistischen Stellungnahme“ festgehalten und in einem eigens konzipierten Zuweisungsformular an Fachärzte im Falle einer Zuckerkrankheit berücksichtigt. Da Beeinträchtigungen des Sehvermögens für die Teilnahme am Straßenverkehr wesentlich sind, wird in den Leitlinien die Vorlage augenärztlicher Stellungnahmen und Kontrolluntersuchungen empfohlen.

⁸⁴ Umsetzung in der FS-LL: Es wird in dieser EU-Studie eine verkehrsmedizinische Überprüfung alle 5 Jahre für Gruppe 1 empfohlen. Deshalb erfolgte keine Empfehlung einer Nichtbefristung in der Führerscheinleitlinie, da die einzigen autorisierten verkehrsmedizinischen Gutachter in Österreich der Amtsärztliche Dienst bei den Verkehrsbehörden und die Polizeiärztliche Dienst darstellen und eine verkehrsmedizinische Gutachtenserstellung nur im Rahmen einer Befristung möglich ist.

⁸⁵ Diese Empfehlung wird in der FS-LL umgesetzt.

⁸⁶ Umsetzung: In einem von der Arbeitsgruppe an das BMVIT überreichten Katalog wird die Etablierung verkehrsmedizinischer Schulung für zuckerkrankte Lenker empfohlen.

ous (what is exceptional: 1% ? 1/1000?; of people with diabetes; of commercial drivers; of applicants?), but also doesn't guarantee safety. We should define the criteria and process to select people with diabetes with a safe driving profile, instead of stating the frequency that this can be allowed.

The WG proposes the following:

Consideration may be given to the issuing/renewal of Group 2 licences to drivers with diabetes mellitus, taking into account the nature of the treatment and the type and use of the vehicle.

Several aspects would be taken into account when evaluating the current status of the medical condition: eg type of diabetes treatment, stability of the diabetes, frequency of self blood glucose monitoring, hypoglycaemia's in the past, diabetes complications, duration of diabetes, etc. It was noted that in some Member States it is the Occupational Physician that evaluates the patient for eligibility for Group 2 licensing.⁸⁷

Such licences should be issued subject to authorised medical opinion and to regular medical review, undertaken at no greater than a 3-year review.

This regular 3 year review should be mandatory, but this can be more frequent if required by the authorities, the overseeing physician or the patient.

Driving licences shall not be issued to, or will be withdrawn (revoked) from, drivers who have recurrent severe hypoglycaemia and/or impaired awareness of hypoglycaemia.

Recurrent severe hypoglycaemia and/or impaired awareness of hypoglycaemia is not compatible with safe driving.⁸⁸

The applicant/driver must demonstrate understanding of the risk of hypoglycaemia and show adequate control of the condition by blood glucose monitoring at least twice daily and at times relevant to driving. The requirement for glucose monitoring may be modified for a treatment which has a low risk of hypoglycaemia.

For the importance of proper diabetes education: see remarks on group 1.

The WG felt that regular blood glucose monitoring to detect low blood glucose is a prerequisite to safe driving. Studies undertaken in the USA in Group 2 drivers (see literature review) were done in the context of regular self blood glucose monitoring with clear guidelines regarding procedures to be followed in the presence of low blood glucose values. The WG realises the economic consequences for the patient, but stresses that this is one of the most important safety measures to undertake. They recommend the use of memory glucometers (these are readily available), so that the measurements can be assessed by the treating physician and by the authorities if indicated.⁸⁹

A severe hypoglycaemic event during waking hours should result in reassessment of the licensing status.

The WG stated that each severe hypoglycaemic event during waking hours should be reported, even if this happened unrelated to driving. The driver should understand that this will not automatically result in license withdrawal, but the cause and circumstances of the hypoglycaemic event would be evaluated. Appropriate adjustment of the diabetes treatment would have to be undertaken to reduce the risk of recurrence before reassessment of the driving status and possible license reinstatement could be undertaken.⁹⁰

D licences should not be issued to drivers with insulin-treated diabetes mellitus.

Consideration may be given to renewal/issue of licences for drivers with type 2 diabetes, who require treatment with once-daily insulin and oral medications.

The WG felt that there are some situations where risk of developing a severe hypoglycaemic event is unacceptable. One of these situations is bus driving. Such drivers have a specific responsibility for the safety of their passengers. Moreover, in a situation of incipient hypoglycaemia, it is psychologically

⁸⁷ Umsetzung in der FS LL: Die Art der Diabetesbehandlung, die Stabilität der Blutzuckereinstellung, die Blutzuckerselbstmessungen als Teil der Compliance, die Häufigkeit von Unterzuckerungsanfällen, diabetische Folgeschäden, die Dauer der Diabeteserkrankung, usw sind als Inhalte von fachärztlichen Stellungnahmen und Kontrolluntersuchungen angeführt und fließen somit in die verkehrsmedizinische Beurteilung ein.

⁸⁸ Diese Empfehlung wird in der FS-LL umgesetzt.

⁸⁹ Umsetzung: Im Empfehlungskatalog wird die Schaffung eines neuen Codes für das Mitführen eines Blutzuckermessgerätes, von schnell resorbierbaren Kohlehydraten und eines Blutzuckerprotokollbuches angeregt.

⁹⁰ Dies liegt im Verantwortungsbereich der Lenker und der behandelnden Ärzte.

and physically more difficult for the driver to stop, check his BG, eat something (and wait for 20-30 minutes), than for a driver of goods.

Insulin treated drivers should not be issued a D license. An exception could be considered for drivers with type 2 diabetes on oral medication, who require in the evolution of their disease the addition of one insulin injection a day, because most of these persons will have a relatively low risk of hypoglycaemia. Of course, all the prerequisites for group 2 formulated earlier stay in place.

The WG did not discuss the situation of small buses (eg D1) as a consideration separate from full category D.⁹¹

Emergency vehicles

Drivers with insulin treated diabetes mellitus should not drive emergency vehicles.

Another situation where any severe hypoglycaemia is also unacceptable is the driving of emergency vehicles. Each time-delay (eg by hypoglycaemia) can have major influence on the outcome of the victim(s) of the emergency (accident, fire, etc). Furthermore, because of the “stress” involved during the driving of emergency vehicles it may mask the symptoms of hypoglycaemia.

Therefore, the WG stated that drivers with insulin-treated diabetes mellitus should not drive emergency vehicles.⁹²

Taxi licensing

It was noted that different situation/rules exist in the Member States.

Group 2 licensing standards should apply to Taxi licensing.

The WG realised that different situations/rules exist in the Member States concerning taxi licensing: sometimes this is done by the license authorities, sometimes by local authorities. The Group 2 standards should apply.

The same problem exists for licensing requirements for the transportation of people if this is organised and run by the employer: again there are huge differences between Member States.⁹³

m) Literatur

SCHUBERT W, SCHNEIDER W, EISENMENGER W, STEPHAN E. (Hrsg.), Begutachtungs-Leitlinien Kraftfahreignung – Kommentar. Kirschbaum-Verlag, Bonn, 2005, mit weiteren Literaturhinweisen

Swedish National Road Administration, Provisions on the Medical Requirements for Possession of a Driving Licence, SNRA, 1996

IMMORTAL. Effects of diabetes on driving performance. <http://www.immortal.or.at/deliverables.php#R1.6>

KERNBACH-WIGHTON, G., PÜSCHEL, K., Hypoglykämie-Diagnostik bei Kraftfahrern. BUNDESANSTALT FÜR STRAßENWESEN (Hrsg.), Kongressbericht 2001 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit Heft M 133, Bergisch Gladbach, 2001, S. 138-140

SCHÜTTE, E., LUTZ, F.U., Untersuchung zur Fahrtauglichkeit von insulinpflichtigen Diabetikern. BUNDESANSTALT FÜR STRAßENWESEN (Hrsg.): Kongressbericht 2001 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit Heft M 133, Bergisch Gladbach, 2001, S. 135-137

Diabetes-Leitlinien der ÖGD, www.oegd.at

⁹¹ Umsetzung in der FS-LL: Für Diabetiker mit therapiebedingter Unterzuckerungsgefahr wird in der Spalte „Nicht Geeignet“ explizit der Ausschluss von Klasse D angeführt.

⁹² Dies liegt im Verantwortungsbereich der Blaulichtorganisationen.

⁹³ Umsetzung: Im Empfehlungskatalog an das BMVIT wird die Schaffung einer gesetzlichen Basis für die Anwendung der Gesundheitsstandards für Gruppe 2 für die Ausübung des Taxilenkergewerbes empfohlen.

„Zu hoher Blutzucker kann die Denkleistung beeinträchtigen“, Redaktion: Deutsches Diabetes-Zentrum, Dienstag, 25. Oktober 2005 12:30 Uhr, www.diabetes-deutschland.de

Diabetes and Driving in Europe – Final report, unter http://ec.europa.eu/transport/roadsafety/behavior/fitness_to_drive_en.htm

Ärzt Broschüre der Österreichischen Sozialversicherung „Vorsorgeuntersuchung neu“, unter http://www.sozialversicherung.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=110&p_menuid=60692&p_id=3

3.7 Krankheiten des Nervensystems

3.7.1 Warum bzw wann ist bei Vorliegen einer neurologischen Erkrankung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geradezu zu erwarten?

Krankheitsbilder:

- a) Genetisch bedingte, spontane oder primär degenerative Systemerkrankungen des Nervensystems oder der Muskel,
- b) chronisch progrediente entzündliche Entmarkungserkrankung (Multiple Sklerose),
- c) Multiinfarktsyndrome des Gehirns,
- d) primäre und sekundäre Tumore des Gehirns,

zu a) bis d): Diese Krankheitsbilder lassen erfahrungsgemäß schicksalhaft eine Verschlechterung des Leidenszustandes bei gleichzeitiger Zunahme des Behinderungsausmaßes erwarten. Die Lenkeignung ist unter Berücksichtigung des tatsächlichen Verlaufs im speziellen Fall des Inhabers der Lenkerberechtigung zu beurteilen. Es wird dazu auf die bei neurologischen Krankheitsbildern anzuwendenden §§ der FSG-GV in Verbindung mit dem § 3 Absatz 5 FSG-GV verwiesen.

Beispiele: Cerebellare Ataxien, familiäre Kleinhirnatrophie, spinocerebellare Ataxien, spinale Muskelatrophien diverser Typen, Muskeldystrophien diverser Typen, Parkinson, insbesondere atypische Parkinsonsyndrome, Chorea Huntington, vaskuläre und primär degenerative Demenzen, die a priori noch nicht zum Ausschluss der Eignungsvoraussetzungen führen, Hirntumore, epileptische Anfallssyndrome, sofern nicht im Kapitel „Epilepsie“ geregelt.

3.7.2 Störungen der Motorik

a) § 6 FSG-GV (Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung)

(1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend frei von Behinderungen gilt eine Person, bei der keine der folgenden Behinderungen vorliegt:

- 1. grobe Störungen des Raum- und Muskelsinnes, des Tastfühles oder der Koordination der Muskelbewegungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,**
- 2. organische Veränderungen, die eine respiratorische Insuffizienz oder eine Vitalkapazität unter 1,5 Liter Atemluft verursachen,*
- 3. Defekte an Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,*
- 4. hinsichtlich des Lenkens von einspurigen Krafträdern: das Fehlen einer Hand,*
- 5. eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke, Muskulatur und Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen kann,**
- 6. mangelhaftes Sehvermögen oder*
- 7. mangelhaftes Hörvermögen oder Störungen des Gleichgewichtes.*

b) Überblick

KRANKHEIT	GRUPPE 1		GRUPPE 2		
	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE
Neurologische Krankheitsbilder mit spastischen Syndromen, Störung der Willkürmotorik, zB spastische Lähmungen, M. Parkinson und andere extrapyramidal-motorische Störungen (M. Huntigton, Ballismus), Kleinhirnerkrankungen (Ataxie)	Abhängig von der Ausprägung der Symptomatik (Auf jeden Fall muss die neurologische Untersuchung ergeben, dass eine Kompensation unter Berücksichtigung des Kapitels Gliedmaßendefekte möglich ist) → bei fortschreitender Erkrankung: KONTROLLUNTERSUCHUNGEN in angemessenen Zeitabständen (mindestens alle 5 Jahre)	NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME inkl. Neurostatus, ev. BEOBACHTUNGSFAHRT	Bei motorischen Behinderungen in relevantem Umfang	Eine Ausnahme erscheint nur in seltenen Fällen möglich und bedarf der Begründung.	NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME inkl. Neurostatus, BEOBACHTUNGSFAHRT

3.7.3 Störungen des Gleichgewichts

a) § 6 FSG-GV (Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung)

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend frei von Behinderungen gilt eine Person, bei der keine der folgenden Behinderungen vorliegt:
1. grobe Störungen des Raum- und Muskelsinnes, des Tastfühles oder der Koordination der Muskelbewegungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 2. organische Veränderungen, die eine respiratorische Insuffizienz oder eine Vitalkapazität unter 1,5 Liter Atemluft verursachen,
 3. Defekte an Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 4. hinsichtlich des Lenkens von einspurigen Krafrädern: das Fehlen einer Hand,
 5. eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke, Muskulatur und Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen kann,
 6. mangelhaftes Sehvermögen oder
 7. mangelhaftes Hörvermögen oder Störungen des Gleichgewichtes.

b) Überblick

KRANKHEIT	GRUPPE 1			GRUPPE 2		
	NICHT GEEIGNET		MINDESTBEFUNDE	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE
Störungen des Gleichgewichts:⁹⁴ Menier'sche Krankheit, chron. Otitiden mit Labyrinthfistel, vertebro-basiläre Ischämien ua. zentrale vestibuläre Störungen	Bei ständigen oder anfallsweise auftretenden Gleichgewichtsstörungen Bei Orientierungsstörungen über die Körperstellung bzw -lage im Raum mit oder ohne Schwindelsymptome		rotatorische und kalorische Vestibularisprüfung, ⁹⁵ Rombergversuch, Unterberger, Blindgang oder Nystagmusprüfung unter der Frenzelbrille	Bei ständigen oder anfallsweise auftretenden Gleichgewichtsstörungen Bei Orientierungsstörungen über die Körperstellung bzw -lage im Raum mit oder ohne Schwindelsymptome	Geeignet, wenn Kfz der Klasse B vollständig beherrscht werden, Verkehrserfahrung besteht und die Kompensationsleistung über das optische System voll entwickelt ist	rotatorische und kalorische Vestibularisprüfung ⁹⁶ , Rombergversuch, Unterberger, Blindgang oder Nystagmusprüfung unter der Frenzelbrille

3.7.4 Diverse Erkrankungen des Nervensystems

a) § 12 FSG-GV (Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung)

(1) Personen, die an einer schweren Erkrankung des Nervensystems leiden, darf eine Lenkberechtigung nur erteilt oder belassen werden, wenn die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen auch durch eine fachärztliche Stellungnahme bestätigt wird.

(2) Störungen des Nervensystems, die auf Erkrankungen, Verletzungen oder Operationen des zentralen oder peripheren Nervensystems zurückzuführen sind, sich in motorischen, sensiblen, sensorischen, trophischen und/oder neuropsychiatrischen oder neuropsychologischen Symptomen äußern und das Gleichgewicht und die Koordinierung stören, sind im Hinblick auf ihre kraftfahrspezifische Funktionsbeeinträchtigung und Prognose zu beurteilen. Bei Gefahr einer Verschlechterung kann die Lenkberechtigung nur unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen und amtsärztlicher Nachuntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(3) Personen, die unter epileptischen Anfällen oder anderen anfallsartigen Bewusstseinsstörungen oder -trübungen leiden, kann eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 nur unter Einbeziehung einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden. Der Facharzt hat die Epilepsie oder andere Bewusstseinsstörungen, deren klinische Form und Entwicklung, die bisherige Behandlung und die Anfallsfreiheit und das Anfallsrisiko zu beurteilen. Hingegen darf solchen Personen keine Lenkberechtigung der Gruppe 2 erteilt oder belassen werden.

⁹⁴ Die Gefährlichkeit entspricht dabei Erkrankungen mit plötzlich auftretenden Bewusstseinsstörungen.

⁹⁵ Wenn subjektive Erscheinungen oder spontane bzw Provokationssymptome, die auf das Vorliegen solcher Erscheinungen schließen lassen, fehlen. Ein positiver Befund bedeutet zumindest eine Störung des Gleichgewichts unter erschwerten Bedingungen (Fahren einspuriger Kraftfahrzeuge!), was zum Beispiel bei Gleichgewichtsuntersuchungen mit geschlossenen Augen (Romberg, Unterberger, Blindgang) oder Nystagmusprüfungen unter der Frenzelbrille nachgewiesen wird.

⁹⁶ Siehe vorhergehende Fußnote.

b) Überblick

KRANKHEIT	GRUPPE 1			GRUPPE 2		
	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE
<p>Kreislaufabhängige Störungen der Hirntätigkeit: Folgen einer Hirnblutung oder -ischämie, Blutung aus einem Hirngefäßaneurysma o. anderer Gefäßmissbildungen (zB AV-Malformation)</p>	Bei Vorliegen relevanter neurologischer u./o. neuropsychologischer Ausfälle (zB Lähmungen, Aphasien, Gesichtsfeldausfälle)	nach erfolgreicher Therapie eine Kompensation bei verbliebenen neurologischen Ausfälle möglich ist. → Im Falle einer Verschlechterung: ärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNGEN und BEFRISTUNG	NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME unter Beurteilung der kraftfahrtspezifischen Leistungsfähigkeit und der Kompensationsmöglichkeiten; kardiovaskuläres Risikoprofil, ev. BEOBACHTUNGSFAHRT (Siehe Kapitel Herz-Kreislaufkrankungen)	Bei Vorliegen relevanter neurologischer u./o. neuropsychologischer Ausfälle (zB Lähmungen, Gesichtsfeldausfälle) Werkzeugstörungen	Nach erfolgreicher Therapie und nur minimalen Folgen bei vollständiger Kompensationsfähigkeit	NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME unter Beurteilung der kraftfahrtspezifischen Leistungsfähigkeit und der Kompensationsmöglichkeiten (VPU); kardiovaskuläres Risikoprofil; BEOBACHTUNGSFAHRT (Siehe Kapitel Herz-Kreislaufkrankungen)
<p>Transitorisch-ischämische Attacke mit Bewusstseinsstörungen oder relevanten neurologischen Ausfällen</p>		Geeignet, wenn nach entsprechender Diagnostik und Therapie keine wesentliche Rezidivgefahr mehr besteht	NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME, kardiovaskuläres Risikoprofil (Siehe Kapitel Herz-Kreislaufkrankungen)		Geeignet, wenn nach entsprechender Diagnostik und Therapie keine wesentliche Rezidivgefahr mehr besteht	NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME, kardiovaskuläres Risikoprofil (Siehe Kapitel Herz-Kreislaufkrankungen)
<p>Mehrfache TIA's innerhalb einer kurzen Zeitspanne (12 Monate)</p>		Geeignet, wenn 3 Monate frei von weiteren Attacken	NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME (Siehe Kapitel Herz-Kreislaufkrankungen)	Nicht geeignet im Hinblick auf die höhere Lenkverantwortung – jedenfalls nicht geeignet: Klasse D und Personenbeförderung	Geeignet nach erfolgreicher Behandlung der Krankheitsursache, wenn 6 Monate frei von weiteren Attacken	NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME, kardiovaskuläres Risikoprofil (Siehe Kapitel Herz-Kreislaufkrankungen)

- ✓ Wenn **während eines Schlaganfalls bzw einer TIA**, oder in den folgenden 24 Stunden ein **epileptischer Anfall** auftritt, wird dieser wie ein Gelegenheitsanfall behandelt, wenn bisher keine Anfälle oder andere zerebrale Pathologien aufgetreten sind (England).
- ✓ Begründen die Untersuchungen, dass ein Betroffener trotz Störung umschriebener Leistungen (zB Lähmungen) unter besonderen Bedingungen wieder in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug sicher zu lenken, so ist nach den „Sicherheitsmaßnahmen bei körperbehinderten Kraftfahrern“ (siehe Kapitel „Gliedermaßendefekte“) zu verfahren, bei Schäden am optischen System gemäß Kapitel „Sehvermögen“. Nachuntersuchungen bei Annahme, dass ein Betroffener den Anforderungen beim Lenken eines Kfz der Gruppe 1 gerecht werden kann, sind je nach Lage des Falles, in vom Facharzt für Neurologie zu empfehlenden Abständen zur Auflage zu machen.

KRANKHEIT	GRUPPE 1		GRUPPE 2	
	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE
Akute Enzephalitis und Meningitis	<p>geeignet, wenn kein Anfall vorgekommen ist und die klinische Erholung vollständig abgeschlossen ist.</p> <p>Wenn es zu Anfällen während der akut febrigen Krankheitsphase gekommen ist, nach 6 Monaten Fahrpause ab Datum des Anfalls/der Anfälle.</p> <p>Wenn es eine Verbindung mit Anfällen während oder nach der Rekonvaleszenz gibt, sollte die Regelung des Epilepsiekapitels angewandt werden.</p>	<p>NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME inkl. EEG-Befund, ev. HNO-ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME inkl. Hörtestung</p>	<p><u>Wenn kein Anfall</u> vorgekommen ist und es keine Residualsymptome gibt, geeignet, wenn die klinische Erholung vollständig abgeschlossen ist.</p> <p><u>Bei Anfällen:</u> Fahrpause und es ist das Epilepsiekapitel anzuwenden.</p>	<p>NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME inkl. EEG-Befund, Testung der kraftfahrerspezifischen Leistungsfähigkeit, ev. HNO-ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME inkl. Hörtestung</p>
Benigner supratentorieller Tumor (zB Meningeom) Primäre und sekundäre Hirntumore	<p>Wenn als Tumorfolge eine rein motorische oder sensible Restparese besteht, geeignet, wenn ein FA für Neurologie ein positive Begutachtung abgibt.</p> <p>Geeignet, wenn folgende Faktoren als geringgradig eingestuft werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Störung der Motorik, - neuropsychologische Störungen, - organisches Psychosyndrom 	<p>NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME unter Mitbeurteilung der motorischen Ausfälle, der Kompensationsmöglichkeiten, der kraftfahrerspezifischen Leistungsfähigkeit und der Neuropsychologie</p>	<p>Wenn als Tumorfolge eine rein motorische oder sensible Restparese besteht, geeignet, wenn ein Facharzt für Neurologie ein positive Begutachtung abgibt.</p> <p>Im Falle eines Anfalls gilt das Epilepsiekapitel</p>	<p>NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME unter Mitbeurteilung der motorischen Ausfälle, der Kompensationsmöglichkeiten, der kraftfahrerspezifischen Leistungsfähigkeit und der Neuropsychologie</p>

		Im Falle eines Anfalls gilt das Epilepsiekapitel.			
Schweres Schädel-Hirn-Trauma mit Hirnrindenprellung oder traumatischer intracerebraler Blutung oder intrakranieller Blutung (Epi-/Subdural-)	Je nach: - Dauer der posttraumatischen Amnesie - Komplikationen und neurologische Ausfälle - Ausmaß des posttraumatischen Psychosyndroms - motorische Ausfälle	NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME unter Mitbeurteilung der motorischen Ausfälle, der Kompensationsmöglichkeiten, der kraftfahr-spezifischen Leistungsfähigkeit und der Neuropsychologie		Je nach Dauer der posttraumatischen Amnesie - Komplikationen und neurologische Ausfälle - Ausmaß des posttraumatischen Psychosyndroms - motorische Ausfälle Geeignet, wenn keine Beeinträchtigungen der Motorik und der Leistungsfähigkeit bestehen und auch keine psychopathologischen Verhaltensauffälligkeiten aufgetreten sind	NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME unter Mitbeurteilung der motorischen Ausfälle, der Kompensationsmöglichkeiten, der kraftfahr-spezifischen Leistungsfähigkeit und der Neuropsychologie

KRANKHEIT	GRUPPE 1			GRUPPE 2		
	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE
Folgen von Verletzungen bzw Operationen des Rückenmarks (zB Querschnittssyndrom)	Bei mangelnder Kompensationsfähigkeit.	Abhängig von der Ausprägung der Symptomatik Auf jeden Fall muss die neurologische Untersuchung ergeben, dass eine Kompensation möglich ist. Das Kapitel Gliedmaßendefekte ist zu berücksichtigen.	NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME unter Beschreibung der Ausfälle, deren Auswirkungen auf die Kfz-Bedienung, die Kompensationsmöglichkeiten und die nötigen Kfz-Anpassungen, Beobachtungsfahrt	Bei motorischen Behinderungen in relevanten Umfang.	Eine Ausnahme erscheint nur in seltenen Fällen möglich und bedarf der Begründung. (Auf jeden Fall muss die neurologische Untersuchung ergeben, dass eine Kompensation möglich ist.)	NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME unter Beschreibung der Ausfälle, deren Auswirkungen auf die Kfz-Bedienung, die Kompensationsmöglichkeiten und die nötigen Kfz-Anpassungen, BEOBACHTUNGSFAHRT

<p>Multiple Sklerose und andere fortschreitende Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks</p>	<p>Wenn erhebliche Koordinationsstörungen, Muskelschwäche, Schwindel, Gedächtnisstörungen und Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen oder Beeinträchtigungen des Sehvermögens vorliegen.</p>	<p>→ Neurologische KONTROLLUNTERSUCHUNGEN in vom Facharzt zu empfehlenden Abständen → BEFRISTUNG</p>	<p>NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME unter Beschreibung der Ausfälle, deren Auswirkungen auf die Kfz-Bedienung, die Kompensationsmöglichkeiten und die nötigen Kfz-Anpassungen, Beurteilung der kraftfahr-spezifischen Leistungsfähigkeit, BEOBACHTUNGSFAHRT, ev. AUGENÄRZTLICHE STELLUNGNAHME</p>		<p>wenn nur minimale Veränderung vorliegen → Neurologische KONTROLLUNTERSUCHUNGEN in vom Facharzt zu empfehlenden Abständen → BEFRISTUNG</p>	<p>NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME unter Beschreibung der Ausfälle, deren Auswirkungen auf die Kfz-Bedienung, die Kompensationsmöglichkeiten und die nötigen Kfz-Anpassungen, Beurteilung der kraftfahr-spezifischen Leistungsfähigkeit, BEOBACHTUNGSFAHRT</p>
<p>Morbus Parkinson</p>		<p>Nur bei erfolgreicher Therapie oder in leichteren Fällen der Erkrankung → KONTROLLUNTERSUCHUNGEN EN in vom FA für Neurologie zu empfehlenden Abständen → BEFRISTUNG</p>	<p>NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME unter Mitbeurteilung der motorischen Ausfälle, der Kompensationsmöglichkeiten, der kraftfahr-spezifischen Leistungsfähigkeit und der Neuropsychologie</p>	<p>Nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen gerecht zu werden</p>	<p>Geeignet, wenn die Leistungs- und Belastungsfähigkeit voll erhalten ist und keine relevanten Störungen der Willkürmotorik bestehen. → KONTROLLUNTERSUCHUNGEN in vom FA für Neurologie zu empfehlenden Abständen → BEFRISTUNG</p>	<p>NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME unter Mitbeurteilung der motorischen Ausfälle, der Kompensationsmöglichkeiten, der kraftfahr-spezifischen Leistungsfähigkeit und der Neuropsychologie</p>
<p>Chorea, Ballismus und andere Bewegungsstörungen einschließlich zerebraler Syndrome</p>		<p>Nur bei erfolgreicher Therapie oder in leichteren Fällen der Erkrankung → KONTROLLUNTERSUCHUNGEN EN in vom FA für Neurologie zu empfehlenden Abständen → BEFRISTUNG</p>	<p>NEUROLOGISCHE STELLUNGNAHME unter Mitbeurteilung der motorischen Ausfälle, der Kompensationsmöglichkeiten, der kraftfahr-spezifischen Leistungsfähigkeit und der Neuropsychologie</p>	<p>Nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen gerecht zu werden</p>		

<p>Erkrankungen der neuromuskulären Peripherie: Muskelschwund, Fokale oder generalisierte Myotonien Fortgeschrittene Neuropathien inkl. der schweren diabetischen Neuropathie</p>		<p>abhängig vom Ausprägungsgrad der Störung sowie eine erfolgreiche Behandlung vorausgesetzt → KONTROLLUNTERSUCHUNGEN in vom FA für Neurologie zu empfehlenden Abständen, sowie amtsärztliche Nachuntersuchungen in Abständen von max.5 Jahren</p>	<p>Neurologische Untersuchung und ev. Beobachtungsfahrt</p>	<p>Bei Beeinträchtigung der motorischen Funktionen in relevantem Umfang Im Hinblick auf die höhere Lenkverantwortung nicht geeignet</p>		
<p>Nicht-epileptische Anfälle mit akuter Beeinträchtigung des Bewusstseins oder der Motorik⁹⁷ (zB: Kataplexie, Narkolepsie)</p>	<p>Nicht geeignet.</p>	<p>Bei Narkolepsie nur geeignet wenn durch eine entsprechende Therapie keine vermehrte Tagesmüdigkeit oder eine inadäquate Einschlafreaktion über einen Zeitraum von mindestens 1 Jahr besteht. → BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME⁹⁸ erforderlich</p>		<p>Nicht geeignet.</p>	<p>Nicht geeignet.</p>	

✓ Bei **Substanzschäden des Gehirns durch Operation oder Trauma** und ebenso bei **angeborenen oder in der Kindheit erworbenen Hirnschäden** (zB infantile Zerebralparese) erfolgt die Beurteilung unter Berücksichtigung der Störungen der Motorik (Kapitel „Gliedmaßendefekte“) und nach den Begutachtungs-Leitlinien für chronische hirnorganische Psychosyndrome und hirnorganische Wesensänderungen (Kapitel „Demenz“).

⁹⁷ Wie zB narkoleptischen Reaktionen, affektiven Tonusverlusten, kardiovaskulären Synkopen, psychogenen Anfällen uä.

⁹⁸ Mit Beurteilung der klinischen Form und Entwicklung, der bisherigen Behandlung, der Anfallsfreiheit und des Anfallrisikos durch den Facharzt.

3.7.5 Epilepsie und andere Anfallserkrankungen, nichtepileptische Störungen des Bewusstseins

a) § 12 Abs 3 FSG-GV (Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung)

*Personen, die unter epileptischen Anfällen oder anderen anfallsartigen Bewusstseinsstörungen oder -trübungen leiden, kann eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 nur unter Einbeziehung einer **befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme** erteilt oder belassen werden. Der Facharzt hat die Epilepsie oder andere Bewusstseinsstörungen, deren klinische Form und Entwicklung, die bisherige Behandlung und die Anfallsfreiheit und das Anfallsrisiko zu beurteilen. Hingegen darf solchen Personen keine Lenkberechtigung der Gruppe 2 erteilt oder belassen werden.*

b) Kurzfassung:

1. Wer unter wiederkehrenden epileptischen Anfällen leidet, ist von der gesundheitlichen Eignungsvoraussetzung zum sicheren Lenken eines Kfz ausgeschlossen.
2. Erst- oder Wiedenzulassung als Kfz-Lenker bei Anfallsfreiheit (mit oder ohne Antiepileptika) von einem Jahr. Verkürzung der Frist bei partiellen Anfällen, schlafgebundenen Anfällen, etc. möglich.
3. Erstmalig unprovokierte und provozierte Anfälle ziehen eine Fahrkarenz von 3 – 6 Monaten nach sich.
4. Es ist nicht gerechtfertigt, allein aus dem EEG Konsequenzen für die Beurteilung der Fahreignung zu ziehen.
5. Beim völligen Absetzen der Antiepileptika besteht für die Dauer von 3 Monaten Fahruntauglichkeit.

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich nur auf das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1, da nach dem Führerscheingesetz Personen mit epileptischen Anfällen oder anderen anfallsartigen Bewusstseinsstörungen oder -trübungen keine Lenkberechtigung der Gruppe 2 erteilt oder belassen werden darf. zudem sollten Personen, die auf Grund von epileptischen Anfällen oder anderen anfallsartigen Bewusstseinstörungen oder -trübungen eine befristet Lenkberechtigung der Gruppe 1 besitzen, von der gewerbsmäßigen Beförderung anderer Personen (zB Taxi, Schulbus) ausgeschlossen werden.

c) Überblick

KRANKHEIT	GRUPPE 1			GRUPPE 2	
	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDEST-BEFUNDE	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN
Erster Epileptischer Anfall (erster nicht provozierter Anfall)		Wenn kein Hinweis für das Vorliegen einer beginnenden Epilepsie besteht, geeignet nach einer Beobachtungszeit von 6 bis 12 Monaten ⁹⁹			Sofern es sich um einen einmaligen epileptischen Anfall gehandelt hat, ist eine anfallsfreie Zeit von zwei Jahren abzuwarten, wenn es keinen Anhalt für eine beginnende Epilepsie oder eine andere hirnorganische Erkrankung gibt.
erster provozierter epileptischer Anfall (zB durch Schlafentzug, extreme körperliche und psychische Belastung)		geeignet nach einer Beobachtungszeit von 3 – 6 Monaten	BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	6 Monat Fahrpause nach einem Gelegenheitsanfall	Nach Beobachtungszeit von 6 Monaten kann unter Vermeidung von provozierenden Faktoren eine Eignung angenommen werden
erster akut symptomatischer epileptischer Anfall¹⁰⁰		geeignet nach einer Beobachtungszeit von 3 – 6 Monaten	BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	6 Monat Fahrpause nach einem Gelegenheitsanfall	Nach Beobachtungszeit von 6 Monaten kann unter Vermeidung von provozierenden Faktoren eine Eignung angenommen werden
epileptischer Anfall nach Hirnoperationen, Tumore und andere Substanzschäden		geeignet nach einer Beobachtungszeit von 3 – 6 Monaten Siehe auch Kapitel 3.7.4			

⁹⁹ Wenn im ärztlichen Ermessen der Beginn einer Epilepsie nicht ausgeschlossen werden kann, sollte eine Beobachtungsfrist von 12 Monaten ausgesprochen werden.

¹⁰⁰ Akute symptomatische epileptische Anfälle im Rahmen einer akuten Erkrankung, die das Gehirn primär oder sekundär trifft, wie Fieber, Vergiftung, Stoffwechselstörung oder akute Erkrankung des Gehirns.

erster Anfall und Hinweise auf eine beginnende Epilepsie ¹⁰¹		Wie unter bestehender Epilepsie zu beurteilen: geeignet nach einer Beobachtungszeit von 1 Jahr	BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	nicht geeignet	
bestehende Epilepsie ¹⁰²		- geeignet, wenn für 12 Monate Anfallsfreiheit bestanden hat - bei langjähriger, schwer behandelbarer Epilepsie, bei der nunmehr Anfallsfreiheit erzielt worden ist: 18 Monate Anfallsfreiheit erforderlich - Das EEG muss nicht frei sein von epilepsiespezifischen Paroxysmen; aber keine Veränderungen, für beweisend für einen epileptischen Anfall während der Ableitung sind	BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	nicht geeignet	
einfache fokale Anfälle (ohne Bewusstesinstörung, kognitive oder sensorische Beeinträchtigungen)		nach einer Verlaufsbeobachtung von 18 Monaten, sofern kein Übergang in komplexe oder generalisierte Anfälle aufgetreten ist.	BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	nicht geeignet	
Schlafepilepsie		Geeignet nach einer Beobachtungszeit von 1 Jahr	BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	nicht geeignet	
Anfälle mit Prodromen und Auren	nicht geeignet solange nicht abgeklärt hinsichtlich Ursache und Behandelbarkeit und da nicht gewährleistet	Nach Abklärung: Zuordnung und Beurteilung nach dem entsprechenden Kapitel	BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	nicht geeignet	

¹⁰¹ Beginn einer Epilepsie kann nicht ausgeschlossen werden, da

- a) „kleine“ Anfälle in der Anamnese (bisher nicht als epileptische Anfälle erkannt) und/ oder
- b) Spitzen, Spike-Wave-Paroxysmen oder andere auf Epilepsie hinweisende Veränderungen im EEG und/ oder
- c) Hinweise auf beginnende Epilepsie in anderen Zusatzuntersuchungen (zB Bildgebung).

¹⁰² Definition: Mehr als ein nicht-provozierter Anfall im Mindestabstand von 24 Stunden.

	ist, dass auch in Zukunft der Anfall mit einer Aura eingeleitet wird				
Anfallsrezidiv		<ul style="list-style-type: none"> - Bei ursprünglich schwer behandelbarer Epilepsie ist ein erneutes anfallsfreies Intervall von 12 Monaten erforderlich - Bei ursprünglich gutartigem Epilepsieverlauf: Nach einen neuerlichen anfallsfreien Intervall von 6 Monaten geeignet - Bei Behandlungsfehler oder im Rahmen eines Absetzversuchs der antiepileptischen Therapie: erneutes anfallsfreies Intervall von 3 Monaten 	BEFÜRWORTENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	nicht geeignet	
Beendigung einer antiepileptischen Therapie	Für die Dauer der Reduzierung und des Absetzens des letzten Medikamentes sowie die ersten 3 Monate wegen des erhöhten Anfallsrisikos	<ul style="list-style-type: none"> - nach einer anfallsfreien Zeit von 3 Monaten wieder geeignet - 24 Monate nach erfolgreichem Absetzen kann eine unbefristete Erteilung der Lenkberechtigung erfolgen 	BEFÜRWORTENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME ¹⁰³		
Nebenwirkungen von Antiepileptika		<ul style="list-style-type: none"> - Geeignet bei Einnahme in therapeutischen Dosen gemäß der ärztlichen Anordnung und wenn keine verkehrsrelevanten Beeinträchtigungen bestehen. - Falls eine verstärkte zentraldämpfende Wirkung bei Interaktion mit Alkohol zu erwarten ist: KEIN Alkohol: Code 05.08 			

¹⁰³ Mit Beurteilung der klinischen Form und Entwicklung, der bisherigen Behandlung, der Anfallsfreiheit und des Anfallrisikos durch den Facharzt.

Nicht-epileptische Anfälle mit akuter Beeinträchtigung des Bewusstseins oder der Motorik¹⁰⁴ (zB: Kataplexie, Narkolepsie)	Nicht geeignet	Bei Narkolepsie nur geeignet wenn durch eine entsprechende Therapie keine vermehrte Tagesmüdigkeit oder eine inadäquate Einschlafreaktion über einen Zeitraum von mindestens 1 Jahr besteht.	BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME	Nicht geeignet.	Nicht geeignet.
--	----------------	--	---	-----------------	-----------------

d) Inhalt einer neurologischen Stellungnahme im Falle eines Anfallsleidens:

- Identitätsnachweis des Patienten
- Vorgeschichte
- Diagnosen, Beurteilung der klinischen Form und der Entwicklung des Anfallsleidens
- Bisherige Behandlung,
- Dauer der Anfallsfreiheit und das Anfallsrisiko
- ggf. Kommentar zum EEG-Befund
- Miteinbeziehung einer Fremdanamnese
- ev. Angabe des Medikamentenspiegels,
- Nebenwirkungen der antiepileptischen Therapie
- empfohlene Kontrolluntersuchungen

e) Weitere Kontrolluntersuchungen nach Erteilung der Lenkberechtigung:

Bei Anfallspatienten ist die Lenkberechtigung zunächst befristet zu erteilen. Kontrolluntersuchungen sind erforderlich, wobei die Abstände unter Berücksichtigung von krankheitsrelevanten Faktoren festzulegen sind

f) Literatur

Richtlinien der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie zur gesundheitlichen Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen (Führerschein-Richtlinien) bei Personen mit epileptischen Anfällen oder anderen anfallsartigen Bewusstseinsstörungen oder -trübungen (aus: Wiener Klinische Wochenschrift/SpringerVerlag 2000, 112/20: 899-901).

¹⁰⁴ Wie zB narkoleptischen Reaktionen, affektiven Tonusverlusten, kardiovaskulären Synkopen, psychogenen Anfällen uä.

3.8 Psychische Krankheiten und Behinderungen

a) § 13 FSG-GV (Führerscheinggesetz-Gesundheitsverordnung)

Als ausreichend frei von psychischen Krankheiten im Sinne des § 3 Abs. 1 Z 1 gelten Personen, bei denen keine Erscheinungsformen von solchen Krankheiten vorliegen, die eine Beeinträchtigung des Fahrverhaltens erwarten lassen. Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung der Verdacht einer psychischen Erkrankung ergibt, der die psychische Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist eine psychiatrische **fachärztliche Stellungnahme** beizubringen, die die kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit¹⁰⁵ mitbeurteilt.

(2) Personen, bei denen

1. eine angeborene oder infolge von Krankheiten, Verletzungen oder neurochirurgischen Eingriffen erworbene schwere psychische Störung,
2. eine erhebliche geistige Behinderung,
3. ein schwerwiegender pathologischer Alterungsprozeß oder
4. eine schwere persönlichkeitsbedingte Störung des Urteilsvermögens, des Verhaltens und der Anpassung besteht, darf eine Lenkberechtigung nur dann erteilt oder belassen werden, wenn das ärztliche Gutachten auf Grund einer **psychiatrischen fachärztlichen Stellungnahme**, in der die kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit mitbeurteilt wird, die Eignung bestätigt.

b) Übersicht

- ✓ Psychische Krankheiten und Behinderungen im Sinne des § 13 FSG-GV schließen nicht schlechthin die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen aus, sondern nur dann, wenn sie auf das Verhalten der betreffenden Person im Straßenverkehr, somit auf das Fahrverhalten, von Einfluss sein könnten (VwGH 24.08.1999, 99/11/0149).
- ✓ Von Wahndeide gekennzeichnete psychische Störungen können Auswirkungen auf die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen haben (VwGH 28.05.2002, 2001/11/0067).

¹⁰⁵ Kommentar: Die Mitbeurteilung der kraftfahrtspezifischen Leistungsfähigkeit im Rahmen fachärztlicher Stellungnahmen erfordert Präzisierungen und Mindeststandards hinsichtlich der zu überprüfenden Dimensionen, zu verwendenden Verfahren und deren Verkehrsrelevanz, etc. analog zur den Anforderungen bei VPUs.

KRANKHEIT	GRUPPE 1			GRUPPE 2		
	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE
Organisch-bedingte psychische Störung/ organisches Psychosyndrom	Nicht geeignet	Geeignet, wenn <ul style="list-style-type: none"> - die organische Psychose abgeklungen ist und - keine Restsymptome mehr nachweisbar sind bzw keine chron. hirnormales Psychosyndrom mit einem solchen Ausmaß, das die Fahrtauglichkeit beeinträchtigt, vorliegt 	→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME eines Facharztes für Psychiatrie UND TESTUNG DER KRAFTFAHR-SPEZIFISCHEN LEISTUNGSFÄHIGKEIT → ÄRZTL. KONTROLL- UND AMTSÄRZTL. NACHUNTERSUCHUNGEN in vom Gutachter zu empfehlenden Abständen; bei einmaligem schädigenden Ereignis und kurzer Krankheitsdauer kann davon abgesehen werden. → erforderlichenfalls VPU (Leistung und/oder Bereitschaft zur Verkehrsanpassung) ¹⁰⁶	Nicht geeignet	Geeignet, wenn <ul style="list-style-type: none"> - die organische Psychose abgeklungen ist und - keine chron. hirnormales Psychosyndrom mit einem solchen Ausmaß, das die Fahrtauglichkeit beeinträchtigt, vorliegt 	→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME eines Facharztes für Psychiatrie und testung der kraftfahr-spezifischen leistungsfähigkeit → ÄRZTL. KONTROLL- UND AMTSÄRZTL. NACHUNTERSUCHUNGEN in vom Gutachter zu empfehlenden Abständen. und → erforderlichenfalls VPU
Affektive Störungen - sehr schwere Depression mit wahnhaften oder stuporösen Symptomen	Während der akuten Krankheitsphase	Nach der Episode geeignet, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt werden: <ul style="list-style-type: none"> - Compliance mit der Behandlung, - Der Patient hat die Krankheitseinsicht wiedergewonnen, 	→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME eines Facharztes für Psychiatrie → Bei rezidivierendem Verlauf ist die Vorlage von fortlaufenden Behandlungsbestätigungen (mind. im Abstand von 12 Monaten) erforderlich mit AMTS-	Während der akuten Krankheitsphase	Nach der Episode geeignet, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt werden: <ul style="list-style-type: none"> - Compliance mit der Behandlung, - Der Patient hat die Krankheitseinsicht wiedergewonnen, 	→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME eines Facharztes für Psychiatrie UND TESTUNG DER KRAFTFAHR-SPEZIFISCHEN LEISTUNGSFÄHIGKEIT → Bei rezidivierendem Verlauf ist die Vorlage von fortlaufenden

¹⁰⁶ Zur Abklärung, ob ein verkehrssicherheitsrelevantes Ausmaß einer Chronizität der Erkrankung vorliegt. Hier sollte nach Ermessen des FA f. Psychiatrie ggf. auch die Bereitschaft zur Verkehrsanpassung überprüft werden, da auch verkehrsrelevante Persönlichkeitsaspekte betroffen sein können.

- manische Phase(n)		- ist frei von den Nebenwirkungen der Medikation, die das Fahren beeinträchtigen würden	ÄRZTLICHEN NACHUNTERSUCHUNGEN in Abständen von max. 5 Jahren → erforderlichenfalls Testung der kraftfahr-spezifischen Leistungsfähigkeit		- ist frei von den Nebenwirkungen der Medikation, die das Fahren beeinträchtigen würden	den Behandlungsbestätigungen (mind. im Abstand von 6 Monaten) erforderlich mit AMTS-ÄRZTLICHEN NACHUNTERSUCHUNGEN in Abständen von max. 5 Jahren → VPU
<p>✓ Besonderer Hinweis: Bei allen fachärztlichen Stellungnahmen ist ein Identitätsnachweis erforderlich und gehört entsprechend dokumentiert (Ausweisnummer – Anm. e-card ist nicht ausreichend!)</p> <p>✓ Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls in eine Manie sollte basierend auf der individuellen Krankengeschichte als gering eingeschätzt werden.</p>						
Schizophrene Störungen	In akuten Stadien schizophrener Episoden	Geeignet, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: - hält die therapeutischen Vereinbarungen ein, - bleibt frei von Nebenwirkungen der Medikation, welche das Fahren beeinträchtigen würden - Langzeitbehandlung schließt die positive Beurteilung nicht aus, im Gegenteil kann sie die Voraussetzung dafür sein.	→ BEFÜRWORDENDE FACH-ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME eines Facharztes für Psychiatrie Bei rezidivierendem Verlauf ist die Vorlage von fortlaufenden Behandlungsbestätigungen (mind. im Abstand von 12 Monaten) erforderlich mit amtsärztlichen Nachuntersuchungen in Abständen von max. 5 Jahren → Bei mehreren psychotischen Episoden (im Hinblick auf mögliche Wiedererkrankungen) NACHUNTERSUCHUNGEN in vom Facharzt für Psychiatrie zu empfehlenden Abständen → erforderlichenfalls Testung der kraftfahr-spezifischen Leistungsfähigkeit	Nicht geeignet	Geeignet, wenn besonders günstige Umstände vorliegen: - ein gutes Niveau funktio-neller Erholung sollte erreicht sein, - Krankheitseinsicht, - ein Erfüllen des vereinbarten Behandlungsplans, - die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls sollte als gering eingeschätzt werden - keine Defizite, welche die Fahrtüchtigkeit beeinträch-tigen,– wie zB Beeinträch-tigungen der Wachheit, der Konzentration und der Fahr-leistung	→ BEFÜRWORDENDE FACH-ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME eines Facharztes für Psychiatrie und Testung der kraftfahr-spezifischen Leistungsfähigkeit → Bei rezidivierendem Ver-lauf ist die Vorlage von fort-laufenden Behandlungsbestä-tigungen (mind. im Abstand von 6 Monaten) erforderlich mit amtsärztlichen Nachuntersu-chungen in Abständen von max. 5 Jahren → VPU

Demenzen und organische Persönlichkeitsveränderungen	Nicht geeignet	Wenn eine leichte Form eines hirnrorganischen Psychosyndroms bzw einer hirnrorganischen Wesensänderung, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausprägungen und Progressionsgrade vorliegt.	<u>SCREENING BEI VERDACHT:</u> Mini-Mental State Examination (MMSE), Uhrentest → BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME eines Facharztes für Psychiatrie und Testung der kraftfahrtspezifischen Leistungsfähigkeit. → VPU → In Zweifelsfällen BEOBACHTUNGSFAHRT → ÄRZTL. KONTROLL- UND AMTSÄRZTL. NACHUNTERSUCHUNGEN in Abständen von max. 2 Jahren (aufgrund der Progredienz von Demenzerkrankungen)	In der Regel nicht geeignet	In seltenen Ausnahmefällen geeignet, wenn die psychische Leistungsfähigkeit nur geringfügig eingeschränkt ist und/oder bei sehr leichten, für das Lenken von Kfz bedeutungslosen Wesensänderungen,	→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME eines Facharztes für Psychiatrie → und VERKEHRSPSYCHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG → ÄRZTL. KONTROLL- UND AMTSÄRZTL. NACHUNTERSUCHUNGEN in Abständen von 1 Jahr (aufgrund der Progredienz von Demenzerkrankungen und der erhöhten Lenkerverantwortung)
Intellektuelle Leistungseinschränkungen		Geeignet, wenn die kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit und die Bereitschaft zur Verkehrsanpassung gegeben sind	→ VPU und eventuell BEOBACHTUNGSFAHRT, gegebenenfalls neurologische/ psychiatrische Befunde		Geeignet, wenn die kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit und die Bereitschaft zur Verkehrsanpassung gegeben sind	→ VPU und eventuell BEOBACHTUNGSFAHRT, gegebenenfalls neurologische/ psychiatrische Befunde

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

- Verhaltensweisen, die zeigen, dass klar erkennbare Gefahren oder erhebliche persönliche Nachteile, deren Eintreten durchaus wahrscheinlich war, nicht erkannt werden.
- Auffälligkeiten durch extrem desorientiertes Fahrverhalten bzw Nichterkennen oder Fehldeutung einer Verkehrssituation.
- Auffälligkeiten bei der klinischen Untersuchung, die auf eine mindere intellektuelle Leistungsfähigkeit schließen lassen

✓ Der Intelligenzquotient bzw vergleichbare normenbasierte Intelligenzmaße hat keine alleinentscheidende Bedeutung für die Leistungsfähigkeit beim Führen von Kraftfahrzeugen. Andererseits kann ein Eignungsmangel bei einem höheren Intelligenzwert vorliegen, wenn bestimmte Teilbereiche der kraftfahrtspezifischen Leistungsfähigkeit sowie der Bereitschaft zur Verkehrsanpassung, die Auswirkungen auf die sichere Verkehrsteilnahme haben, nicht ausreichend gegeben sind.

c) Literatur

SCHUBERT W., SCHNEIDER W., EISENMENGER W., STEPHAN E. (Hrsg.), Begutachtungs-Leitlinien Kraftfahreignung — Kommentar. Kirschbaum-Verlag, Bonn, 2005, mit weiteren Literaturhinweisen

Swedish National Road Administration, Provisions on the Medical Requirements for Possession of a Driving Licence, SNRA, 1996

BECKER, S., Verkehrsmedizinische Aspekte im Alter. BUNDESANSTALT FÜR STRAßENWESEN (Hrsg.): Mehr Verkehrssicherheit für Senioren. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit Heft M 123, Bergisch Gladbach, S. 55-61 und S. 173-178 Schubert W, Schneider W, Eisenmenger W, Stephan E. (Hrsg.) (2003) Begutachtungs-Leitlinien Kraftfahrereignung — Kommentar. Kirschbaum-Verlag, Bonn, 2000

COHEN, A.S., Leistungsanforderungen und -möglichkeiten der Senioren als Fahrzeuglenker., FLADE, A.; LIMBOURG, M. und SCHLAG, B. (Hrsg.): Mobilität älterer Menschen. Leske + Budrich, Opladen, , 2001, S. 241-258.

GRELLNER, W., ZIMMER, A-K; KÜHN-BECKER, H.; GEORG, T.; WILSKE, J., Verkehrsmedizinische Untersuchungen bei Patienten unter ambulanter Psychopharmakotherapie, BUNDESANSTALT FÜR STRAßENWESEN (Hrsg.): Kongressbericht 2003 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V. 32. Jahrestagung, Magdeburg, 20. bis 23. März 2003. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit Heft M 152, Bergisch Gladbach, 2003

IMMORTAL: Protocol development for assessment of fitness-to-drive amongst categories of elderly driver . <http://www.immortal.or.at/deliverables.php#R1.7>

LUTZ, B., STROHBECK-KÜHNER, P.; ADERJAN, R.; MATTERN, R., Benzodiazepine: Konzentrationen, Wirkprofile und Fahrtüchtigkeit., Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit Heft M 150, Bergisch Gladbach, 2003

MICHAEL KEALL and WILLIAM FRITH DOI Association between Older Driver Characteristics, On-Road Driving Test Performance, and Crash Liability Traffic Injury Prevention 5, 2004, S. 112 – 116

Vaa T, Literature review of impairment and accident risk associated with ageing, illness and disease, 2003: <http://www.immortal.or.at/deliverables.php#R1.1>

3.9 Alkohol-, Sucht- und Arzneimittelabhängigkeit oder –missbrauch

§ 14 FSG-GV:

(1) Personen, die von Alkohol, einem Sucht- oder Arzneimittel abhängig sind oder den Konsum dieser Mittel nicht soweit einschränken können, dass sie beim Lenken eines Kraftfahrzeuges nicht beeinträchtigt sind, darf, soweit nicht Abs. 4 anzuwenden ist, eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden. Personen, bei denen der Verdacht einer Alkohol-, Suchtmittel- oder Arzneimittelabhängigkeit besteht, haben eine **fachärztliche psychiatrische Stellungnahme** beizubringen.

(2) Lenker von Kraftfahrzeugen, bei denen ein Alkoholgehalt des Blutes von 1,6 g/l (1,6 Promille) oder mehr oder der Atemluft von 0,8 mg/l oder mehr festgestellt wurde, haben ihre psychologische Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine **verkehrspsychologische Stellungnahme** nachzuweisen.

(3) Personen, die ohne abhängig zu sein, in einem durch Sucht- oder Arzneimittel beeinträchtigten Zustand ein Kraftfahrzeug gelenkt haben, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden, es sei denn, sie haben ihre Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische und eine fachärztliche Stellungnahme nachgewiesen.

(4) Personen, die aus medizinischen Gründen Sucht- oder Arzneimittel erhalten, die geeignet sind, die Fahrtauglichkeit zu beeinträchtigen, darf nach einer **befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme** eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden.

(5) Personen, die alkohol-, suchtmittel- oder arzneimittelabhängig waren oder damit gehäuftem Missbrauch begangen haben, ist nach einer **befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme und unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen** eine Lenkberechtigung der **Gruppe 1** zu erteilen oder wiederzuerteilen.

Anm:

§ 14 Abs 5 FSG-GV trifft zur gesundheitlichen Eignung ehemals alkoholabhängiger Personen zum Lenken von Kraftfahrzeugen der **Gruppe 2** keine Aussage. Damit kommt der allgemeine Grundsatz des FSG zum Tragen, dass die Eignung dieser Personen vom Arzt – in Ansehung der Besonderheiten von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 – zu beurteilen ist.¹⁰⁷ Nach der europarechtlichen Vorgabe soll es zu einer individuellen Beurteilung unter besonderer Berücksichtigung der mit dem Lenken schwerer Fahrzeuge verbundenen zusätzlichen Risiken und Gefahren kommen. So sieht die Richtlinie 91/439/EWG für Gruppe 2 vor: „14.2. Die zuständige ärztliche Stelle muss die zusätzlichen Risiken und Gefahren gebührend berücksichtigen, die mit dem Führen von Fahrzeugen dieser Gruppe verbunden sind.“ Die Richtlinie sieht demnach keinen absoluten Ausschluss von ehemals alkoholabhängigen Personen vom Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 vor.

¹⁰⁷ So auch VwGH 27.5.1999, 99711/0047: Die Rechtsauffassung, dass trotz positiver ärztlicher Einschätzung eine Eignung zum Lenken anderer Kraftfahrzeuge als solcher der Gruppe 1 nicht angenommen werden kann, steht mit Rechtslage nicht im Einklang.

3.9.1 Warum bzw wann ist hier eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geradezu zu erwarten?

(Verkehrsverhaltensprognose aus verkehrspsychologischer Sicht)

- Behandelte Alkohol- oder Drogenabhängigkeit:

Die psychosozialen Bedingungen sowie die individuellen Persönlichkeitsvoraussetzungen sind entscheidend für das Ausmaß einer möglichen Verschlechterung der Eignungsvoraussetzungen.

Das Ausmaß der Chronifizierung kann auch die kraftfahrerspezifischen Leistungsfunktionen betreffen und in einen sicherheitsrelevanten Bereich gelangen.

Grundsätzlich ist aufgrund einer *hohen Rückfallquote* bei Alkohol- oder Drogenabhängigkeit von einer *Verschlechterung* der psychologischen Eignungsvoraussetzungen hinsichtlich der kraftfahrerspezifischen Leistungsfähigkeit und der Bereitschaft zur Verkehrsanpassung auszugehen.

Somit ist in jedem Fall eine Befristung mit entsprechenden fachärztlichen Kontrollen vorzunehmen, gegebenenfalls aber auch aus verkehrspsychologischer Sicht nach Ablauf einer Befristung eine neuerliche VPU erforderlich.

- Drogen- bzw Alkoholmissbrauch/ schädlicher Gebrauch:

In vielen Fällen ist die Bereitschaft zur Verkehrsanpassung in erster Linie nur aufgrund einer gegenwärtig **günstigen Motivationslage** gegeben, und es ist im Hinblick auf die Befundlage im Persönlichkeitsbereich (zB bei Hinweisen auf soziale Überanpassung/Gruppenabhängigkeit, sucht-/alkoholaffines Umfeld o.ä.) mit einer Abschwächung dieser Motivation (*und daher Verschlechterung*) zu rechnen, sodass auch aus diesem Grund eine Befristung der Lenkberechtigung erforderlich ist.

Im Hinblick auf die einschlägige Fachliteratur ist bei einem Alkoholdelikt von über 1,6 Promille die Annahme eines chronischen Alkoholkonsums mit besondere Gewöhnung und Verlust der kritischen Einschätzung des Verkehrsrisikos anzunehmen. Dies gilt auch bei wiederholten Auffälligkeiten (auch mit geringeren Promillewerten) unter Alkohol im Straßenverkehr innerhalb weniger Jahre, sodass grundsätzlich von einem erhöhten Rückfallrisiko auszugehen ist.

Wenn nun im Einzelfall geklärt wurde, dass die nötigen kraftfahrerspezifischen Leistungsfunktionen ausreichend vorhanden sind und **gegenwärtig** die erforderliche Bereitschaft zur Verkehrsanpassung (durch begonnene Änderung der Trinkgewohnheiten, ev. durch strikte Abstinenz, durch entsprechendes Problembewusstsein, Einstellungs- bzw Verhaltensänderung, usw) vorliegt, muss allerdings im Hinblick auf das Bedingungsgefüge der Alkoholproblematik nach wie vor innerhalb des 1. Jahres von einer erhöhten Rückfallquote ausgegangen werden bis eine ausreichende Stabilität erreicht wird.

Dies begründet sich auch auf die körperlichen Faktoren, die sowohl bei Abhängigkeit als auch bei Missbrauch von Bedeutung sind. Durch eine **erhöhte Alkoholtoleranz** (Trink-/Giftfestigkeit) fehlt diesen Personen über einen längeren Zeitraum die körperliche Sensibilität für ihre akute Alkoholisierung. Dies gilt insbesondere unter dem Einfluss von Restalkohol. Somit ist bis zu einem entsprechenden Eintritt einer Stabilität mit positiver Veränderung („zufriedene Abstinenz“, positive Rückmeldungen durch das soziale Umfeld usw) *noch mit einer Verschlechterung* zu rechnen und somit eine Befristung indiziert.

3.9.2 Verdacht auf Alkoholabhängigkeit/Alkoholmissbrauch (schädlicher Gebrauch von Alkohol)

KRANKHEIT	GRUPPE 1			GRUPPE 2		
	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE
Verdacht auf Alkoholabhängigkeit/Alkoholmissbrauch (schädlicher Gebrauch)¹⁰⁸	bei unbehandelter Alkoholabhängigkeit und bestehendem Alkoholmissbrauch (chronisch überhöhtem Alkoholkonsum mit Toleranzentwicklung)	Geeignet bei Nachweis von Abstinenz¹⁰⁹ von mind. 6 Monaten ; zB durch Laborparameter, Bestätigung f. erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung (stationär oder ambulant) und <ul style="list-style-type: none"> - mit regelmäßigen ärztlichen KONTROLLUNTERSUCHUNGEN - gestaffelte BEFRISTUNGEN^{110, 111} 	→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE PSYCHIATRISCHE STELLUNGNAHME Relevante Labordiagnostik (MCV, GOT, GPT, GGT und CDT) ¹¹²	bei unbehandelter Alkoholabhängigkeit und bestehendem Alkoholmissbrauch (chronisch überhöhtem Alkoholkonsum mit Toleranzentwicklung)	<u>Bei früherem Alkoholmissbrauch:</u> <i>wie bei Gruppe 1:</i> Geeignet bei Nachweis von Abstinenz¹¹³ von mind. 6 Monaten	BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE PSYCHIATRISCHE STELLUNGNAHME unter besonderer Berücksichtigung der mit dem Lenken von Fahrzeugen der Gruppe 2 verbundenen besonderen Risiken und Gefahren Relevante Labordiagnostik (MCV, GOT, GPT, GGT und CDT) ¹¹⁴

¹⁰⁸ Alkoholmissbrauch: hier verstanden im Zusammenhang mit Verletzung von Rechtsnormen (zB Verkehrsverstöße, Aggressionsdelikte, uä).

¹⁰⁹ Definition Abstinenz: bei Alkoholabhängigkeit ist absolute Abstinenz zu fordern; bei schädlichem Gebrauch sollten die spezifischen Laborparameter im Normbereich liegen.

¹¹⁰ Es wäre zweckmäßig, dass das ärztliche Gutachten vor der Anordnung der Nachschulung erbracht wird, da im Fall einer Alkoholabhängigkeit die Nachschulung nicht zielführend ist, umso mehr, als bei nachgewiesener Alkoholabhängigkeit gem Abs 1 die Lenkberechtigung sowieso zu entziehen ist. Stellt es sich also im Entziehungsverfahren heraus, dass es sich um eine Person handelt, die alkoholabhängig ist, sind die weiteren Untersuchungen (oder auch die Nachschulung) nicht mehr zu absolvieren (§ 24 Abs 3a FSG). Die Einholung eines fachärztlichen psychiatrischen Gutachtens in allen Fällen von hohen Alkoholisierungsgraden über 1,6 Promille ist sachlich jedenfalls nicht gerechtfertigt¹¹⁰.

¹¹¹ Empfohlene Befristungslängen: 1-3-5 Jahre mit zwischenzeitlicher Vorlage der Behandlungsbestätigungen/Labor; 3-monatlich im ersten Jahr und bei optimalem Verlauf 6-monatlich in den Folgejahren.

¹¹² Andere Ursachen einer Laborwerterhöhung sind gegebenenfalls auszuschließen

¹¹³ Definition Abstinenz: bei Alkoholabhängigkeit ist absolute Abstinenz zu fordern; bei schädlichem Gebrauch sollten die spezifischen Laborparameter im Normbereich liegen.

¹¹⁴ Andere Ursachen einer Laborwerterhöhung sind gegebenenfalls auszuschließen

			<p><u>bei Alkoholabhängigkeit:</u> Regelmäßige fachärztliche Betreuung bzw Behandlungsnachweis ambulanter (Nach-) Behandlung</p> <p>→ VPU vor Wiedererteilung der LB¹¹⁵</p> <p>→ AMTSÄRZTLICHE NACHUNTERSUCHUNGEN im Abstand von max. 5 Jahren</p>		<p><u>Bei diagnostizierter</u> (durch Anamnese, Krankengeschichte und ggfalls fachärztlicher Stellungnahme) und behandelter <u>Alkoholabhängigkeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Geeignet bei Nachweis von 1-jähriger Abstinenz: zB durch Bestätigung f. erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung (stationär oder ambulant) - Regelmäßige fachärztliche Betreuung bzw Behandlungsnachweis ambulanter (Nach-) Behandlung <p>keine sonstigen eignungsrelevanten Mängel (zB PNP, OPS, Anfallsleiden)</p> <p>Jedenfalls nicht geeignet für Klasse D!</p>	<p>→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE PSYCHIATRISCHE STELLUNGNAHME</p> <p>→ VPU vor Wiedererteilung der LB</p> <p>→ Relevante Labordiagnostik (MCV, GOT, GPT, GGT und CDT)¹¹⁶</p> <p><u>Bei Alkoholabhängigkeit:</u> Regelmäßige fachärztliche Betreuung bzw Behandlungsnachweis ambulanter (Nach-) Behandlung</p> <p>→ AMTSÄRZTLICHE NACHUNTERSUCHUNGEN im Abstand von 1-3-5 Jahren</p>
--	--	--	---	--	---	--

Literatur:

SCHUBERT W, SCHNEIDER W, EISENMENGER W, STEPHAN E. (Hrsg.), Begutachtungs-Leitlinien Kraftfahreignung — Kommentar. Kirschbaum-Verlag, Bonn 2005, mit weiteren Literaturhinweisen

Swedish National Road Administration, Provisions on the Medical Requirements for Possession of a Driving Licence, SNRA, 1996

ADERJAN, R. (Hrsg.); ARNDT, T.; GEHRMANN, L.; IFFLAND, R.; REINHARDT, G.; SALASPURO, M.; SCHMITT, G.; SEITZ, H.K.; SOYKA, M. und WERLE, E. Marker missbräuchlichen Alkoholkonsums. Klinische und rechtliche Bedeutung. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart, 2000

BRAUN E, CHRIST R, Review of impairment and accident risk for alcohol, drugs and medicines, 2002: <http://www.immortal.or.at/deliverables.php#R4.1>

FREY, U., RÖSLER, M., Über den Beitrag medizinischer Untersuchungen bei der Beurteilung alkoholauffälliger Kraftfahrer - Medizinische Marker bei Alkoholabhängigkeit und Alkoholgebrauch., Blutalkohol.40, , 2003, S. 123-129.

¹¹⁵ Erforderlich, um irreversible Folgen des chronisch überhöhten Alkoholkonsums auszuschließen.

¹¹⁶ Andere Ursachen einer Laborwerterhöhung sind gegebenenfalls auszuschließen

GÓMEZ-TALEGÓN, M, ALVAREZ, F, Road traffic accidents among alcohol-dependent patients: The effect of treatment, in: Accident Analysis & Prevention Vol.38 No.1, January 2006, S. 201-207.

GÜTTLER, K., WESTPHAL, S.; DIERKES, J.; DIEKMANN, S.; BOGERTS, B.; LULEY, C., Fettsäureethylester - ein verzögerter Marker des Alkoholabusus, BUNDESANSTALT FÜR STRAßENWESEN (Hrsg.): Kongressbericht 2003 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V. 32. Jahrestagung, Magdeburg, 20. bis 23. März 2003. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit Heft M 152, Bergisch Gladbach, 2003

H. M. SIMPSON, D. J. BEIRNESS, R. D. ROBERTSON, D. R. MAYHEW, J. H. HEDLUND, Hard Core Drinking Drivers. Traffic Injury Prevention 5, 2004, S. 261 - 269

HELANDER, A., JONES, A.W., Application of Alcohol Markers in Traffic Medicine, SWEDISH NATIONAL ROAD ADMINISTRATION: 15th Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Proceedings of T2000, Stockholm, Swedish National Road Administration, Borlänge 2000, S. 1042-1047

HOFFMANN-BORN, H., Beurteilungskriterien in der Fahreignungsdiagnostik aus medizinischer Sicht, BUNDESANSTALT FÜR STRAßENWESEN (Hrsg.): Kongressbericht 2003 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V. 32. Jahrestagung, Magdeburg, 20. bis 23. März 2003. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit Heft M 152, Bergisch Gladbach, 2003

3.9.3 Suchtmittel

„KRANKHEIT“	GRUPPE 1			GRUPPE 2		
	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDESTBEFUNDE
Konsum von Suchtmitteln (iSd Suchtmittelgesetzes), Drogenmischkonsum (Poly-	Bei gehäuften Gebrauch ¹¹⁷ oder Abhängigkeit (verifiziert durch Vorgeschichte, Drogentest und fachärzt-	<u>Bei früherem gehäuften Gebrauch:</u> nachweisliche Drogenfreiheit (durch engmaschige Drogentests verifiziert über 6 Monate)	→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME → VPU vor LB-(Wieder)Erteilung	Bei gehäuften Gebrauch oder Abhängigkeit (verifiziert durch Vorgeschichte, Drogentest und fachärztliche psychiatrische Stellungnahme)	<u>Bei früherem gehäuften Gebrauch:</u> nachweisliche Drogenfreiheit (durch engmaschige Drogentests verifiziert über 1 Jahr)	→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME → VPU vor LB-(Wieder)Erteilung

¹¹⁷ Um von einem gehäuften Missbrauch von Suchtmitteln im Sinne des § 14 Abs 5 FSG-GV sprechen zu können, genügt nicht ein gelegentlicher wiederholter Missbrauch, sondern es muss sich um häufigen Missbrauch innerhalb relativ kurzer Zeit handeln, ohne dass allerdings der Nachweis einer früher bestehenden Suchtmittelabhängigkeit erforderlich ist. (VwGH 18.03.2003, 2002/11/0209).

<p>toxikomanie)</p>	<p>liche psychiatrische Stellungnahme)</p>	<p><u>Bei Abhängigkeit in Abstinenz:</u> Entwöhnungsbehandlung (stationär oder ambulant) und (Nach-) Behandlung sowie Nachweis der anhaltenden Drogenfreiheit über mindestens 6 Monate</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit regelmäßigen ärztlichen KONTROLLUNTERSUCHUNGEN - gestaffelte BEFRISTUNGEN¹¹⁸ 	<p>→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME; mind. monatliche Drogentests im 1. Jahr und bei optimalem Verlauf 6-monatlich in den Folgejahren^{119, 120}</p> <p>Regelmäßige fachärztliche Betreuung bzw Behandlungsnachweis ambulater (Nach-) Behandlung</p> <p>→ VPU vor LB-(Wieder)Erteilung¹²¹</p>		<p><u>Bei Abhängigkeit in Abstinenz:</u> Entwöhnungsbehandlung (stationär oder ambulant) und (Nach-) Behandlung, sowie Nachweis der anhaltenden Drogenfreiheit über 1 Jahr</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit regelmäßigen ärztlichen KONTROLLUNTERSUCHUNGEN - gestaffelte BEFRISTUNGEN^{122, 123} <p>Jedenfalls nicht geeignet für Klasse D!</p>	<p>mind. monatliche Drogentests¹⁰ im 1. Jahr und bei optimalem Verlauf 2 -, 3 - oder 6-monatlich in den Folgejahren</p> <p>Regelmäßige fachärztliche Betreuung bzw Behandlungsnachweis ambulater (Nach-) Behandlung</p> <p>→ VPU vor LB-(Wieder)Erteilung¹²⁴</p>
----------------------------	--	--	--	--	--	--

¹¹⁸ Empfohlene Befristungslängen: 1-3-5 Jahre mit zwischenzeitlicher Vorlage der Behandlungsbestätigungen/Labor; 3-monatlich im ersten Jahr und bei optimalem Verlauf 6-monatlich in den Folgejahren.

¹¹⁹ Sind in zertifizierten Labors durchzuführen (Identitätsprüfung, Probenabnahme unter kontrollierten Bedingungen).

¹²⁰ Sämtliche gängige Drogensubstanzen sind zu testen.

¹²¹ Erforderlich, um irreversible Folgen des chronischen Drogenkonsums auszuschließen.

¹²² Es wäre zweckmäßig, dass das ärztliche Gutachten vor der Anordnung der Nachschulung erbracht wird, da im Fall einer Alkoholabhängigkeit die Nachschulung nicht zielführend ist, umso mehr, als bei nachgewiesener Alkoholabhängigkeit gem Abs 1 die Lenkberechtigung sowieso zu entziehen ist. Stellt es sich also im Entziehungsverfahren heraus, dass es sich um eine Person handelt, die alkoholabhängig ist, sind die weiteren Untersuchungen (oder auch die Nachschulung) nicht mehr zu absolvieren (§ 24 Abs 3a FSG). Die Einholung eines fachärztlichen psychiatrischen Gutachtens in allen Fällen von hohen Alkoholisierungsgraden über 1,6 Promille ist sachlich jedenfalls nicht gerechtfertigt¹²²).

¹²³ Empfohlene Befristungslängen: 1-3-5 Jahre mit zwischenzeitlicher Vorlage der Behandlungsbestätigungen/Labor; 3-monatlich im ersten Jahr und bei optimalem Verlauf 6-monatlich in den Folgejahren.

¹²⁴ Erforderlich, um irreversible Folgen des chronischen Drogenkonsums auszuschließen.

<p>Einnahme von Medikamenten der obgenannten Substanzklassen</p>		<p>Geeignet bei Einnahme gemäß ärztlicher Anordnung und wenn keine verkehrsrelevanten Beeinträchtigungen bestehen.</p> <p>Aufgrund der verstärkten zentraldämpfenden Wirkungen bei Interaktion mit Alkohol:</p> <p>KEIN Alkohol: CODE 05.08</p>	<p>→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME</p>		<p>Geeignet bei Einnahme gemäß ärztlicher Anordnung und wenn keine verkehrsrelevanten Beeinträchtigungen bestehen.</p>	<p>→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME UNTER MITBEURTEILUNG DER KRAFTFAHRSPZIFISCHEN LEISTUNGSFÄHIGKEIT</p>
<p>Substitutionsbehandlung¹²⁵ bei Heroinabhängigkeit</p>	<p>Grundsätzlich nicht geeignet</p>	<p>geeignet im Einzelfall, wenn durch besondere Umstände gerechtfertigt:¹²⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> - abgeschlossene Einstellung auf das Substitutionspräparat (frei von Nebenwirkungen) - Compliance mit der Behandlung - eine psychosozial stabile Integration, 	<p>→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME</p> <p>→ Regelmäßige fachärztliche Betreuung bzw Behandlungsnachweis</p> <p>→ VPU¹²⁷ vor LB-(Wieder)Erteilung</p>	<p>Nicht geeignet</p>	<p>geeignet unter besonderen Umständen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfolgreiche Einstellung auf das Substitutionspräparat (frei von Nebenwirkungen) - Compliance mit der Behandlung - eine psychosozial stabile Integration <p>Jedenfalls nicht geeignet für Klasse D!</p>	<p>→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME UND VPU</p> <p>→ Regelmäßige fachärztliche Betreuung bzw Behandlungsnachweis</p>

¹²⁵ Nach einer Studie des KfV ist eine längere absolute Substitutionsdauer kein Kriterium einer erfolgreichen Behandlung.

¹²⁶ Vgl auch VwGH 26.6.1997, 97/11/0035 (ZVR 1998/147).

¹²⁷ Basierend auf den Ergebnissen der Substitutionsstudie des KfV (Bukasa/Fischer/Opgenoorth/Peternell-Mölzer/Ponocny-Seliger/Wenninger, Fahreignung opiatabhängiger Personen in Substitutionstherapie, Forschungsarbeiten aus dem Verkehrswesen, Bd. 139 (2005).

		<ul style="list-style-type: none"> - objektivierter fehlender Beikonsum anderer psychoaktiver Substanzen (inkl. Alkohol) seit der Substitutionsbehandlung 	Nachweis über Freisein von Beikonsum im vorangegangenen Substitutionsjahr durch Vorlage der gesammelten Drogentests		<ul style="list-style-type: none"> - Freiheit von Beigebrauch anderer psychoaktiver Substanzen (inkl. Alkohol) seit mind. 3 Jahren 	Nachweis über Freisein von Beikonsum während der Substitution durch Vorlage der gesammelten Drogentests
		<ul style="list-style-type: none"> - Nachweis für Eigenverantwortung und Therapie-Compliance sowie Fehlen einer Störung der Gesamtpersönlichkeit 			<ul style="list-style-type: none"> - Nachweis für Eigenverantwortung und Therapie-compliance sowie Fehlen einer Störung der Gesamtpersönlichkeit 	
		<ul style="list-style-type: none"> - Gestaffelte Befristung: 1-2-3 Jahre <p>Aufgrund der verstärkten zentraldämpfenden Wirkungen bei Interaktion mit Alkohol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KEIN Alkohol: CODE 05.08 	mind. monatliche Vorlage von Harntests		<ul style="list-style-type: none"> - Gestaffelte Befristung: 1-1-1 Jahre 	mind. monatliche Vorlage von Harntests
		<ul style="list-style-type: none"> - Nach Beendigung der Substitution und Drogenfreiheit: gestaffelte BEFRISTUNG 1-3-5 Jahre 	gestaffelte Harntestvorlage: im 1. Jahr monatlich, danach 3-monatlich		Nach Beendigung der Substitution und Drogenfreiheit: gestaffelte Befristung 1-2-3-5 Jahre	gestaffelte Harntestvorlage: im 1. Jahr monatlich, danach 3-monatlich
Andere psychoaktiv wirkende Stoffe (Tranquilizer, bestimmte Psychostimulanzien)	Bei Abhängigkeit oder Missbrauch nicht geeignet	<p><u>Bei Abhängigkeit in Abstinenz oder früherem Missbrauch:</u></p> <p>Wenn eine Entwöhnungsbehandlung (stationär oder ambulant) und Nachbehandlung</p>	<p>→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME</p> <p>→ <u>Bei Abhängigkeit:</u> Regelmäßige fachärztliche Betreuung bzw Behandlung</p>	Bei Abhängigkeit oder regelmäßigem Gebrauch nicht geeignet	<p><u>Bei Abhängigkeit in Abstinenz oder früherem Missbrauch:</u></p> <p>Wenn eine Entwöhnungsbehandlung (stationär oder ambulant) und Nachbehandlung</p>	<p>→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME</p> <p>→ VPU</p> <p><u>Bei Abhängigkeit:</u></p>

¹²⁸ Erforderlich, um irreversible Folgen des chronischen Drogenkonsums auszuschließen.

lantien)		lung absolviert wurden UND unter Nachweis von Substanzfreiheit: - Harntests - Regelmäßige fachärztliche KONTROLLUNTERSUCHUNGEN - Gestaffelte BEFRISTUNGEN, empfohlene Befristungslängen: individuell, maximal 1-3-5 Jahre	lungsnachweis ambulanter (Nach-) Behandlung → VPU vor LB-(Wieder)Erteilung ¹²⁸		absolviert wurden UND unter Nachweis von Substanzfreiheit über 1 Jahr: - Harntests - Regelmäßige fachärztliche Kontrolluntersuchungen Gestaffelte Befristungen empfohlene Befristungslängen: individuell, maximal 1-3-5 Jahre	Regelmäßige fachärztliche Betreuung bzw. Behandlungsnachweis ambulanter (Nach-) Behandlung
Einnahme von Medikamenten dieser Substanzklassen		Geeignet bei Einnahme in therapeutischen Dosen gemäß der ärztlichen Anordnung und wenn keine verkehrsrelevanten Beeinträchtigungen bestehen. Aufgrund der verstärkten zentraldämpfenden Wirkungen bei Interaktion mit Alkohol: KEIN Alkohol: CODE 05.08	→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME		Geeignet bei Einnahme in therapeutischen Dosen gemäß der ärztlichen Anordnung und wenn keine verkehrsrelevanten Beeinträchtigungen bestehen.	→ BEFÜRWORDENDE FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME UNTER MITBEURTEILUNG DER KRAFTFAHRSPZIFISCHEN LEISTUNGSFÄHIGKEIT

✓ **Persönlichkeitsveränderungen** können nicht nur als reversible oder irreversible Folgen von Missbrauch und Abhängigkeit zu werten sein, sondern ggf. auch als vorbestehende Störung, insbesondere auch im affektiven Bereich. In die Begutachtung des Einzelfalls 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.

Literatur:

SCHUBERT W, SCHNEIDER W, EISENMENGER W, STEPHAN E. (Hrsg.), Begutachtungs-Leitlinien Kraftfahreignung – Kommentar. Kirschbaum-Verlag, Bonn 2005, mit weiteren Literaturhinweisen

Swedish National Road Administration, Provisions on the Medical Requirements for Possession of a Driving Licence, SNRA, 1996

ADERJAN, R., Beurteilungskriterien der Kraftfahreignung aus toxikologischer Sicht, BUNDESANSTALT FÜR STRAßENWESEN (Hrsg.): Kongressbericht 2003 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V., 32. Jahrestagung, Magdeburg, 20. bis 23. März 2003. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit Heft M 152, Bergisch Gladbach, 2003

ADERJAN, R., 2003, Beurteilungskriterien der Kraftfahreignung aus toxikologischer Sicht, BUNDESANSTALT FÜR STRAßENWESEN (Hrsg.): Kongressbericht 2003 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V., 32. Jahrestagung, Magdeburg, 20. bis 23. März 2003. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit Heft M 152, Bergisch Gladbach

BRAUN E, CHRIST R., Review of impairment and accident risk for alcohol, drugs and medicines, 2002: <http://www.immortal.or.at/deliverables.php#R4.1>

BRAUN E, CHRIST R BUKASA, B., FISCHER, G., OPGENOORTH, E, PETERNELL-MÖLZER, A., PONOCNY-SELIGER, E., WENNINGER, U., Fahreignung opiatabhängiger Personen in Substitutionstherapie. Forschungsarbeiten aus dem Verkehrswesen 139. Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie, Wien, 2005

BUKASA, B.; FISCHER, G.; OPGENOORTH, E.; PETERNELL-MÖLZER, A.; PONOCNY-SELIGER, E.; WENNINGER, U. , Fahreignung opiatabhängiger Personen in Substitutionstherapie, Forschungsarbeiten aus dem Verkehrswesen, Bd. 139, 2005.

BUKASA, B., SCHWENT, T., Fahreignung von Personen in Substitutionstherapie, ZVR 2006, 292-295

BUNDESANSTALT FÜR STRASSENWESEN (BAST) (Hrsg.), Verkehrssicherheit nach Einnahme psychotroper Substanzen. Workshop veranstaltet von der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin vom 31. 3. bis 1. 4. 2000 in Heidelberg., Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit Heft M 127, Bergisch Gladbach, 2001

Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr (Hrsg.), Illegale Drogen und Medikamente - Absolute Fahruntauglichkeit und mögliche Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit (I + II). Forschungsarbeiten aus dem Verkehrswesen Band 99/1+2, BMV, Wien 1999

EISENMENGER, W., Zum Wert der Haaranalyse bei der medizinisch-psychologischen Fahreignungsbegutachtung., ADAC-Rechtsforum „Drogen im Straßenverkehr“. Allgemeiner Deutscher Automobil-Club e. V. (ADAC), München, 2003

IMMORTAL: Driver impairment, accident risk and tolerance levels from consumption of drugs and remedy medicines. <http://www.immortal.or.at/deliverables.php#R4.4>

POLETTINI, A., MONTAGNA, M., Hair analysis for the assessment of exposure to drugs of abuse in applicants for driving license, 2000

SWEDISH NATIONAL ROAD ADMINISTRATION: 15th Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Proceedings of T2000, Stockholm, Swedish National Road Administration, Borlänge 2000, S. 934-937

3.10 Nierenerkrankungen

a) **§ 15 FSG-GV (Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung)**

(1) Nach einer **befürwortenden Stellungnahme eines zuständigen Facharztes** kann Personen, die unter einer schweren Niereninsuffizienz leiden, unter der Auflage **ärztlicher Kontrolluntersuchungen** eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 erteilt oder belassen werden.

(2) Personen, die unter einer schweren Niereninsuffizienz leiden, darf eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 nur in außergewöhnlichen, durch die Stellungnahme eines zuständigen Facharztes begründeten Fällen und unter der Auflage **ärztlicher Kontrolluntersuchungen** erteilt oder belassen werden.

b) **Überblick**

KRANKHEIT	GRUPPE 1			GRUPPE 2		
	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDEST-BEFUNDE	NICHT GEEIGNET	GEEIGNET, WENN	MINDEST-BEFUNDE
Leichte/ mittlere Niereninsuffizienz		→ AUFLAGE: KONTROLLUNTERSUCHUNGEN (Statusbericht) → BEFRISTUNG auf 5 Jahre				
Schwere Niereninsuffizienz	Bei erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens (zB plötzliche Schwindelattacken oder Ohnmacht) und beträchtlicher Einschränkung der kraftfahrtspezifischen Leistungsfähigkeit.	Bei befürwortender fachärztlichen Stellungnahme → AUFLAGE: ÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN	Internist: BelastungsEKG (Überprüfung der Leitungsbeeinträchtigung), E-lektrolyse	Bei erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens (zB plötzliche Schwindelattacken oder Ohnmacht) und beträchtlicher Einschränkung der kraftfahrtspezifischen Leistungsfähigkeit.	Bei befürwortender fachärztlichen Stellungnahme, in außergewöhnlichen Fällen → AUFLAGE: ÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN	
Schwere Niereninsuffizienz mit Dialyse-		Bei befürwortender fachärztlichen Stellungnahme: wenn nicht bestimmte Komplikationen und/oder Begleiter-		Nicht geeignet	Bei befürwortender fachärztlichen Stellungnahme, in außergewöhnlichen Fällen, wenn besonders günstige Bedingungen	Indiv. Begutachtung durch einen Nephrolo-

behandlung		<p>krankungen vorliegen ständige ärztliche Betreuung und Kontrolle → AUFLAGE: ÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN → bei Progredienz amtsärztliche NACHUNTERSUCHUNGEN im Abstand von max. 5 Jahren</p>			<p>vorliegen → sachl. BESCHRÄNKUNG auf bestimmte Anhänger</p>	<p>gen mit eingehender Begründung,</p>
Nierentransplantation	<p>nicht geeignet, wenn die Begleiterkrankungen (zB Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, Sehstörungen) und Komplikationen die in den jeweiligen Kapiteln festgelegten Grenzen überschreiten.</p>	<p>geeignet, wenn eine normale oder annähernd normale Nierenfunktion gegeben ist sowie bei laufender Betreuung und Kontrolle durch einen Nephrologen, → AUFLAGE: ÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN (Verlaufsberichte sind jährlich an den Amtsarzt zu schicken) → NACHUNTERSUCHUNGEN im Abstand von max. 5 Jahren</p>	<p>für. Nachuntersuchung: Statusbericht und Verlaufsbericht mit allen Parametern erforderlich</p>	<p>Ist nicht geeignet, wenn die Begleiterkrankungen und Komplikationen die in den jeweiligen Kapiteln festgelegten Grenzen überschreiten.</p>	<p>geeignet, wenn eine normale oder annähernd normale Nierenfunktion gegeben ist sowie bei laufender Betreuung und Kontrolle durch einen Nephrologen → AUFLAGE: ÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN (Verlaufsberichte sind jährlich an den Amtsarzt zu schicken) → NACHUNTERSUCHUNGEN im Abstand von max. 5 Jahren</p>	

4 Anhang

4.1 FSG-GV

Verordnung über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen (Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung – FSG-GV)

Kundmachung im Bundesgesetzblatt	Amtliche Bezeichnung
BGBI II 1997/322	Stammfassung
BGBI II 1998/138	1. Novelle zur FSG-GV
BGBI II 2002/16	2. Novelle zur FSG-GV
BGBI II 2002/427	3. Novelle zur FSG-GV
BGBI II 2006/64	4. Novelle zur FSG-GV

Inhaltsverzeichnis:

- § 1. Begriffsbestimmungen
- § 2. Allgemeines
- § 3. Allgemeine Bestimmungen über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen
 - § 4. Körpergröße
 - § 5. Gesundheit
 - § 6. Behinderungen
 - § 7. Sehvermögen
 - § 8. Mängel des Sehvermögens
 - § 9. Hörvermögen
 - § 10. Herz- und Gefäßkrankheiten
 - § 11. Zuckerkrankheit
 - § 12. Krankheiten des Nervensystems
- § 13. Psychische Krankheiten und Behinderungen
 - § 14. Alkohol, Sucht- und Arzneimittel
 - § 15. Nierenerkrankungen
 - § 16. Andere Leiden
 - § 17. Verkehrspsychologische Stellungnahme
 - § 18. Verkehrspsychologische Untersuchung
 - § 19. Verkehrspsychologische Untersuchungsstellen
 - § 20. Ausbildung zum Verkehrspsychologen
- § 21. Verfahren zur Genehmigung von Testverfahren und zur Ermächtigung von verkehrspsychologischen Untersuchungsstellen
 - § 22. Sachverständige Ärzte für Allgemeinmedizin
- § 23. Gebühren für ärztliche Gutachten und Kosten einer verkehrspsychologischen Untersuchung
 - § 24. Übergangsbestimmungen
 - § 25. Inkrafttreten

Auf Grund der §§ 8, 34 und 36 des Führerscheingesetzes, BGBl. I Nr. 1997/120, idF BGBl. I Nr. 2005/152, wird im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen verordnet:

§ 1. Begriffsbestimmungen

(1) Im Sinne dieser Verordnung bedeutet:

1. ärztliches Gutachten: ein von einem Amtsarzt oder von einem gemäß § 34 FSG bestellten sachverständigen Arzt für Allgemeinmedizin gemäß der Anlage erstelltes Gutachten, das in begründeten Fällen auch fachärztliche Stellungnahmen, gegebenenfalls eine Beobachtungsfahrt gemäß § 9 FSG oder erforderlichenfalls auch eine verkehrspsychologische Stellungnahme zu umfassen hat.
2. fachärztliche Stellungnahme: diese hat ein Krankheitsbild zu beschreiben und dessen Auswirkungen auf das Lenken von Kraftfahrzeugen zu beurteilen und ist von einem Facharzt des entsprechenden Sonderfaches abzugeben. In dieser ist gegebenenfalls auch die kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit mitzubeurteilen.
3. verkehrspsychologische Untersuchung eines Bewerbers um eine Lenkberechtigung oder eines Führerscheinbesitzers: diese besteht aus
 - a) der Prüfung seiner kraftfahrtspezifischen verkehrspsychologischen Leistungsfähigkeit und
 - b) der Untersuchung seiner Bereitschaft zur Verkehrsanpassung.
4. amtsärztliche Nachuntersuchung: Grundlage für ein von einem Amtsarzt erstelltes ärztliches Gutachten über die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen eines Besitzers einer Lenkberechtigung; sie umfaßt sowohl das Aktenstudium als auch die Beurteilung allfälliger fachärztlicher oder verkehrspsychologischer Stellungnahmen sowie gegebenenfalls eine Beobachtungsfahrt und hat sich auf die gesundheitlichen Mängel zu beschränken, auf Grund derer die Nachuntersuchung vorgeschrieben wurde, es sei denn, anlässlich der Nachuntersuchung treten andere Auffälligkeiten auf.
5. ärztliche Kontrolluntersuchung: Grundlage für eine fachärztliche Stellungnahme, auf Grund bestimmter Leiden, die im Hinblick auf eine Befristung der Lenkberechtigung regelmäßig durchzuführen ist und für die amtsärztliche Nachuntersuchung erforderlich ist.
6. Wiederholungsuntersuchung: Grundlage für das von Besitzern von Lenkberechtigungen der Klassen C oder D gemäß § 20 Abs. 4 oder § 21 Abs. 2 FSG vorzulegende ärztliche Gutachten.
7. Beobachtungsfahrt: eine Fahrt von mindestens 30 Minuten für die Gruppe 1 und mindestens 45 Minuten für die Gruppe 2 im Beisein eines Amtsarztes und/oder gegebenenfalls eines technischen Sachverständigen. Es ist dabei die Beherrschung des Fahrzeuges, das verkehrsangepaßte und mit Rücksicht auf andere Verkehrsteilnehmer umsichtige Fahren sowie die Kompensation von gesundheitlichen Mängeln zu beobachten. Die Beobachtungsfahrt hat insbesondere zu umfassen:
 - a) Überqueren von mindestens vier unregelmäßig angeordneten Kreuzungen,
 - b) Überholen und Vorbeifahren,
 - c) links und rechts einbiegen,
 - d) Kreisverkehr,
 - e) Anfahren auf Steigungen,
 - f) Rückwärtsfahren,
 - g) Ausparken, Einparken, Umdrehen,
 - h) Slalomfahrt bei Kraftfahrzeugen der Klasse A.
8. Gruppe 1: Kraftfahrzeuge der Klassen A, B, B+E und F,
9. Gruppe 2: Kraftfahrzeuge der Unterklassen C1 und C1+E sowie der Klassen C, D, C+E, D+E und G.

§ 2. Allgemeines

(1) Das ärztliche Gutachten hat gegebenenfalls auszusprechen:

1. ob und nach welchem Zeitraum eine amtsärztliche Nachuntersuchung erforderlich ist,
 2. ob und in welchen Zeitabständen ärztliche Kontrolluntersuchungen erforderlich sind,
 3. ob die Verwendung eines Körperersatzstückes oder Behelfes unumgänglich notwendig ist, um das sichere Lenken eines Kraftfahrzeuges zu gewährleisten,
 4. ob der Bewerber oder Führerscheinbesitzer nur unter zeitlichen, örtlichen oder sachlichen Beschränkungen zum Lenken von Kraftfahrzeugen geeignet ist.
- Ärztliche Kontrolluntersuchungen können in den Fällen der §§ 5 bis 16 als Auflage gemäß § 8 Abs. 3 FSG im Zusammenhang mit einer Befristung als Voraussetzung für die amtsärztliche Nachuntersuchung vorgeschrieben werden.

(2) Die verkehrspsychologische Untersuchung hat, je nach den Erfordernissen der Verkehrssicherheit, den Gesichtspunkt der kraftfahrtspezifischen Leistungsfähigkeit oder der Bereitschaft zur Verkehrsan-

passung besonders zu berücksichtigen. Sie kann in den Fällen des § 17 Abs. 3 Z 1 und 2 auf Grund einer positiven Kurzuntersuchung (Screening) abgekürzt werden.

(3) Im Falle, daß das ärztliche Gutachten eine amtsärztliche Nachuntersuchung oder ärztliche Kontrolluntersuchungen oder die Verwendung von bestimmten Körperersatzstücken oder Behelfen vorschreibt, ist die Lenkberechtigung nur bis zu dem Zeitpunkt der nächsten amtsärztlichen Nachuntersuchung befristet, erforderlichenfalls unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen, oder unter der Auflage der Verwendung dieser Körperersatzstücke oder Behelfe zu erteilen. Die Befristung oder Auflage ist gemäß § 13 Abs. 2 FSG in den Führerschein einzutragen. Werden ärztliche Kontrolluntersuchungen als Auflage vorgeschrieben, so ist der Befund oder das Gutachten in den vorgeschriebenen Zeitabständen gemeinsam mit dem Führerschein der Behörde vorzulegen.

(4) Bei der Erstellung des ärztlichen Gutachtens darf keine fachärztliche oder verkehrspsychologische Stellungnahme miteinbezogen werden, die älter als sechs Monate ist. Aktenkundige Vorbefunde sind jedoch heranzuziehen, um einen etwaigen Krankheitsverlauf beurteilen zu können. Zu diesem Zweck hat die Behörde dem Sachverständigen bei Nachuntersuchungen in diese Vorbefunde Einsicht zu gewähren.

(5) Soweit in dieser Verordnung bestimmte Beschränkungen der Lenkberechtigung wie beispielsweise Auflagen vorgesehen sind, wird dadurch das Recht der Behörde, erforderlichenfalls zusätzliche Einschränkungen, wie beispielsweise Befristungen zu verfügen, nicht berührt.

§ 3.

Allgemeine Bestimmungen über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen

(1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen einer bestimmten Fahrzeugklasse im Sinne des § 8 FSG gesundheitlich geeignet gilt, wer für das sichere Beherrschen dieser Kraftfahrzeuge und das Einhalten der für das Lenken dieser Kraftfahrzeuge geltenden Vorschriften

1. die nötige körperliche und psychische Gesundheit besitzt,
2. die nötige Körpergröße besitzt,
3. ausreichend frei von Behinderungen ist und
4. aus ärztlicher Sicht über die nötige kraftfahrerspezifische Leistungsfähigkeit verfügt.

Kraftfahrzeuglenker müssen die für ihre Gruppe erforderlichen gesundheitlichen Voraussetzungen gemäß den nachfolgenden Bestimmungen erfüllen. Um die gesundheitliche Eignung nachzuweisen, ist der Behörde ein ärztliches Gutachten gemäß § 8 Abs. 1 oder 2 FSG vorzulegen.

(2) Die ärztliche Untersuchung ist in der Regel mit den einem Arzt für Allgemeinmedizin üblicherweise zur Verfügung stehenden Untersuchungsbehelfen durchzuführen. Die Untersuchung umfaßt jedenfalls

1. die Erhebung der Krankheitsgeschichte, bezogen auf die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen;
2. den Gesamteindruck – zusammengesetzt aus Motorik, Mimik, Gestik, Koordination und Sprachvermögen;
3. die Größe und das Gewicht;
4. eine Sehschärfekontrolle ohne Sehbehelf sowie eine grobe Überprüfung des Gesichtsfeldes; falls die angegebenen Mindestsehschärfen unterschritten werden, zusätzlich eine Sehschärfekontrolle mit Sehbehelf. Bei Kontaktlinsenträgern oder bei funktioneller Einäugigkeit ist ein augenfachärztlicher Befund beizulegen; bei Brillenträgern der Gruppe 2 ist eine Brillenglasbestimmung eines Augenoptikers oder ein augenfachärztlicher Befund beizubringen; die Brillenglasbestimmung oder der augenfachärztliche Befund dürfen zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht älter als sechs Monate sein;
5. einen Hörtest mit Konversationsprache (ein Meter für Lenker der Gruppe 1, sechs Meter für Lenker der Gruppe 2);
6. eine Herzkreislaufkontrolle durch Blutdruckmessung und Pulszählung;
7. eine Kontrolle der Beweglichkeit der Extremitäten (insbesondere durch Kniebeugen, seitliches Bewegen der Arme, Griff-funktion beider Hände);
8. eine Überprüfung auf Tremor.

(3) Ergibt sich aus der Vorgeschichte oder anlässlich der Untersuchung der Verdacht auf das Vorliegen eines Zustandes, der die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen einschränken oder ausschließen würde, so ist gegebenenfalls die Vorlage allfälliger fachärztlicher oder verkehrspsychologischer Stel-

lungnahmen zu verlangen. Diese Stellungnahmen sind bei der Gesamtbeurteilung zu berücksichtigen und im Gutachten in geeigneter Weise zu bewerten, wobei die zusätzlichen Risiken und Gefahren, die mit dem Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 verbunden sind, besonders zu berücksichtigen sind.

(4) Besitzer einer Lenkberechtigung, bei denen Erkrankungen oder Behinderungen festgestellt wurden, die nach den nachfolgenden Bestimmungen die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen ausschließen würden, gelten dann als geeignet zum Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1, wenn sie

1. während der, der Feststellung der Erkrankung oder Behinderungen unmittelbar vorangehenden zwei Jahre Kraftfahrzeuge tatsächlich gelenkt haben und
2. die Annahme gerechtfertigt ist, daß ein Ausgleich des bestehenden Mangels durch erlangte Geübtheit eingetreten ist.

Der Eintritt dieses Ausgleichs und die Dauer des Vorliegens dieser Eignung ist durch das ärztliche Gutachten nötigenfalls im Zusammenhang mit einer Beobachtungsfahrt festzustellen und darf nur auf höchstens fünf Jahre ausgesprochen werden. Bestehen trotz der durchgeführten Beobachtungsfahrt noch Bedenken über die Eignung des zu Untersuchenden, ist zusätzlich eine verkehrspsychologische Stellungnahme zu seiner kraftfahrerspezifischen Leistungsfähigkeit einzuholen.

(5) Personen mit einer fortschreitenden Erkrankung kann eine Lenkberechtigung befristet erteilt oder belassen werden unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen und amtsärztlicher Nachuntersuchungen. Die Auflage kann aufgehoben werden, sobald sich die Erkrankung oder Behinderung stabilisiert hat.

§ 4. Körpergröße

(1) Die Eignung einer Person zum Lenken von Kraftfahrzeugen setzt eine Körpergröße von mindestens 155 cm, bei Kraftfahrzeugen der Klassen C, C1 und D von mindestens 160 cm und bei Kraftfahrzeugen der Klasse A von höchstens 200 cm voraus.

(2) Personen, deren Körpergröße das im Abs. 1 angeführte Mindestmaß nicht erreicht oder Höchstmaß überschreitet, gelten unter den in § 8 Abs. 3 Z 2 oder 3 FSG angeführten Voraussetzungen als zum Lenken von Kraftfahrzeugen geeignet, wenn dieser Mangel durch die Verwendung von Behelfen, Fahrzeugen mit bestimmten Merkmalen oder Ausgleichkraftfahrzeugen ausgeglichen werden kann.

§ 5. Gesundheit

(1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend gesund gilt eine Person, bei der keine der folgenden Krankheiten festgestellt wurde:

1. schwere Allgemeinerkrankungen oder schwere lokale Erkrankungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
2. organische Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
3. Erkrankungen, bei denen es zu unvorhersehbaren Bewußtseinsstörungen oder -trübungen kommt,
4. schwere psychische Erkrankungen gemäß § 13 sowie:
 - a) Alkoholabhängigkeit oder
 - b) andere Abhängigkeiten, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
5. Augenerkrankungen, die das Sehvermögen beeinträchtigen.

(2) Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung zur Feststellung der Gesundheit gemäß Abs. 1 Z 1 ein krankhafter Zustand ergibt, der die Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist gegebenenfalls eine fachärztliche Stellungnahme einzuholen; bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4 ist eine entsprechende fachärztliche Stellungnahme

einzuholen, die die kraftfahrerspezifische Leistungsfähigkeit mitzubeurteilen hat. Bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 4 lit. a und b ist zusätzlich eine verkehrspsychologische Stellungnahme einzuholen.

§ 6. Behinderungen

(1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend frei von Behinderungen gilt eine Person, bei der keine der folgenden Behinderungen vorliegt:

1. grobe Störungen des Raum- und Muskelsinnes, des Tastgefühles oder der Koordination der Muskelbewegungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
2. organische Veränderungen, die eine respiratorische Insuffizienz oder eine Vitalkapazität unter 1,5 Liter Atemluft verursachen,
3. Defekte an Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
4. entfällt (Anm. aufgehoben durch BGBl II Nr. 2006/64),
5. eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke, Muskulatur und Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen kann,
6. mangelhaftes Sehvermögen oder
7. mangelhaftes Hörvermögen oder Störungen des Gleichgewichtes.

(2) Personen, bei denen Defekte an den Gliedmaßen im Sinne des Abs. 1 Z 3 oder 5 festgestellt wurden, die durch Verwendung von Körperersatzstücken oder Behelfen oder von Fahrzeugen mit bestimmten Merkmalen oder von Invalidenkraftfahrzeugen oder Ausgleichkraftfahrzeugen ausgeglichen werden können, gelten unter den in § 8 Abs. 3 Z 2 oder 3 FSG angeführten Voraussetzungen als zum Lenken von Kraftfahrzeugen bedingt oder beschränkt geeignet.

§ 7. Sehvermögen

(1) Alle Bewerber um eine Lenkberechtigung müssen sich einer Untersuchung unterziehen, um sicherzustellen, daß sie ein für das sichere Lenken von Kraftfahrzeugen ausreichendes Sehvermögen haben. In Zweifelsfällen ist der Bewerber von einem Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie zu untersuchen. Bei dieser Untersuchung ist unter anderem die Sehschärfe, das Gesichtsfeld sowie die Fähigkeit zum Dämmerungssehen zu untersuchen und auf fortschreitende Augenkrankheiten zu achten.

(2) Die im § 6 Abs. 1 Z 6 angeführte mangelhafte Sehschärfe liegt vor, wenn nicht erreicht wird eine Sehschärfe mit oder ohne Korrektur

1. für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 von mindestens 0,5 auf einem Auge und von mindestens 0,4 auf dem anderen Auge;
2. für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 von mindestens 0,8 auf einem Auge und von mindestens 0,5 auf dem anderen.

(3) Wird die in Abs. 2 geforderte Sehschärfe nur mit Korrektur erreicht, so ist die Verwendung eines entsprechenden Sehbehelfes beim Lenken eines Kraftfahrzeuges vorzuschreiben. Für die Sehbehelfe ist folgendes zu beachten:

1. Lochbrillen (stenopäische Brillen) dürfen nicht verwendet werden;
2. Zylindergläser dürfen nicht kreisrund sein;
3. bei Verwendung von Kontaktlinsen ist deren Eignung für die betreffende Person von einem Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie zu bestätigen.

(4) Bestehen weitere Mängel des Sehvermögens, so ist die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen gemäß § 8 zu beurteilen, wobei Lenkern von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 nur dann eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden darf, wenn dies ausdrücklich bestimmt ist.

§ 8. Mängel des Sehvermögens

(1) Wird die in § 7 Abs. 2 erforderliche Sehschärfe nur mit Korrektur erreicht, so gilt die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen als gegeben, wenn

1. bei Lenkern der Gruppe 1
 - a) die Gläserstärke nicht mehr als +8 oder -10 Dioptrien sphärisch und ± 2 Dioptrien zylindrisch beträgt und die Korrekturdifferenz nicht mehr als 2 Dioptrien zwischen den beiden Augen beträgt oder
 - b) eine entsprechende fachärztliche Stellungnahme vorliegt, die die für das Lenken von Kraftfahrzeugen notwendige Sehschärfe bestätigt oder
 - c) die erforderliche Sehschärfe mittels Kontaktlinsen erreicht wird,
- und wenn auf Grund der bisherigen Verwendung von Sehbehelfen keine Bedenken bestehen;
2. bei Lenkern der Gruppe 2 das Sehvermögen ohne Korrektur auf keinem Auge weniger als 0,05 beträgt und
 - a) die Gläserstärke nicht über +8 oder -8 Dioptrien sphärisch und ± 2 Dioptrien zylindrisch beträgt und die Korrekturdifferenz nicht mehr als 2 Dioptrien zwischen den beiden Augen beträgt oder
 - b) die erforderliche Sehschärfe mittels Kontaktlinsen erreicht wird.

(2) Wird eine fortschreitende Augenkrankheit festgestellt oder angegeben, so kann eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(3) Ergibt die fachärztliche Untersuchung einen Verdacht auf andere Augenerkrankungen, die das sichere Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken würden, so kann in Ausnahmefällen auf Grund einer erfolgreichen Beobachtungsfahrt eine befristete Lenkberechtigung der Gruppe 1 erteilt werden.

(4) Ergibt die fachärztliche Untersuchung ein horizontales Gesichtsfeld von weniger als 120 Grad auf einem Auge, so sind die Bestimmungen des Abs. 5 über die funktionelle Einäugigkeit anzuwenden; betrifft der Gesichtsfelddefekt beide Augen, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

(5) Fehlt ein Auge oder ist es praktisch blind oder ist eine funktionelle Einäugigkeit gegeben, so kann eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 für einen Zeitraum von höchstens fünf Jahren erteilt werden, wenn durch eine fachärztliche Stellungnahme bestätigt wird, daß beim normal sehenden Auge ein normales Gesichtsfeld und eine Sehschärfe von mindestens 0,8 ohne oder mit Korrektur vorhanden ist. Eventuelle Anzeichen bei beginnender Erkrankung des sehenden Auges müssen dahingehend beurteilt werden, in welchem Zeitraum eine augenärztliche Kontrolluntersuchung erforderlich ist; die Eignung kann nur für diesen Zeitraum angenommen werden. Bei der Festsetzung des Zeitraumes ist auch auf die Ursache und den Zeitpunkt des Verlustes oder der Blindheit des einen Auges Bedacht zu nehmen. Erforderlichenfalls muß durch eine Beobachtungsfahrt oder eine Überprüfung der kraftfahr-spezifischen Leistungsfähigkeit festgestellt werden, ob der Verlust eines Auges ausreichend kompensiert werden kann. Bei der Erteilung der Lenkberechtigung für das Lenken von Kraftfahrzeugen ohne Windschutzscheiben oder mit Windschutzscheiben, deren oberer Rand nicht höher liegt als die Augen des Lenkers beim Lenken, ist als Auflage die Benützung eines Augenschutzes vorzuschreiben.

(6) Im Falle des Doppelsehens ist die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme gegeben, unter der Auflage der Verwendung einer entsprechenden optischen Vorrichtung wie schwarzes Glas, Mattglas usw., die die Sicht eines Auges ausschaltet. In diesem Fall sind überdies die Bestimmungen des Abs. 5 über die funktionelle Einäugigkeit anzuwenden.

(7) Bei Vorliegen von Augenzittern (Nystagmus) ist auch bei Erbringen der geforderten Sehschärfe eine fachärztliche Stellungnahme beizubringen, die die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 bestätigt.

§ 9. Hörvermögen

Das in § 6 Abs. 1 Z 7 angeführte mangelhafte Hörvermögen liegt vor, wenn ohne Verwendung von Hörbehelfen nicht erreicht wird ein Hörvermögen bei beidohriger Prüfung

1. für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 für Konversationssprache auf eine Entfernung von mindestens 1 m,
2. für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 für Konversationssprache auf eine Entfernung von 6 m.

Wird das in Z 1 oder 2 angeführte Hörvermögen nicht erreicht, so ist eine fachärztliche Stellungnahme erforderlich, die nur nach einer тонаudiometrischen Untersuchung und einer Prüfung der Gleichgewichtsfunktion, wie etwa durch Steh- und Tretversuch sowie Blindgang, erstellt werden darf. Bei eventuellen Anzeichen auf Erkrankungen im Bereich der Hör- und Gleichgewichtsorgane ist deren Auswirkung auf die Eignung zum sicheren Beherrschen eines Kraftfahrzeuges zu beurteilen. Erforderlichenfalls muß durch eine Beobachtungsfahrt oder eine Untersuchung der kraftfahrtspezifischen Leistungsfähigkeit festgestellt werden, ob das mangelnde oder fehlende Hörvermögen ausreichend kompensiert werden kann.

§ 10. Herz- und Gefäßkrankheiten

(1) Personen mit Herzrhythmusstörungen, die zu unvorhergesehenen Bewußtseinstrübungen oder -störungen führen können, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

(2) Personen mit Herzschrittmacher darf eine Lenkberechtigung nur vorbehaltlich einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden.

(3) Ob einer Person, die unter Blutdruckanomalien leidet, eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden kann, ist nach den übrigen Ergebnissen der ärztlichen Untersuchung, den möglichen Komplikationen und der daraus gegebenenfalls für die Sicherheit im Straßenverkehr erwachsenden Gefahr zu beurteilen.

(4) Personen, bei denen es im Ruhe- oder Erregungszustand zu Angina-pectoris-Anfällen kommt, darf eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 weder erteilt noch belassen werden; für die Gruppe 1 kann eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden. Personen, die einen Herzinfarkt erlitten haben, darf eine Lenkberechtigung nur vorbehaltlich einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden.

§ 11. Zuckerkrankheit

(1) Zuckerkranken darf eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden.

(2) Zuckerkranken, die mit Insulin behandelt werden müssen, darf eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 nur in außergewöhnlichen, durch die Stellungnahme eines zuständigen Facharztes begründeten Fällen und unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen und amtsärztlicher Nachuntersuchungen erteilt oder belassen werden.

§ 12. Krankheiten des Nervensystems

(1) Personen, die an einer schweren Erkrankung des Nervensystems leiden, darf eine Lenkberechtigung nur erteilt oder belassen werden, wenn die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen auch durch eine fachärztliche Stellungnahme bestätigt wird.

(2) Störungen des Nervensystems, die auf Erkrankungen, Verletzungen oder Operationen des zentralen oder peripheren Nervensystems zurückzuführen sind, sich in motorischen, sensiblen, sensorischen, trophischen und/oder neuropsychiatrischen oder neuropsychologischen Symptomen äußern und das Gleichgewicht und die Koordinierung stören, sind im Hinblick auf ihre kraftfahrtspezifische Funktionsbeeinträchtigung und Prognose zu beurteilen. Bei Gefahr einer Verschlechterung kann die

Lenkberechtigung nur unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen und amtsärztlicher Nachuntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(3) Personen, die unter epileptischen Anfällen oder anderen anfallsartigen Bewußtseinsstörungen oder -trübungen leiden, kann eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 nur unter Einbeziehung einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden. Der Facharzt hat die Epilepsie oder andere Bewußtseinsstörungen, deren klinische Form und Entwicklung, die bisherige Behandlung und die Anfallsfreiheit und das Anfallsrisiko zu beurteilen. Hingegen darf solchen Personen keine Lenkberechtigung der Gruppe 2 erteilt oder belassen werden.

§ 13. Psychische Krankheiten und Behinderungen

(1) Als ausreichend frei von psychischen Krankheiten im Sinne des § 3 Abs. 1 Z 1 gelten Personen, bei denen keine Erscheinungsformen von solchen Krankheiten vorliegen, die eine Beeinträchtigung des Fahrverhaltens erwarten lassen. Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung der Verdacht einer psychischen Erkrankung ergibt, der die psychische Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist eine psychiatrische fachärztliche Stellungnahme beizubringen, die die kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit mitbeurteilt.

(2) Personen, bei denen

1. eine angeborene oder infolge von Krankheiten, Verletzungen oder neurochirurgischen Eingriffen erworbene schwere psychische Störung,
2. eine erhebliche geistige Behinderung,
3. ein schwerwiegender pathologischer Alterungsprozeß oder
4. eine schwere persönlichkeitsbedingte Störung des Urteilsvermögens, des Verhaltens und der Anpassung

besteht, darf eine Lenkberechtigung nur dann erteilt oder belassen werden, wenn das ärztliche Gutachten auf Grund einer psychiatrischen fachärztlichen Stellungnahme, in der die kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit mitbeurteilt wird, die Eignung bestätigt.

§ 14. Alkohol, Sucht- und Arzneimittel

(1) Personen, die von Alkohol, einem Sucht- oder Arzneimittel abhängig sind oder den Konsum dieser Mittel nicht soweit einschränken können, daß sie beim Lenken eines Kraftfahrzeuges nicht beeinträchtigt sind, darf, soweit nicht Abs. 4 anzuwenden ist, eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden. Personen, bei denen der Verdacht einer Alkohol-, Suchtmittel- oder Arzneimittelabhängigkeit besteht, haben eine fachärztliche psychiatrische Stellungnahme beizubringen.

(2) Lenker von Kraftfahrzeugen, bei denen ein Alkoholgehalt des Blutes von 1,6 g/l (1,6 Promille) oder mehr oder der Atemluft von 0,8 mg/l oder mehr festgestellt wurde, haben ihre psychologische Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische Stellungnahme nachzuweisen.

(3) Personen, die ohne abhängig zu sein, in einem durch Sucht- oder Arzneimittel beeinträchtigten Zustand ein Kraftfahrzeug gelenkt haben, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden, es sei denn, sie haben ihre Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische und eine fachärztliche Stellungnahme nachgewiesen.

(4) Personen, die aus medizinischen Gründen Sucht- oder Arzneimittel erhalten, die geeignet sind, die Fahrtauglichkeit zu beeinträchtigen, darf nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden.

(5) Personen, die alkohol-, suchtmittel- oder arzneimittelabhängig waren oder damit gehäuftem Mißbrauch begangen haben, ist nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme und unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 zu erteilen oder wiederzuerteilen.

§ 15. Nierenerkrankungen

(1) Nach einer befürwortenden Stellungnahme eines zuständigen Facharztes kann Personen, die unter einer schweren Niereninsuffizienz leiden, unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 erteilt oder belassen werden.

(2) Personen, die unter einer schweren Niereninsuffizienz leiden, darf eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 nur in außergewöhnlichen, durch die Stellungnahme eines zuständigen Facharztes begründeten Fällen und unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen erteilt oder belassen werden.

§ 16. Andere Leiden

(1) Personen, an denen eine Organtransplantation vorgenommen wurde oder die ein Implantat erhalten haben, darf, wenn sich dies auf die Fahrtüchtigkeit auswirken kann, eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden Stellungnahme eines zuständigen Facharztes und gegebenenfalls ärztlicher Kontrolluntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(2) Personen, die an einer in den vorangehenden Bestimmungen nicht genannten Krankheit leiden, diese jedoch eine funktionelle Untauglichkeit bedeuten oder zur Folge haben kann, so daß dadurch beim Lenken eines Kraftfahrzeugs die Sicherheit im Straßenverkehr gefährdet wird, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

§ 17. Verkehrspsychologische Stellungnahme

(1) Die Stellungnahme einer verkehrspsychologischen Untersuchungsstelle gemäß § 8 Abs. 2 FSG ist im Hinblick auf ein verkehrspsychologisch auffälliges Verhalten insbesondere dann zu verlangen, wenn der Bewerber um eine Lenkberechtigung oder der Besitzer einer Lenkberechtigung Verkehrsunfälle verursacht oder Verkehrsverstöße begangen hat, die den Verdacht

1. auf verminderte kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit oder
 2. auf mangelnde Bereitschaft zur Verkehrsanpassung
- erwecken. Mangelnde Bereitschaft zur Verkehrsanpassung ist jedenfalls dann anzunehmen, wenn einem Lenker innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren die Lenkberechtigung dreimal entzogen wurde, oder wenn ein Lenker wegen einer Übertretung gemäß § 99 Abs. 1 lit. b oder c StVO 1960 bestraft wurde.

(2) Die Vorlage einer verkehrspsychologischen Stellungnahme ist im Hinblick auf das Lebensalter jedenfalls zu verlangen, wenn auf Grund der ärztlichen Untersuchung geistige Reifungsmängel oder ein Leistungsabbau im Vergleich zur Altersnorm zu vermuten sind; hierbei ist auch die Gruppe der Lenkberechtigung zu berücksichtigen.

- (3) Eine verkehrspsychologische Stellungnahme ist jedenfalls von folgenden Personen zu erbringen:
1. Bewerbern um eine Lenkberechtigung für die Klasse D,
 2. Bewerbern um eine vorgezogene Lenkberechtigung für die Klasse B, es sei denn, der oder die Erziehungsberechtigten bestätigen das Vorhandensein der nötigen geistigen Reife und sozialen Verantwortung des Bewerbers,
 3. entfällt (Anm. aufgehoben durch BGBl II Nr. 2006/64)
 4. Bewerbern um eine Lenkberechtigung, die fünfmal den theoretischen Teil der Fahrprüfung oder viermal den praktischen Teil der Fahrprüfung nicht bestanden haben und bei denen auf Grund einer ergänzenden amtsärztlichen Untersuchung Zweifel an deren kraftfahrtspezifischer Leistungsfähigkeit, insbesondere an der Intelligenz und am Erinnerungsvermögen bestehen.

§ 18. Verkehrspsychologische Untersuchung

(1) Die Überprüfung der einzelnen Merkmale ist nach dem jeweiligen Stand der verkehrspsychologischen Wissenschaft mit entsprechenden Verfahren vorzunehmen. Die Relevanz dieser Verfahren für das Verkehrsverhalten muß durch Validierungsstudien wissenschaftlich nachgewiesen werden.

(2) Für die Überprüfung der kraftfahrerspezifischen Leistungsfähigkeit sind insbesondere folgende Fähigkeiten zu überprüfen:

1. Beobachtungsfähigkeit sowie Überblicksgewinnung,
2. Reaktionsverhalten, insbesondere die Geschwindigkeit und Sicherheit der Entscheidung und Reaktion sowie die Belastbarkeit des Reaktionsverhaltens,
3. Konzentrationsvermögen,
4. Sensomotorik und
5. Intelligenz und Erinnerungsvermögen.

(3) Für die Erfassung der Bereitschaft zur Verkehrsanpassung ist insbesondere das soziale Verantwortungsbewußtsein, die Selbstkontrolle, die psychische Stabilität und die Risikobereitschaft des Untersuchenden zu untersuchen sowie zu prüfen, ob eine Tendenz zu aggressiver Interaktion im Straßenverkehr besteht und ob sein Bezug zum Autofahren kritisch von der Norm abweicht. Zur Überprüfung der Bereitschaft zur Verkehrsanpassung ist neben einem verkehrsbezogenen Persönlichkeitstest auch ein ausführliches Explorationsgespräch durchzuführen. Dieses darf nur von einem gemäß § 20 für Verkehrspsychologie qualifizierten Psychologen geführt werden oder, unter seiner Verantwortung und in seinem Beisein, von einem in Ausbildung zum Verkehrspsychologen befindlichen Psychologen.

(4) Bewerber um eine Lenkberechtigung, die gemäß § 17 Abs. 3 Z 1 und 2 eine verkehrspsychologische Stellungnahme zu erbringen haben, sind einem verkehrspsychologischen Screening zu unterziehen, bei dem jedenfalls Beobachtungs- und Konzentrationsfähigkeit, Belastbarkeit und Koordination sowie in einem verkürzten Explorationsgespräch unter anderem die Motivation für den Erwerb der Lenkberechtigung zu untersuchen sind. Ergibt das Screening einen Verdacht auf Mängel in der kraftfahrerspezifischen Leistungsfähigkeit oder auf mangelnde Bereitschaft zur Verkehrsanpassung, ist die volle verkehrspsychologische Untersuchung durchzuführen.

(4a) entfällt (Anm. aufgehoben durch BGBl II Nr. 2006/64)

(5) Jede durchgeführte verkehrspsychologische Untersuchung ist unverzüglich, unter gleichzeitiger Übermittlung der verkehrspsychologischen Stellungnahme, der das jeweilige Verfahren führenden Behörde, zu melden. Eine weitere verkehrspsychologische Untersuchung derselben Person innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten nach der erstmaligen Untersuchung darf nur auf ausdrückliche Anordnung der Behörde erfolgen.

(6) Die für die verkehrspsychologische Untersuchung angewandten Testverfahren müssen dem Stand der Wissenschaft entsprechend als geeignet anerkannt und vom Bundesminister für Wissenschaft und Verkehr genehmigt werden.

§ 19. Verkehrspsychologische Untersuchungsstellen

(1) Eine verkehrspsychologische Stellungnahme darf nur von einer vom Bundesminister für Wissenschaft und Verkehr ermächtigten verkehrspsychologischen Untersuchungsstelle abgegeben werden.

(2) Als verkehrspsychologische Untersuchungsstelle ist gemäß § 36 FSG eine Einrichtung oder eine Vereinigung von selbständigen Psychologen zu ermächtigen,

1. in der mindestens sechs Verkehrspsychologen (§ 20) tätig sind, die im Besitz einer gültigen Lenkberechtigung für die Klasse B sind, und
2. die in der Lage ist, verkehrspsychologische Untersuchungen in mehr als einem Bundesland gleichzeitig durchzuführen.

(3) Handelt es sich bei der verkehrspsychologischen Untersuchungsstelle um eine Vereinigung von selbständigen Verkehrspsychologen, so ist überdies nachzuweisen, daß alle für die Untersuchungsstelle tätigen Verkehrspsychologen dieselben Testverfahren anwenden und gleichartig auswerten.

(4) Jede verkehrspsychologische Untersuchungsstelle hat beim Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr ein Handbuch zu hinterlegen, das dokumentiert:

1. Standards der Verwaltung der Stellungnahmen,
2. Ablauf der Untersuchung,
3. Kriterien für die Entscheidung,
4. Organisation der Aus- und Weiterbildung,
5. Gewährleistung des Erfahrungsaustausches und der Abstimmung der Verkehrspsychologen untereinander (Intervision) und bundesweit mit anderen verkehrspsychologischen Untersuchungsstellen im Ausmaß von mindestens acht Stunden.

(5) Die verkehrspsychologischen Stellungnahmen sind von dem hierfür verantwortlichen Psychologen abzugeben; bei nachgewiesenen Mißständen in der Abgabe der Stellungnahmen durch einen Psychologen hat sich die verkehrspsychologische Untersuchungsstelle innerhalb von drei Monaten von diesem Psychologen zu trennen oder ist die Expertenkommission gemäß § 21 Abs. 5 einzuberufen.

(6) Wird durch das Ausscheiden von Verkehrspsychologen die Anzahl der in einer verkehrspsychologischen Untersuchungsstelle tätigen Verkehrspsychologen auf weniger als sechs herabgesetzt, so hat die verkehrspsychologische Untersuchungsstelle binnen zwölf Monaten die erforderliche Anzahl von Verkehrspsychologen wieder aufzuweisen. Beträgt die Anzahl der tätigen Verkehrspsychologen weniger als drei, ist die Ermächtigung jedenfalls zu entziehen.

§ 20. Ausbildung zum Verkehrspsychologen

(1) Als Verkehrspsychologen tätig werden dürfen Personen, die

1. gemäß § 1 Psychologengesetz, BGBl. Nr. 1990/360, zur Führung der Berufsbezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ berechtigt sind und
2. besondere Kenntnisse und Erfahrungen in Verkehrspsychologie und dem Bereich der Unfallforschung durch eine mindestens 1600 Stunden umfassende Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung in einer verkehrspsychologischen Untersuchungsstelle, insbesondere in einer solchen, die gleichzeitig als Einrichtung gemäß § 6 Abs. 1 Psychologengesetz vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales in der Liste gemäß § 8 Abs. 4 leg. cit. geführt wird, nachweisen.

(2) Die Ausbildung zum Verkehrspsychologen hat mindestens 160 Stunden Theorie der Verkehrspsychologie (wie insbesondere Gefahrenlehre, Verkehrserziehung, Verkehrsrecht, Verkehrskonflikttechnik und Interaktion im Straßenverkehr, Diagnostik) zu enthalten sowie die Durchführung von mindestens 100 Explorationsgesprächen im Beisein eines Verkehrspsychologen. Für den Abschluß der Ausbildung ist die Erstellung von insgesamt 150 verkehrspsychologischen Stellungnahmen unter der Verantwortung des ausbildenden Verkehrspsychologen gemäß Abs. 3 erforderlich. Dieser Ausbildung gleichgesetzt ist eine mindestens dreijährige Forschungstätigkeit im Fachgebiet der Verkehrspsychologie im universitären Bereich sowie die Erstellung von mindestens 150 verkehrspsychologischen Stellungnahmen im Rahmen dieser Tätigkeit.

(3) Zur praktischen Ausbildung von Verkehrspsychologen befugt sind Verkehrspsychologen, die im Rahmen einer verkehrspsychologischen Untersuchungsstelle seit mindestens vier Jahren selbständig verkehrspsychologische Stellungnahmen abgegeben haben. Die Namen der befugten Ausbilder sind dem Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr bekanntzugeben.

(4) Verkehrspsychologen sind verpflichtet, jährlich

1. mindestens 8 Stunden Weiterbildung auf dem Gebiet der Verkehrspsychologie nachzuweisen,
2. im Rahmen von Intervision zumindest einen Fall pro Jahr detailliert zu besprechen sowie
3. sich einmal jährlich innerhalb der verkehrspsychologischen Untersuchungsstelle, in der sie tätig sind, einer gemeinsamen Supervision zu unterziehen.

§ 21.**Verfahren zur Genehmigung von Testverfahren und zur Ermächtigung von verkehrspsychologischen Untersuchungsstellen**

(1) Bei einem Antrag auf Genehmigung von Testverfahren für die verkehrspsychologische Untersuchung oder auf Ermächtigung als verkehrspsychologische Untersuchungsstelle hat sich der Bundesminister für Wissenschaft und Verkehr der sachverständigen Beratung einer Expertenkommission zu bedienen. Diese hat aus folgenden Mitgliedern zu bestehen:

1. einem Vertreter des Bundesministers für Wissenschaft und Verkehr,
2. einem Vertreter des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Bereich Psychologie),
3. einem Vertreter des Berufsverbandes österreichischer Psychologen, Sektion Verkehrspsychologie,
4. einem Vertreter der Universitäten aus dem Bereich Verkehrspsychologie,
5. einem Vertreter der mit Führerscheinuntersuchungen betrauten Amtsärzte und
6. einem Vertreter der Österreichischen Ärztekammer.

(2) Die Mitglieder der Expertenkommission werden für einen Zeitraum von fünf Jahren bestellt. Der Vorsitz obliegt dem Vertreter des Bundesministers für Wissenschaft und Verkehr. Die Beschlussfassung über das abzugebende Gutachten zum Antrag auf Genehmigung des Testverfahrens oder auf Ermächtigung als verkehrspsychologische Untersuchungsstelle oder deren Widerruf hat mit Mehrheit zu erfolgen.

(3) Mit der Abgabe des Gutachtens über den Antrag auf Genehmigung von Testverfahren sind lediglich die unter Abs. 1 Z 2 bis 4 genannten Vertreter der Expertenkommission zu befassen. Diese haben dabei insbesondere zu berücksichtigen:

1. Validitäts-, Reliabilitäts- und Objektivitätskriterien,
2. Normierung und
3. Angemessenheit der Testbatterie für die Fragestellung.

(4) Einem Antrag auf Ermächtigung als verkehrspsychologische Untersuchungsstelle sind der Expertenkommission zusätzlich zu dem in § 19 Abs. 4 genannten Handbuch eine Liste der in der antragstellenden Untersuchungsstelle tätigen Verkehrspsychologen sowie deren Curriculum beizulegen. Die Expertenkommission kann zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätssteigerung auferlegen. Jede Änderung der Untersuchungsabläufe oder der verwendeten Tests sind unverzüglich der Expertenkommission zu melden.

(5) Bei Verdacht auf Unzulänglichkeiten bei der Durchführung der Aufgaben einer verkehrspsychologischen Untersuchungsstelle hat der Bundesminister für Wissenschaft und Verkehr die Expertenkommission zur Überprüfung der Vorwürfe einzuberufen. Die Expertenkommission hat den Vertretern der verkehrspsychologischen Untersuchungsstelle ausreichend Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen. Erweisen sich die Vorwürfe als gerechtfertigt, ist die Ermächtigung zu entziehen.

(6) Die Mitglieder der Expertenkommission sind mit Handschlag zu verpflichten, ihre Gutachten nach bestem Wissen und Gewissen abzugeben und über alle ihnen ausschließlich aus ihrer Tätigkeit als Mitglied der Expertenkommission bekannt gewordenen Tatsachen Verschwiegenheit zu bewahren. Die Mitglieder der Expertenkommission werden ehrenamtlich bestellt; es besteht kein Anspruch auf Entschädigung für Reisekosten und Zeitversäumnis.

(7) Die Höhe des Kostenersatzes für die Überprüfung der Standorte der ermächtigten Stellen gemäß § 36 Abs. 2 FSG beträgt 60 Euro.

§ 22.**Sachverständige Ärzte für Allgemeinmedizin**

(1) Ärzte für Allgemeinmedizin, die

1. Besitzer einer gültigen Lenkberechtigung für die Klasse B sind,
2. die Physikatsprüfung gemäß der Verordnung des Ministers des Innern vom 21. März 1873 betreffend die Prüfung der Ärzte und Tierärzte zur Erlangung einer bleibenden Anstellung im öffentli-

chen Sanitätsdienst bei den politischen Behörden, RGBl. Nr. 37/1873, in der Fassung der Verordnung BGBl. Nr. 1986/294 abgelegt haben und

3. in die Ärzteliste als Ärzte für Allgemeinmedizin eingetragen sind, sind auf Antrag als sachverständige Ärzte gemäß § 34 FSG zu bestellen.

(2) Ärzte für Allgemeinmedizin, die nicht den Voraussetzungen des Abs. 1 Z 2 entsprechen, sind auf Antrag als sachverständige Ärzte gemäß § 34 FSG zu bestellen, wenn sie eine verkehrsmedizinische Schulung im Ausmaß von mindestens zwölf Stunden besucht haben, deren Inhalt von der Österreichischen Ärztekammer und dem Bundesminister für Wissenschaft und Verkehr genehmigt wurde.

(3) Jeder sachverständige Arzt hat sich vor Beginn der Untersuchung von der Identität des zu Untersuchenden zu überzeugen. Ein sachverständiger Arzt darf keine Person untersuchen, die er, ausgenommen im Vertretungsfall, in den letzten fünf Jahren vor der Untersuchung regelmäßig betreut hat. Ein sachverständiger Arzt ist verpflichtet, zumindest alle drei Jahre an verkehrsmedizinischen Fortbildungskursen im Ausmaß von mindestens vier Stunden teilzunehmen.

(4) Ergibt die ärztliche Untersuchung, daß fachärztliche Stellungnahmen, eine Beobachtungsfahrt oder eine verkehrspsychologische Stellungnahme notwendig sind, so ist die zu untersuchende Person dem zuständigen Amtsarzt zuzuweisen und das Gutachten von diesem zu erstellen. Ausgenommen hiervon sind Stellungnahmen von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie, wenn es sich nicht um ein fortschreitendes Augenleiden handelt, sowie positive Screenings gemäß § 18 Abs. 4. Der sachverständige Arzt hat jede Zuweisung zum Amtsarzt unverzüglich der zuständigen Behörde zu melden und die von ihm bisher erstellten Untersuchungsergebnisse dem Amtsarzt zu übermitteln.

(5) Bei nachgewiesenen Mißständen in der Gutachtenerstellung eines sachverständigen Arztes gemäß Abs. 1 oder 2 hat die Behörde die Bestellung zu widerrufen.

(6) Der Arzt hat in seinem Antrag

1. den oder die Berufssitze zu benennen, an denen er gemäß § 19 Ärztegesetz, BGBl. Nr. 1984/373, in der Fassung BGBl. Nr. 1996/752, als sachverständiger Arzt tätig werden will oder

2. seinen Wohnsitz zu benennen, an dem er gemäß § 20a Ärztegesetz 1984 als sachverständiger Arzt tätig werden will.

Die Bestellung als sachverständiger Arzt für Allgemeinmedizin kann für bis zu drei Behörden erfolgen, wenn der unter Z 1 oder 2 angegebene Sitz des Arztes geographisch im Einzugsbereich dieser Behörden liegt.

(7) Die Behörde hat eine Liste der sachverständigen Ärzte für Allgemeinmedizin in ihrem örtlichen Wirkungsbereich zur Einsicht aufzulegen. Personen, die auf Grund der voranstehenden Bestimmungen jedenfalls eine fachärztliche oder verkehrspsychologische Stellungnahme beizubringen haben, können von der Behörde unmittelbar eine Zuweisung zum Amtsarzt verlangen.

§ 23.

Gebühren für ärztliche Gutachten und Kosten einer verkehrspsychologischen Untersuchung

(1) Für ein ärztliches Gutachten gemäß § 8 Abs. 1 FSG sind vom zu Untersuchenden dem sachverständigen Arzt zu zahlen:

1. von einem Bewerber um eine Lenkberechtigung der Gruppe 129 Euro
2. von einem Bewerber um eine Lenkberechtigung der Gruppe 239,90 Euro, wobei in diesem Betrag die Untersuchung für die Gruppe 1 enthalten ist
3. für Wiederholungsuntersuchungen.....25,40 Euro.

Wird eine Person gemäß § 22 Abs. 4 dem Amtsarzt zugewiesen, so gebühren dem sachverständigen Arzt nur 50 vH des oben angeführten Honorars.

(2) Für ein amtsärztliches Gutachten auf Grund besonderer fachärztlicher oder verkehrspsychologischer Stellungnahmen, ärztlicher Nachuntersuchungen auf Grund einer Befristung oder eines Entzuges der Lenkberechtigung sind vom zu Untersuchenden vor der Zuweisung zum Amtsarzt an die Behörde folgende Beträge als Vergütung für das amtsärztliche Gutachten zu entrichten:

1. ohne Beobachtungsfahrt.....47,20 Euro

2. mit Beobachtungsfahrt mit einem Ausgleichkraftfahrzeug gemäß § 2 Z 24 KFG 1967.....47,20 Euro

3. mit sonstiger Beobachtungsfahrt zusätzlich.....18 Euro,
wobei 75 vH der Vergütung nach Z 1 oder 2 der Gebietskörperschaft gebührt, die den Aufwand für die Behörde zu tragen hat, bei der der Amtsarzt tätig ist, die restlichen 25 vH gebühren dem Amtsarzt. Die Vergütung nach Z 2 und 3 gebührt anteilig den Sachverständigen, die die Beobachtungsfahrt durchführen. Wurde die zu untersuchende Person gemäß § 22 Abs. 4 von einem sachverständigen Arzt dem Amtsarzt zugewiesen, so sind von den in Z 1 und 2 genannten Tarifen jeweils 14 Euro abzuziehen.

(3) Für eine verkehrspsychologische Untersuchung sind vom zu Untersuchenden zu zahlen:

1. Screening gemäß § 18 Abs. 4130 Euro
2. kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit181 Euro
3. volle verkehrspsychologische Untersuchung363 Euro
4. verkehrspsychologische Untersuchung gemäß § 18 Abs. 4a.....181 Euro

(4) Für die Bestellung als sachverständiger Arzt gemäß § 34 Abs. 1 Z 2 FSG ist eine Bundesverwaltungsabgabe in der Höhe von 145 Euro zu entrichten. Für die Ermächtigung als verkehrspsychologische Untersuchungsstelle gemäß § 36 Abs. 2 Z 2 FSG ist eine Bundesverwaltungsabgabe in der Höhe von 363 Euro zu entrichten.

§ 24. Übergangsbestimmungen

(1) entfällt (Anm. aufgehoben durch BGBl II Nr. 2006/64)

(2) Verkehrspsychologische Untersuchungsstellen, die bei Inkrafttreten des Führerscheingesetzes bereits anerkannt waren, haben die Voraussetzungen des § 19 Abs. 2 längstens bis zum 1. November 2001 zu erfüllen. Psychologen, die gemäß § 12 Psychologengesetz befugt sind, die Berufsbezeichnung „klinischer Psychologe“ oder „Gesundheitspsychologe“ zu führen, können, wenn sie bereits seit mindestens fünf Jahren als solche selbständig tätig sind, bei der Expertenkommission (§ 21) den Antrag stellen, nach einer abgekürzten theoretischen und praktischen Ausbildung als Verkehrspsychologen im Rahmen einer verkehrspsychologischen Untersuchungsstelle zugelassen zu werden. Die Expertenkommission entscheidet über Art und Umfang der erforderlichen Ausbildung.

(3) Personen, die gemäß § 65 KFG 1967 vor dem 1. November 1997 eine Lenkerberechtigung für die Gruppe C oder C und E erteilt bekommen haben und bei denen

1. bei Erteilung der Lenkerberechtigung bereits eine tatsächliche oder funktionelle Einäugigkeit bestand, oder
 2. die tatsächliche oder funktionelle Einäugigkeit vor dem 1. November 1997 eingetreten ist,
- darf entgegen den Bestimmungen des § 8 Abs. 5 die Lenkberechtigung für die Klasse C oder C+E oder die Unterklasse C1 oder C1+E verlängert werden, wenn beim sehenden Auge keine weiteren Beeinträchtigungen entstanden sind und sie nachweislich in den letzten zwei Jahren vor der Wiederholungsuntersuchung Kraftfahrzeuge der Klasse C oder der Unterklasse C1 gelenkt haben.

§ 25. Inkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt mit 1. November 1997 in Kraft.

(2) Mit dem Inkrafttreten dieser Verordnung treten die §§ 30 bis 35 und § 66 Abs. 1 Z 5 und 6 der Kraftfahrzeuggesetz-Durchführungsverordnung 1967, BGBl. Nr. 399, in der Fassung der Verordnung BGBl. II Nr. 1997/80 außer Kraft.

(3) § 23 in der Fassung BGBl. II Nr. 2002/16 tritt mit 1. Jänner 2002, jedoch nicht vor dem der Kundmachung des genannten Bundesgesetzblattes folgenden Tag, in Kraft.

(4) § 18 Abs. 5 in der Fassung BGBl. II Nr. 2006/64 tritt mit 1. Oktober 2006 in Kraft.

4.2 Zuweisungsformulare

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Zahl:

**An den/die
Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde und Optometrie**

Betrifft: ERSUCHEN UM BEFUND BZW. STELLUNGNAHME

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Bei oben genanntem(r) FührerscheinwerberIn bzw. -besitzerIn wurde ein Leiden/eine Erkrankung, Ihr Fachgebiet betreffend, festgestellt.

Zuweisungsgrund/Anamnese:

.....

.....

.....

Führerscheinklasse:

Gruppe 1
 (= Klassen A, B, B+E, F)

Gruppe 2
 (= Klassen C, D, C+E, D+E,
 Unterklassen C1 und C1+E)

Diese Stellungnahme hat gemäß Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung zu enthalten:

- Identitätsnachweis des Patienten
- Sehschärfe beider Augen mit oder ohne Korrektur (mit Korrekturangabe!)
- Gesichtsfeld beider Augen (Goldmann III/4) – Gradangabe!
- Fähigkeit zum Dämmerungssehen, Angabe der Kontraststufe
- Augenhintergrund
- Augenerkrankungen mit Prognose
- Beurteilung des Krankheitsbildes hinsichtlich der Auswirkung des Lenkens eines Kfz obiger Gruppe
- Positive (befürwortende) oder ablehnende Stellungnahme zum Lenken eines Kfz obiger Gruppe im Falle von Doppelsehen oder Augenzittern
- Empfohlene ärztliche Kontrolluntersuchungen – Grund angeben!

Mit freundlichen Grüßen

! INFORMATION FÜR DEN FÜHRERSCHEINWERBER/-BESITZER !

- 1) **Diese Zuweisung ist dem Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie vorzulegen!**
- 2) Die Kosten für die fachärztliche Stellungnahme im oben genannten Umfang sind von Ihnen zu tragen!

Auszug aus der aktuellen Führerscheingetz-Gesundheitsverordnung

§ 5. Gesundheit

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend gesund gilt eine Person, bei der keine der folgenden Krankheiten festgestellt wurde:
1. schwere Allgemeinerkrankungen oder schwere lokale Erkrankungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 2. organische Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 3. Erkrankungen, bei denen es zu unvorhersehbaren Bewußtseinsstörungen oder -trübungen kommt,
 4. schwere psychische Erkrankungen gemäß § 13 sowie:
 - a) Alkoholabhängigkeit oder
 - b) andere Abhängigkeiten, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 5. Augenerkrankungen, die das Sehvermögen beeinträchtigen.

(2) Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung zur Feststellung der Gesundheit gemäß Abs. 1 Z 1 ein krankhafter Zustand ergibt, der die Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist gegebenenfalls eine fachärztliche Stellungnahme einzuholen; bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4 ist eine entsprechende fachärztliche Stellungnahme einzuholen, die die kraftfahrerspezifische Leistungsfähigkeit mitzubeurteilen hat. Bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 4 lit. a und b ist zusätzlich eine verkehrspsychologische Stellungnahme einzuholen.

§ 6. Behinderungen

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend frei von Behinderungen gilt eine Person, bei der keine der folgenden Behinderungen vorliegt:
1. grobe Störungen des Raum- und Muskelsinnes, des Tastgefühles oder der Koordination der Muskelbewegungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 2. organische Veränderungen, die eine respiratorische Insuffizienz oder eine Vitalkapazität unter 1,5 Liter Atemluft verursachen,
 3. Defekte an Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 4. entfällt (Anm. aufgehoben durch BGGI II Nr. 2006/64),
 5. eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke, Muskulatur und Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen kann,
 6. mangelhaftes Sehvermögen oder
 7. mangelhaftes Hörvermögen oder Störungen des Gleichgewichtes.

(2) Personen, bei denen Defekte an den Gliedmaßen im Sinne des Abs. 1 Z 3 oder 5 festgestellt wurden, die durch Verwendung von Körperersatzstücken oder Behelfen oder von Fahrzeugen mit bestimmten Merkmalen oder von Invalidenkraftfahrzeugen oder Ausgleichkraftfahrzeugen ausgeglichen werden können, gelten unter den in § 8 Abs. 3 Z 2 oder 3 FSG angeführten Voraussetzungen als zum Lenken von Kraftfahrzeugen bedingt oder beschränkt geeignet.

§ 7. Sehvermögen

(1) Alle Bewerber um eine Lenkberechtigung müssen sich einer Untersuchung unterziehen, um sicherzustellen, daß sie ein für das sichere Lenken von Kraftfahrzeugen ausreichendes Sehvermögen haben. In Zweifelsfällen ist der Bewerber von einem Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie zu untersuchen. Bei dieser Untersuchung ist unter anderem die Sehschärfe, das Gesichtsfeld sowie die Fähigkeit zum Dämmerungssehen zu untersuchen und auf fortschreitende Augenkrankheiten zu achten.

- (2) Die im § 6 Abs. 1 Z 6 angeführte mangelhafte Sehschärfe liegt vor, wenn nicht erreicht wird eine Sehschärfe mit oder ohne Korrektur
1. für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 von mindestens 0,5 auf einem Auge und von mindestens 0,4 auf dem anderen Auge;
 2. für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 von mindestens 0,8 auf einem Auge und von mindestens 0,5 auf dem anderen.

(3) Wird die in Abs. 2 geforderte Sehschärfe nur mit Korrektur erreicht, so ist die Verwendung eines entsprechenden Sehbehelfes beim Lenken eines Kraftfahrzeuges vorzuschreiben. Für die Sehbehelfe ist folgendes zu beachten:

1. Lochbrillen (stenopäische Brillen) dürfen nicht verwendet werden;
2. Zylindergläser dürfen nicht kreisrund sein;
3. bei Verwendung von Kontaktlinsen ist deren Eignung für die betreffende Person von einem Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie zu bestätigen.

(4) Bestehen weitere Mängel des Sehvermögens, so ist die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen gemäß § 8 zu beurteilen, wobei Lenkern von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 nur dann eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden darf, wenn dies ausdrücklich bestimmt ist.

§ 8. Mängel des Sehvermögens

- (1) Wird die in § 7 Abs. 2 erforderliche Sehschärfe nur mit Korrektur erreicht, so gilt die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen als gegeben, wenn
1. bei Lenkern der Gruppe 1
 - a) die Gläserstärke nicht mehr als +8 oder -10 Dioptrien sphärisch und ± 2 Dioptrien zylindrisch beträgt und die Korrekturdifferenz nicht mehr als 2 Dioptrien zwischen den beiden Augen beträgt oder
 - b) eine entsprechende fachärztliche Stellungnahme vorliegt, die die für das Lenken von Kraftfahrzeugen notwendige Sehschärfe bestätigt oder
 - c) die erforderliche Sehschärfe mittels Kontaktlinsen erreicht wird, und wenn auf Grund der bisherigen Verwendung von Sehbehelfen keine Bedenken bestehen;
 2. bei Lenkern der Gruppe 2 das Sehvermögen ohne Korrektur auf keinem Auge weniger als 0,05 beträgt und
 - a) die Gläserstärke nicht über +8 oder -8 Dioptrien sphärisch und ± 2 Dioptrien zylindrisch beträgt und die Korrekturdifferenz nicht mehr als 2 Dioptrien zwischen den beiden Augen beträgt oder
 - b) die erforderliche Sehschärfe mittels Kontaktlinsen erreicht wird.

(2) Wird eine fortschreitende Augenkrankheit festgestellt oder angegeben, so kann eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(3) Ergibt die fachärztliche Untersuchung einen Verdacht auf andere Augenerkrankungen, die das sichere Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken würden, so kann in Ausnahmefällen auf Grund einer erfolgreichen Beobachtungsfahrt eine befristete Lenkberechtigung der Gruppe 1 erteilt werden.

(4) Ergibt die fachärztliche Untersuchung ein horizontales Gesichtsfeld von weniger als 120 Grad auf einem Auge, so sind die Bestimmungen des Abs. 5 über die funktionelle Einäugigkeit anzuwenden; betrifft der Gesichtsfelddefekt beide Augen, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

(5) Fehlt ein Auge oder ist es praktisch blind oder ist eine funktionelle Einäugigkeit gegeben, so kann eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 für einen Zeitraum von höchstens fünf Jahren erteilt werden, wenn durch eine fachärztliche Stellungnahme bestätigt wird, daß beim normal sehenden Auge ein normales Gesichtsfeld und eine Sehschärfe von mindestens 0,8 ohne oder mit Korrektur vorhanden ist. Eventuelle Anzeichen bei beginnender Erkrankung des sehenden Auges müssen dahingehend beurteilt werden, in welchem Zeitraum eine augenärztliche Kontrolluntersuchung erforderlich ist; die Eignung kann nur für diesen Zeitraum angenommen werden. Bei der Festsetzung des Zeitraumes ist auch auf die Ursache und den Zeitpunkt des Verlustes oder der Blindheit des einen Auges Bedacht zu nehmen. Erforderlichenfalls muß durch eine Beobachtungsfahrt oder eine Überprüfung der kraftfahrerspezifischen Leistungsfähigkeit festgestellt werden, ob der Verlust eines Auges ausreichend kompensiert werden kann. Bei der Erteilung der Lenkberechtigung für das Lenken von Kraftfahrzeugen ohne Windschutzscheiben oder mit Windschutzscheiben, deren oberer Rand nicht höher liegt als die Augen des Lenkers beim Lenken, ist als Auflage die Benützung eines Augenschutzes vorzuschreiben.

(6) Im Falle des Doppelsehens ist die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme gegeben, unter der Auflage der Verwendung einer entsprechenden optischen Vorrichtung wie schwarzes Glas, Matglas usw., die die Sicht eines Auges ausschaltet. In diesem Fall sind überdies die Bestimmungen des Abs. 5 über die funktionelle Einäugigkeit anzuwenden.

(7) Bei Vorliegen von Augenzittern (Nystagmus) ist auch bei Erbringen der geforderten Sehschärfe eine fachärztliche Stellungnahme beizubringen, die die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 bestätigt.

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Zahl:

An den/die**Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen**Betrifft: **ERSUCHEN UM STELLUNGNAHME**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Bei oben genanntem(r) FührerscheinwerberIn bzw. -besitzerIn wurde eine Erkrankung,
Ihr Fachgebiet betreffend, festgestellt.

Zuweisungsgrund/Anamnese:

.....

.....

.....

Führerscheinklasse:
 Gruppe 1
(= Klassen A, B, B+E, F)

 Gruppe 2
(= Klassen C, D, C+E, D+E,
Unterklassen C1 und C1+E)
Diese Stellungnahme hat gemäß Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung zu enthalten:

- Identitätsnachweis des Patienten
- Vorgeschichte
- Diagnose
- Tonaudiometrische Untersuchung
- Prüfung der Gleichgewichtsfunktion
- Auswirkungen, die für das Lenken eines Kfz bedeutsam sind
- Positive (befürwortende) oder ablehnende Stellungnahme zum Lenken eines Kfz obiger Gruppe
- Aussage über Verlauf und Verschlechterungsneigung der Krankheit
- Empfohlene ärztliche Kontrolluntersuchungen – Grund angeben!

Mit freundlichen Grüßen

! INFORMATION FÜR DEN FÜHRERSCHEINWERBER/-BESITZER !

- 1) **Diese Zuweisung ist dem Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen vorzulegen!**
- 2) Die Kosten für die fachärztliche Stellungnahme im oben genannten Umfang sind von Ihnen zu tragen!

Auszug aus der aktuellen Führerscheinggesetz-Gesundheitsverordnung

§ 5. Gesundheit

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend gesund gilt eine Person, bei der keine der folgenden Krankheiten festgestellt wurde:
1. schwere Allgemeinerkrankungen oder schwere lokale Erkrankungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 2. organische Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 3. Erkrankungen, bei denen es zu unvorhersehbaren Bewußtseinsstörungen oder -trübungen kommt,
 4. schwere psychische Erkrankungen gemäß § 13 sowie:
 - a) Alkoholabhängigkeit oder
 - b) andere Abhängigkeiten, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 5. Augenerkrankungen, die das Sehvermögen beeinträchtigen.

(2) Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung zur Feststellung der Gesundheit gemäß Abs. 1 Z 1 ein krankhafter Zustand ergibt, der die Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist gegebenenfalls eine fachärztliche Stellungnahme einzuholen; bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4 ist eine entsprechende fachärztliche Stellungnahme einzuholen, die die kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit mitzubeurteilen hat. Bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 4 lit. a und b ist zusätzlich eine verkehrspsychologische Stellungnahme einzuholen.

§ 6. Behinderungen

(1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend frei von Behinderungen gilt eine Person, bei der keine der folgenden Behinderungen vorliegt:

1. grobe Störungen des Raum- und Muskelsinnes, des Tastgefühles oder der Koordination der Muskelbewegungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
2. organische Veränderungen, die eine respiratorische Insuffizienz oder eine Vitalkapazität unter 1,5 Liter Atemluft verursachen,
3. Defekte an Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
4. entfällt (Anm. aufgehoben durch BGBl II Nr. 2006/64),
5. eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke, Muskulatur und Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen kann,
6. mangelhaftes Sehvermögen oder
7. mangelhaftes Hörvermögen oder Störungen des Gleichgewichtes.

(2) Personen, bei denen Defekte an den Gliedmaßen im Sinne des Abs. 1 Z 3 oder 5 festgestellt wurden, die durch Verwendung von Körperersatzstücken oder Behelfen oder von Fahrzeugen mit bestimmten Merkmalen oder von Invalidenkraftfahrzeugen oder Ausgleichskraftfahrzeugen ausgeglichen werden können, gelten unter den in § 8 Abs. 3 Z 2 oder 3 FSG angeführten Voraussetzungen als zum Lenken von Kraftfahrzeugen bedingt oder beschränkt geeignet.

§ 9. Hörvermögen

Das in § 6 Abs. 1 Z 7 angeführte mangelhafte Hörvermögen liegt vor, wenn ohne Verwendung von Hörbehelfen nicht erreicht wird ein Hörvermögen bei beidohriger Prüfung

1. für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 für Konversationssprache auf eine Entfernung von mindestens 1 m,
2. für das Lenken von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 für Konversationssprache auf eine Entfernung von 6 m.

Wird das in Z 1 oder 2 angeführte Hörvermögen nicht erreicht, so ist eine fachärztliche Stellungnahme erforderlich, die nur nach einer tonaudiometrischen Untersuchung und einer Prüfung der Gleichgewichtsfunktion, wie etwa durch Steh- und Tretversuch sowie Blindgang, erstellt werden darf. Bei eventuellen Anzeichen auf Erkrankungen im Bereich der Hör- und Gleichgewichtsorgane ist deren Auswirkung auf die Eignung zum sicheren Beherrschen eines Kraftfahrzeuges zu beurteilen. Erforderlichenfalls muß durch eine Beobachtungsfahrt oder eine Untersuchung der kraftfahrtspezifischen Leistungsfähigkeit festgestellt werden, ob das mangelnde oder fehlende Hörvermögen ausreichend kompensiert werden kann.

§ 16. Andere Leiden

(1) Personen, an denen eine Organtransplantation vorgenommen wurde oder die ein Implantat erhalten haben, darf, wenn sich dies auf die Fahrtüchtigkeit auswirken kann, eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden Stellungnahme eines zuständigen Facharztes und gegebenenfalls ärztlicher Kontrolluntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(2) Personen, die an einer in den vorangehenden Bestimmungen nicht genannten Krankheit leiden, diese jedoch eine funktionelle Untauglichkeit bedeuten oder zur Folge haben kann, so daß dadurch beim Lenken eines Kraftfahrzeugs die Sicherheit im Straßenverkehr gefährdet wird, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Zahl:

**An den/die
Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin**Betrifft: ERSUCHEN UM STELLUNGNAHME

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Bei oben genanntem(r) FührerscheinwerberIn bzw. -besitzerIn wurde eine Erkrankung,
Ihr Fachgebiet betreffend, festgestellt.**Zuweisungsgrund/Anamnese:**

.....

.....

.....

Führerscheinklasse: **Gruppe 1**
(= Klassen A, B, B+E, F) **Gruppe 2**
(= Klassen C, D, C+E, D+E,
Unterklassen C1 und C1+E)Diese Stellungnahme hat gemäß Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung zu enthalten:

- Identitätsnachweis des Patienten
- Vorgeschichte
- Diagnose
- Befunde, die für das Lenken eines Kfz bedeutsam sind
- Therapie und Compliance
- Positive (befürwortende) oder ablehnende Stellungnahme zum Lenken eines Kfz obiger Gruppe
- Aussage über Verlauf und Verschlechterungsneigung der Krankheit aus interner Sicht
- Empfohlene ärztliche Kontrolluntersuchungen – Grund angeben!

Mit freundlichen Grüßen

! INFORMATION FÜR DEN FÜHRERSCHEINWERBER/-BESITZER !

- 1) **Diese Zuweisung ist dem Facharzt für Innere Medizin vorzulegen!**
- 2) Die Kosten für die fachärztliche Stellungnahme im oben genannten Umfang sind von Ihnen zu tragen!

Auszug aus der aktuellen Führerscheingetz-Gesundheitsverordnung

§ 5. Gesundheit

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend gesund gilt eine Person, bei der keine der folgenden Krankheiten festgestellt wurde:
1. schwere Allgemeinerkrankungen oder schwere lokale Erkrankungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 2. organische Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 3. Erkrankungen, bei denen es zu unvorhersehbaren Bewußtseinsstörungen oder -trübungen kommt,
 4. schwere psychische Erkrankungen gemäß § 13 sowie:
 - a) Alkoholabhängigkeit oder
 - b) andere Abhängigkeiten, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 5. Augenerkrankungen, die das Sehvermögen beeinträchtigen.

(2) Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung zur Feststellung der Gesundheit gemäß Abs. 1 Z 1 ein krankhafter Zustand ergibt, der die Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist gegebenenfalls eine fachärztliche Stellungnahme einzuholen; bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4 ist eine entsprechende fachärztliche Stellungnahme einzuholen, die die kraftfahrerspezifische Leistungsfähigkeit mitzubeurteilen hat. Bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 4 lit. a und b ist zusätzlich eine verkehrspsychologische Stellungnahme einzuholen.

§ 6. Behinderungen

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend frei von Behinderungen gilt eine Person, bei der keine der folgenden Behinderungen vorliegt:
1. grobe Störungen des Raum- und Muskelsinnes, des Tastgefühles oder der Koordination der Muskelbewegungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 2. organische Veränderungen, die eine respiratorische Insuffizienz oder eine Vitalkapazität unter 1,5 Liter Atemluft verursachen,
 3. Defekte an Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 4. entfällt (Anm. aufgehoben durch BGBl II Nr. 2006/64),
 5. eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke, Muskulatur und Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen kann,
 6. mangelhaftes Sehvermögen oder
 7. mangelhaftes Hörvermögen oder Störungen des Gleichgewichtes.

(2) Personen, bei denen Defekte an den Gliedmaßen im Sinne des Abs. 1 Z 3 oder 5 festgestellt wurden, die durch Verwendung von Körperersatzstücken oder Behelfen oder von Fahrzeugen mit bestimmten Merkmalen oder von Invalidenkraftfahrzeugen oder Ausgleichkraftfahrzeugen ausgeglichen werden können, gelten unter den in § 8 Abs. 3 Z 2 oder 3 FSG angeführten Voraussetzungen als zum Lenken von Kraftfahrzeugen bedingt oder beschränkt geeignet.

§ 10. Herz- und Gefäßkrankheiten

(1) Personen mit Herzrhythmusstörungen, die zu unvorhergesehenen Bewußtseinstrübungen oder -störungen führen können, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

(2) Personen mit Herzschrittmacher darf eine Lenkberechtigung nur vorbehaltlich einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden.

(3) Ob einer Person, die unter Blutdruckanomalien leidet, eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden kann, ist nach den übrigen Ergebnissen der ärztlichen Untersuchung, den möglichen Komplikationen und der daraus gegebenenfalls für die Sicherheit im Straßenverkehr erwachsenden Gefahr zu beurteilen.

(4) Personen, bei denen es im Ruhe- oder Erregungszustand zu Angina-pectoris-Anfällen kommt, darf eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 weder erteilt noch belassen werden; für die Gruppe 1 kann eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden. Personen, die einen Herzinfarkt erlitten haben, darf eine Lenkberechtigung nur vorbehaltlich einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden.

§ 11. Zuckerkrankheit

(1) Zuckerkranken darf eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden.

(2) Zuckerkranken, die mit Insulin behandelt werden müssen, darf eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 nur in außergewöhnlichen, durch die Stellungnahme eines zuständigen Facharztes begründeten Fällen und unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen und amtsärztlicher Nachuntersuchungen erteilt oder belassen werden.

§ 14. Alkohol, Sucht- und Arzneimittel

(1) Personen, die von Alkohol, einem Sucht- oder Arzneimittel abhängig sind oder den Konsum dieser Mittel nicht soweit einschränken können, daß sie beim Lenken eines Kraftfahrzeuges nicht beeinträchtigt sind, darf, soweit nicht Abs. 4 anzuwenden ist, eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden. Personen, bei denen der Verdacht einer Alkohol-, Suchtmittel- oder Arzneimittelabhängigkeit besteht, haben eine fachärztliche psychiatrische Stellungnahme beizubringen.

(2) Lenker von Kraftfahrzeugen, bei denen ein Alkoholgehalt des Blutes von 1,6 g/l (1,6 Promille) oder mehr oder der Atemluft von 0,8 mg/l oder mehr festgestellt wurde, haben ihre psychologische Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische Stellungnahme nachzuweisen.

(3) Personen, die ohne abhängig zu sein, in einem durch Sucht- oder Arzneimittel beeinträchtigten Zustand ein Kraftfahrzeug gelenkt haben, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden, es sei denn, sie haben ihre Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische und eine fachärztliche Stellungnahme nachgewiesen.

(4) Personen, die aus medizinischen Gründen Sucht- oder Arzneimittel erhalten, die geeignet sind, die Fahrtauglichkeit zu beeinträchtigen, darf nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden.

(5) Personen, die alkohol-, suchtmittel- oder arzneimittelabhängig waren oder damit gehäuftem Mißbrauch begangen haben, ist nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme und unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 zu erteilen oder wiederzuerteilen.

§ 15. Nierenerkrankungen

(1) Nach einer befürwortenden Stellungnahme eines zuständigen Facharztes kann Personen, die unter einer schweren Niereninsuffizienz leiden, unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 erteilt oder belassen werden.

(2) Personen, die unter einer schweren Niereninsuffizienz leiden, darf eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 nur in außergewöhnlichen, durch die Stellungnahme eines zuständigen Facharztes begründeten Fällen und unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen erteilt oder belassen werden.

§ 16. Andere Leiden

(1) Personen, an denen eine Organtransplantation vorgenommen wurde oder die ein Implantat erhalten haben, darf, wenn sich dies auf die Fahrtüchtigkeit auswirken kann, eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden Stellungnahme eines zuständigen Facharztes und gegebenenfalls ärztlicher Kontrolluntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(2) Personen, die an einer in den vorangehenden Bestimmungen nicht genannten Krankheit leiden, diese jedoch eine funktionelle Untauglichkeit bedeuten oder zur Folge haben kann, so daß dadurch beim Lenken eines Kraftfahrzeuges die Sicherheit im Straßenverkehr gefährdet wird, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Zahl:

**An den/die
Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin**Betrifft: ERSUCHEN UM STELLUNGNAHME

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Bei oben genanntem(r) FührerscheinwerberIn bzw. -besitzerIn wurde eine Erkrankung,
Ihr Fachgebiet betreffend, festgestellt.**Zuweisungsgrund/Anamnese:** *Diabetes mellitus*.....

Führerscheinklasse:

 Gruppe 1
(= Klassen A, B, B+E, F) **Gruppe 2**
(= Klassen C, D, C+E, D+E,
Unterklassen C1 und C1+E)Diese Stellungnahme hat gemäß Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung zu enthalten:

- Identitätsnachweis des Patienten
- Vorgeschichte
- Diagnosen, **Folgeschäden** der Augen, der Niere, der Nerven? Begleiterkrankungen? Herzerkrankung? zerebrales Ereignis? periphere Durchblutungsstörung?
- Befunde, die für das Lenken eines Kfz bedeutsam sind: **HbA1c**, Blutzuckerprotokoll der letzten 6 Monate hinsichtlich Hyperglykämien und Hypos.
- Therapie und Compliance, **Hypoglykämiewahrnehmung** gegeben?
- Positive (**befürwortende**) oder ablehnende Stellungnahme zum Lenken eines Kfz obiger Gruppe
- Aussage, ob eine **dauerhafte Stabilisierung** der Krankheit aus interner Sicht vorliegt mit Begründung
- In welchen Abständen werden verkehrsmedizinische Kontrolluntersuchungen empfohlen?

Mit freundlichen Grüßen

! INFORMATION FÜR DEN FÜHRERSCHEINWERBER/-BESITZER !

- 3) **Diese Zuweisung ist dem Facharzt für Innere Medizin vorzulegen!**
- 4) Die Kosten für die fachärztliche Stellungnahme im oben genannten Umfang sind von Ihnen zu tragen!

Auszug aus der aktuellen Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung

§ 5. Gesundheit

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend gesund gilt eine Person, bei der keine der folgenden Krankheiten festgestellt wurde:
1. schwere Allgemeinerkrankungen oder schwere lokale Erkrankungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 2. organische Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 3. Erkrankungen, bei denen es zu unvorhersehbaren Bewußtseinsstörungen oder -trübungen kommt,
 4. schwere psychische Erkrankungen gemäß § 13 sowie:
 - a) Alkoholabhängigkeit oder
 - b) andere Abhängigkeiten, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 5. Augenerkrankungen, die das Sehvermögen beeinträchtigen.

(2) Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung zur Feststellung der Gesundheit gemäß Abs. 1 Z 1 ein krankhafter Zustand ergibt, der die Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist gegebenenfalls eine fachärztliche Stellungnahme einzuholen; bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4 ist eine entsprechende fachärztliche Stellungnahme einzuholen, die die kraftfahrerspezifische Leistungsfähigkeit mitzubeurteilen hat. Bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 4 lit. a und b ist zusätzlich eine verkehrspsychologische Stellungnahme einzuholen.

§ 6. Behinderungen

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend frei von Behinderungen gilt eine Person, bei der keine der folgenden Behinderungen vorliegt:
1. grobe Störungen des Raum- und Muskelsinnes, des Tastgefühles oder der Koordination der Muskelbewegungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 2. organische Veränderungen, die eine respiratorische Insuffizienz oder eine Vitalkapazität unter 1,5 Liter Atemluft verursachen,
 3. Defekte an Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 4. entfällt (Anm. aufgehoben durch BGBl II Nr. 2006/64),
 5. eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke, Muskulatur und Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen kann,
 6. mangelhaftes Sehvermögen oder
 7. mangelhaftes Hörvermögen oder Störungen des Gleichgewichtes.

(2) Personen, bei denen Defekte an den Gliedmaßen im Sinne des Abs. 1 Z 3 oder 5 festgestellt wurden, die durch Verwendung von Körperersatzstücken oder Behelfen oder von Fahrzeugen mit bestimmten Merkmalen oder von Invalidenkraftfahrzeugen oder Ausgleichskraftfahrzeugen ausgeglichen werden können, gelten unter den in § 8 Abs. 3 Z 2 oder 3 FSG angeführten Voraussetzungen als zum Lenken von Kraftfahrzeugen bedingt oder beschränkt geeignet.

§ 10. Herz- und Gefäßkrankheiten

(1) Personen mit Herzrhythmusstörungen, die zu unvorhergesehenen Bewußtseinstrübungen oder -störungen führen können, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

(2) Personen mit Herzschrittmacher darf eine Lenkberechtigung nur vorbehaltlich einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden.

(3) Ob einer Person, die unter Blutdruckanomalien leidet, eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden kann, ist nach den übrigen Ergebnissen der ärztlichen Untersuchung, den möglichen Komplikationen und der daraus gegebenenfalls für die Sicherheit im Straßenverkehr erwachsenden Gefahr zu beurteilen.

(4) Personen, bei denen es im Ruhe- oder Erregungszustand zu Angina-pectoris-Anfällen kommt, darf eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 weder erteilt noch belassen werden; für die Gruppe 1 kann eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden. Personen, die einen Herzinfarkt erlitten haben, darf eine Lenkberechtigung nur vorbehaltlich einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden.

§ 11. Zuckerkrankheit

(1) Zuckerkranken darf eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden.

(2) Zuckerkranken, die mit Insulin behandelt werden müssen, darf eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 nur in außergewöhnlichen, durch die Stellungnahme eines zuständigen Facharztes begründeten Fällen und unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen und amtsärztlicher Nachuntersuchungen erteilt oder belassen werden.

§ 14. Alkohol, Sucht- und Arzneimittel

(1) Personen, die von Alkohol, einem Sucht- oder Arzneimittel abhängig sind oder den Konsum dieser Mittel nicht soweit einschränken können, daß sie beim Lenken eines Kraftfahrzeuges nicht beeinträchtigt sind, darf, soweit nicht Abs. 4 anzuwenden ist, eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden. Personen, bei denen der Verdacht einer Alkohol-, Suchtmittel- oder Arzneimittelabhängigkeit besteht, haben eine fachärztliche psychiatrische Stellungnahme beizubringen.

(2) Lenker von Kraftfahrzeugen, bei denen ein Alkoholgehalt des Blutes von 1,6 g/l (1,6 Promille) oder mehr oder der Atemluft von 0,8 mg/l oder mehr festgestellt wurde, haben ihre psychologische Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische Stellungnahme nachzuweisen.

(3) Personen, die ohne abhängig zu sein, in einem durch Sucht- oder Arzneimittel beeinträchtigten Zustand ein Kraftfahrzeug gelenkt haben, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden, es sei denn, sie haben ihre Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische und eine fachärztliche Stellungnahme nachgewiesen.

(4) Personen, die aus medizinischen Gründen Sucht- oder Arzneimittel erhalten, die geeignet sind, die Fahrtauglichkeit zu beeinträchtigen, darf nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden.

(5) Personen, die alkohol-, suchtmittel- oder arzneimittelabhängig waren oder damit gehäuftem Mißbrauch begangen haben, ist nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme und unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 zu erteilen oder wiederzuerteilen.

§ 15. Nierenerkrankungen

(1) Nach einer befürwortenden Stellungnahme eines zuständigen Facharztes kann Personen, die unter einer schweren Niereninsuffizienz leiden, unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 erteilt oder belassen werden.

(2) Personen, die unter einer schweren Niereninsuffizienz leiden, darf eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 nur in außergewöhnlichen, durch die Stellungnahme eines zuständigen Facharztes begründeten Fällen und unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen erteilt oder belassen werden.

§ 16. Andere Leiden

(1) Personen, an denen eine Organtransplantation vorgenommen wurde oder die ein Implantat erhalten haben, darf, wenn sich dies auf die Fahrtüchtigkeit auswirken kann, eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden Stellungnahme eines zuständigen Facharztes und gegebenenfalls ärztlicher Kontrolluntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(2) Personen, die an einer in den vorangehenden Bestimmungen nicht genannten Krankheit leiden, diese jedoch eine funktionelle Untauglichkeit bedeuten oder zur Folge haben kann, so daß dadurch beim Lenken eines Kraftfahrzeuges die Sicherheit im Straßenverkehr gefährdet wird, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Zahl:

**An den/die
Facharzt/Fachärztin für Neurologie**Betrifft: ERSUCHEN UM STELLUNGNAHME

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Bei oben genanntem(r) FührerscheinwerberIn bzw. -besitzerIn wurde eine Erkrankung,
Ihr Fachgebiet betreffend, festgestellt.**Zuweisungsgrund/Anamnese:**

.....

.....

Führerscheinklasse: **Gruppe 1**
(= Klassen A, B, B+E, F) **Gruppe 2**
(= Klassen C, D, C+E, D+E,
Unterklassen C1 und C1+E)Diese Stellungnahme hat gemäß Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung zu enthalten:

- Identitätsnachweis des Patienten
- Vorgeschichte
- Diagnose
- Aus der Erkrankung resultierende Behinderungen
- Auswirkungen auf das Lenken von Kraftfahrzeugen
- Therapie und Compliance
- Bei Anfallsleiden EEG und Dauer der Anfallsfreiheit
- positive (befürwortende) oder ablehnende Stellungnahme zum Lenken eines Kfz obiger Gruppe
- Aussage über Verlauf und Prognose der Krankheit
- Empfohlene ärztliche Kontrolluntersuchungen – Grund angeben!

Mit freundlichen Grüßen

! INFORMATION FÜR DEN FÜHRERSCHEINWERBER/-BESITZER !

- 1) **Diese Zuweisung ist dem Facharzt für Neurologie vorzulegen!**
- 2) Die Kosten für die fachärztliche Stellungnahme im oben genannten Umfang sind von Ihnen zu tragen!

Auszug aus der aktuellen Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung

§ 5. Gesundheit

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend gesund gilt eine Person, bei der keine der folgenden Krankheiten festgestellt wurde:
1. schwere Allgemeinerkrankungen oder schwere lokale Erkrankungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 2. organische Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 3. Erkrankungen, bei denen es zu unvorhersehbaren Bewußtseinsstörungen oder -trübungen kommt,
 4. schwere psychische Erkrankungen gemäß § 13 sowie:
 - a) Alkoholabhängigkeit oder
 - b) andere Abhängigkeiten, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 5. Augenerkrankungen, die das Sehvermögen beeinträchtigen.

(2) Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung zur Feststellung der Gesundheit gemäß Abs. 1 Z 1 ein krankhafter Zustand ergibt, der die Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist gegebenenfalls eine fachärztliche Stellungnahme einzuholen; bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4 ist eine entsprechende fachärztliche Stellungnahme einzuholen, die die kraftfahrerspezifische Leistungsfähigkeit mitzubeurteilen hat. Bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 4 lit. a und b ist zusätzlich eine verkehrspsychologische Stellungnahme einzuholen.

§ 6. Behinderungen

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend frei von Behinderungen gilt eine Person, bei der keine der folgenden Behinderungen vorliegt:
1. grobe Störungen des Raum- und Muskelsinnes, des Tastgefühles oder der Koordination der Muskelbewegungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 2. organische Veränderungen, die eine respiratorische Insuffizienz oder eine Vitalkapazität unter 1,5 Liter Atemluft verursachen,
 3. Defekte an Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 4. entfällt (Anm. aufgehoben durch BGBI II Nr. 2006/64),
 5. eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke, Muskulatur und Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen kann,
 6. mangelhaftes Sehvermögen oder
 7. mangelhaftes Hörvermögen oder Störungen des Gleichgewichtes.

(2) Personen, bei denen Defekte an den Gliedmaßen im Sinne des Abs. 1 Z 3 oder 5 festgestellt wurden, die durch Verwendung von Körperersatzstücken oder Helfern oder von Fahrzeugen mit bestimmten Merkmalen oder von Invalidenkraftfahrzeugen oder Ausgleichskraftfahrzeugen ausgeglichen werden können, gelten unter den in § 8 Abs. 3 Z 2 oder 3 FSG angeführten Voraussetzungen als zum Lenken von Kraftfahrzeugen bedingt oder beschränkt geeignet.

§ 12. Krankheiten des Nervensystems

(1) Personen, die an einer schweren Erkrankung des Nervensystems leiden, darf eine Lenkberechtigung nur erteilt oder belassen werden, wenn die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen auch durch eine fachärztliche Stellungnahme bestätigt wird.

(2) Störungen des Nervensystems, die auf Erkrankungen, Verletzungen oder Operationen des zentralen oder peripheren Nervensystems zurückzuführen sind, sich in motorischen, sensiblen, sensorischen, trophischen und/oder neuropsychiatrischen oder neuropsychologischen Symptomen äußern und das Gleichgewicht und die Koordinierung stören, sind im Hinblick auf ihre kraftfahrerspezifische Funktionsbeeinträchtigung und Prognose zu beurteilen. Bei Gefahr einer Verschlechterung kann die Lenkberechtigung nur unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen und amtsärztlicher Nachuntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(3) Personen, die unter epileptischen Anfällen oder anderen anfallsartigen Bewußtseinsstörungen oder -trübungen leiden, kann eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 nur unter Einbeziehung einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden. Der Facharzt hat die Epilepsie oder andere Bewußtseinsstörungen, deren klinische Form und Entwicklung, die bisherige Behandlung und die Anfallsfreiheit und das Anfallsrisiko zu beurteilen. Hingegen darf solchen Personen keine Lenkberechtigung der Gruppe 2 erteilt oder belassen werden.

§ 13. Psychische Krankheiten und Behinderungen

(1) Als ausreichend frei von psychischen Krankheiten im Sinne des § 3 Abs. 1 Z 1 gelten Personen, bei denen keine Erscheinungsformen von solchen Krankheiten vorliegen, die eine Beeinträchtigung des Fahrverhaltens erwarten lassen. Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung der Verdacht einer psychischen Erkrankung ergibt, der die psychische Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist eine psychiatrische fachärztliche Stellungnahme beizubringen, die die kraftfahrerspezifische Leistungsfähigkeit mitbeurteilt.

- (2) Personen, bei denen
1. eine angeborene oder infolge von Krankheiten, Verletzungen oder neurochirurgischen Eingriffen erworbene schwere psychische Störung,
 2. eine erhebliche geistige Behinderung,
 3. ein schwerwiegender pathologischer Alterungsprozeß oder
 4. eine schwere persönlichkeitsbedingte Störung des Urteilsvermögens, des Verhaltens und der Anpassung besteht, darf eine Lenkberechtigung nur dann erteilt oder belassen werden, wenn das ärztliche Gutachten auf Grund einer psychiatrischen fachärztlichen Stellungnahme, in der die kraftfahrerspezifische Leistungsfähigkeit mitbeurteilt wird, die Eignung bestätigt.

§ 14. Alkohol, Sucht- und Arzneimittel

(1) Personen, die von Alkohol, einem Sucht- oder Arzneimittel abhängig sind oder den Konsum dieser Mittel nicht soweit einschränken können, daß sie beim Lenken eines Kraftfahrzeuges nicht beeinträchtigt sind, darf, soweit nicht Abs. 4 anzuwenden ist, eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden. Personen, bei denen der Verdacht einer Alkohol-, Suchtmittel- oder Arzneimittelabhängigkeit besteht, haben eine fachärztliche psychiatrische Stellungnahme beizubringen.

(2) Lenker von Kraftfahrzeugen, bei denen ein Alkoholgehalt des Blutes von 1,6 g/l (1,6 Promille) oder mehr oder der Atemluft von 0,8 mg/l oder mehr festgestellt wurde, haben ihre psychologische Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische Stellungnahme nachzuweisen.

(3) Personen, die ohne abhängig zu sein, in einem durch Sucht- oder Arzneimittel beeinträchtigten Zustand ein Kraftfahrzeug gelenkt haben, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden, es sei denn, sie haben ihre Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische und eine fachärztliche Stellungnahme nachgewiesen.

(4) Personen, die aus medizinischen Gründen Sucht- oder Arzneimittel erhalten, die geeignet sind, die Fahrtauglichkeit zu beeinträchtigen, darf nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden.

(5) Personen, die alkohol-, suchtmittel- oder arzneimittelabhängig waren oder damit gehäuftem Mißbrauch begangen haben, ist nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme und unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 zu erteilen oder wiederzuerteilen.

§ 16. Andere Leiden

(1) Personen, an denen eine Organtransplantation vorgenommen wurde oder die ein Implantat erhalten haben, darf, wenn sich dies auf die Fahrtüchtigkeit auswirken kann, eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden Stellungnahme eines zuständigen Facharztes und gegebenenfalls ärztlicher Kontrolluntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(2) Personen, die an einer in den vorangehenden Bestimmungen nicht genannten Krankheit leiden, diese jedoch eine funktionelle Untauglichkeit bedeuten oder zur Folge haben kann, so daß dadurch beim Lenken eines Kraftfahrzeugs die Sicherheit im Straßenverkehr gefährdet wird, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Zahl:

**An den/die
Facharzt/Fachärztin für Neurologie**Betrifft: ERSUCHEN UM STELLUNGNAHME

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Bei oben genanntem(r) FührerscheinwerberIn bzw. -besitzerIn wurde eine Erkrankung,
Ihr Fachgebiet betreffend, festgestellt.**Zuweisungsgrund/Anamnese:** (*Epilepsie*)

.....

.....

Führerscheinklasse: **Gruppe 1**
(= Klassen A, B, B+E, F) **Gruppe 2**
(= Klassen C, D, C+E, D+E,
Unterklassen C1 und C1+E)Diese Stellungnahme hat gemäß Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung zu enthalten:

- Identitätsnachweis des Patienten
- Vorgeschichte
- Diagnose, Beurteilung der klinischen Form und der Entwicklung des Anfallsleidens
- Bisherige Behandlung, Nebenwirkungen der antiepileptischen Therapie
- Dauer der Anfallsfreiheit und das Anfallsrisiko (Miteinbeziehung einer Fremdanamnese)
- EEG-Befund, ggf. Kommentar dazu
- ev. Angabe des Medikamentenspiegels
- positive (befürwortende) oder ablehnende Stellungnahme zum Lenken eines Kfz obiger Gruppe
- empfohlene Kontrolluntersuchungen – verkehrsmedizinischen Grund angeben!

Mit freundlichen Grüßen

! INFORMATION FÜR DEN FÜHRERSCHEINWERBER/-BESITZER !

- 3) Diese Zuweisung ist dem Facharzt für Neurologie vorzulegen!
- 4) Die Kosten für die fachärztliche Stellungnahme im oben genannten Umfang sind von Ihnen zu tragen!

Auszug aus der aktuellen Führerscheinggesetz-Gesundheitsverordnung

§ 5. Gesundheit

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend gesund gilt eine Person, bei der keine der folgenden Krankheiten festgestellt wurde:
1. schwere Allgemeinerkrankungen oder schwere lokale Erkrankungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 2. organische Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 3. Erkrankungen, bei denen es zu unvorhersehbaren Bewußtseinsstörungen oder -trübungen kommt,
 4. schwere psychische Erkrankungen gemäß § 13 sowie:
 - a) Alkoholabhängigkeit oder
 - b) andere Abhängigkeiten, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 5. Augenerkrankungen, die das Sehvermögen beeinträchtigen.

(2) Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung zur Feststellung der Gesundheit gemäß Abs. 1 Z 1 ein krankhafter Zustand ergibt, der die Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist gegebenenfalls eine fachärztliche Stellungnahme einzuholen; bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4 ist eine entsprechende fachärztliche Stellungnahme einzuholen, die die kraftfahrerspezifische Leistungsfähigkeit mitzubeurteilen hat. Bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 4 lit. a und b ist zusätzlich eine verkehrspsychologische Stellungnahme einzuholen.

§ 6. Behinderungen

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend frei von Behinderungen gilt eine Person, bei der keine der folgenden Behinderungen vorliegt:
1. grobe Störungen des Raum- und Muskelsinnes, des Tastgefühles oder der Koordination der Muskelbewegungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 2. organische Veränderungen, die eine respiratorische Insuffizienz oder eine Vitalkapazität unter 1,5 Liter Atemluft verursachen,
 3. Defekte an Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 4. entfällt (Anm. aufgehoben durch BGBI II Nr. 2006/64),
 5. eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke, Muskulatur und Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen kann,
 6. mangelhaftes Sehvermögen oder
 7. mangelhaftes Hörvermögen oder Störungen des Gleichgewichtes.

(2) Personen, bei denen Defekte an den Gliedmaßen im Sinne des Abs. 1 Z 3 oder 5 festgestellt wurden, die durch Verwendung von Körperersatzstücken oder Behelfen oder von Fahrzeugen mit bestimmten Merkmalen oder von Invalidenkraftfahrzeugen oder Ausgleichskraftfahrzeugen ausgeglichen werden können, gelten unter den in § 8 Abs. 3 Z 2 oder 3 FSG angeführten Voraussetzungen als zum Lenken von Kraftfahrzeugen bedingt oder beschränkt geeignet.

§ 12. Krankheiten des Nervensystems

(1) Personen, die an einer schweren Erkrankung des Nervensystems leiden, darf eine Lenkberechtigung nur erteilt oder belassen werden, wenn die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen auch durch eine fachärztliche Stellungnahme bestätigt wird.

(2) Störungen des Nervensystems, die auf Erkrankungen, Verletzungen oder Operationen des zentralen oder peripheren Nervensystems zurückzuführen sind, sich in motorischen, sensiblen, sensorischen, trophischen und/oder neuropsychiatrischen oder neuropsychologischen Symptomen äußern und das Gleichgewicht und die Koordinierung stören, sind im Hinblick auf ihre kraftfahrerspezifische Funktionsbeeinträchtigung und Prognose zu beurteilen. Bei Gefahr einer Verschlechterung kann die Lenkberechtigung nur unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen und amtsärztlicher Nachuntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(3) Personen, die unter epileptischen Anfällen oder anderen anfallsartigen Bewußtseinsstörungen oder -trübungen leiden, kann eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 nur unter Einbeziehung einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden. Der Facharzt hat die Epilepsie oder andere Bewußtseinsstörungen, deren klinische Form und Entwicklung, die bisherige Behandlung und die Anfallsfreiheit und das Anfallsrisiko zu beurteilen. Hingegen darf solchen Personen keine Lenkberechtigung der Gruppe 2 erteilt oder belassen werden.

§ 13. Psychische Krankheiten und Behinderungen

(1) Als ausreichend frei von psychischen Krankheiten im Sinne des § 3 Abs. 1 Z 1 gelten Personen, bei denen keine Erscheinungsformen von solchen Krankheiten vorliegen, die eine Beeinträchtigung des Fahrverhaltens erwarten lassen. Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung der Verdacht einer psychischen Erkrankung ergibt, der die psychische Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist eine psychiatrische fachärztliche Stellungnahme beizubringen, die die kraftfahrerspezifische Leistungsfähigkeit mitbeurteilt.

- (2) Personen, bei denen
1. eine angeborene oder infolge von Krankheiten, Verletzungen oder neurochirurgischen Eingriffen erworbene schwere psychische Störung,
 2. eine erhebliche geistige Behinderung,
 3. ein schwerwiegender pathologischer Alterungsprozeß oder
 4. eine schwere persönlichkeitsbedingte Störung des Urteilsvermögens, des Verhaltens und der Anpassung besteht, darf eine Lenkberechtigung nur dann erteilt oder belassen werden, wenn das ärztliche Gutachten auf Grund einer psychiatrischen fachärztlichen Stellungnahme, in der die kraftfahrerspezifische Leistungsfähigkeit mitbeurteilt wird, die Eignung bestätigt.

§ 14. Alkohol, Sucht- und Arzneimittel

(1) Personen, die von Alkohol, einem Sucht- oder Arzneimittel abhängig sind oder den Konsum dieser Mittel nicht soweit einschränken können, daß sie beim Lenken eines Kraftfahrzeuges nicht beeinträchtigt sind, darf, soweit nicht Abs. 4 anzuwenden ist, eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden. Personen, bei denen der Verdacht einer Alkohol-, Suchtmittel- oder Arzneimittelabhängigkeit besteht, haben eine fachärztliche psychiatrische Stellungnahme beizubringen.

(2) Lenker von Kraftfahrzeugen, bei denen ein Alkoholgehalt des Blutes von 1,6 g/l (1,6 Promille) oder mehr oder der Atemluft von 0,8 mg/l oder mehr festgestellt wurde, haben ihre psychologische Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische Stellungnahme nachzuweisen.

(3) Personen, die ohne abhängig zu sein, in einem durch Sucht- oder Arzneimittel beeinträchtigten Zustand ein Kraftfahrzeug gelenkt haben, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden, es sei denn, sie haben ihre Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische und eine fachärztliche Stellungnahme nachgewiesen.

(4) Personen, die aus medizinischen Gründen Sucht- oder Arzneimittel erhalten, die geeignet sind, die Fahrtauglichkeit zu beeinträchtigen, darf nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden.

(5) Personen, die alkohol-, suchtmittel- oder arzneimittelabhängig waren oder damit gehäuftem Mißbrauch begangen haben, ist nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme und unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 zu erteilen oder wiederzuerteilen.

§ 16. Andere Leiden

(1) Personen, an denen eine Organtransplantation vorgenommen wurde oder die ein Implantat erhalten haben, darf, wenn sich dies auf die Fahrtüchtigkeit auswirken kann, eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden Stellungnahme eines zuständigen Facharztes und gegebenenfalls ärztlicher Kontrolluntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(2) Personen, die an einer in den vorangehenden Bestimmungen nicht genannten Krankheit leiden, diese jedoch eine funktionelle Untauglichkeit bedeuten oder zur Folge haben kann, so daß dadurch beim Lenken eines Kraftfahrzeugs die Sicherheit im Straßenverkehr gefährdet wird, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Zahl:

**An den/die
Facharzt/Fachärztin für Lungenkrankheiten**Betrifft: ERSUCHEN UM STELLUNGNAHME

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Bei oben genanntem(r) FührerscheinwerberIn bzw. -besitzerIn wurde eine Erkrankung,
Ihr Fachgebiet betreffend, festgestellt.**Zuweisungsgrund/Anamnese:**

.....

.....

Führerscheinklasse: **Gruppe 1**
(= Klassen A, B, B+E, F) **Gruppe 2**
(= Klassen C, D, C+E, D+E,
Unterklassen C1 und C1+E)Diese Stellungnahme hat gemäß Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung zu enthalten:

- Identitätsnachweis des Patienten
- Vorgeschichte
- Diagnose
- Grad der Lungenfunktionseinschränkung
- Vitalkapazität, ev. Sauerstoffsättigung
- Therapie und Compliance
- Positive (befürwortende) oder ablehnende Stellungnahme zum Lenken eines Kfz obiger Gruppe
- Aussage über Verlauf und Verschlechterungsneigung der Krankheit
- Empfohlene ärztliche Kontrolluntersuchungen – Grund angeben!

Mit freundlichen Grüßen

! INFORMATION FÜR DEN FÜHRERSCHEINWERBER/-BESITZER !

- 1) **Diese Zuweisung ist dem Facharzt für Lungenkrankheiten vorzulegen!**
- 2) Die Kosten für die fachärztliche Stellungnahme im oben genannten Umfang sind von Ihnen zu tragen!

Auszug aus der aktuellen Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung

§ 5. Gesundheit

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend gesund gilt eine Person, bei der keine der folgenden Krankheiten festgestellt wurde:
1. schwere Allgemeinerkrankungen oder schwere lokale Erkrankungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 2. organische Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 3. Erkrankungen, bei denen es zu unvorhersehbaren Bewußtseinsstörungen oder -trübungen kommt,
 4. schwere psychische Erkrankungen gemäß § 13 sowie:
 - a) Alkoholabhängigkeit oder
 - b) andere Abhängigkeiten, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 5. Augenerkrankungen, die das Sehvermögen beeinträchtigen.

(2) Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung zur Feststellung der Gesundheit gemäß Abs. 1 Z 1 ein krankhafter Zustand ergibt, der die Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist gegebenenfalls eine fachärztliche Stellungnahme einzuholen; bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4 ist eine entsprechende fachärztliche Stellungnahme einzuholen, die die kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit mitzubeurteilen hat. Bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 4 lit. a und b ist zusätzlich eine verkehrspsychologische Stellungnahme einzuholen.

§ 6. Behinderungen

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend frei von Behinderungen gilt eine Person, bei der keine der folgenden Behinderungen vorliegt:
1. grobe Störungen des Raum- und Muskelsinnes, des Tastgefühles oder der Koordination der Muskelbewegungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 2. organische Veränderungen, die eine respiratorische Insuffizienz oder eine Vitalkapazität unter 1,5 Liter Atemluft verursachen,
 3. Defekte an Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 4. entfällt (Anm. aufgehoben durch BGBl II Nr. 2006/64),
 5. eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke, Muskulatur und Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen kann,
 6. mangelhaftes Sehvermögen oder
 7. mangelhaftes Hörvermögen oder Störungen des Gleichgewichtes.

(2) Personen, bei denen Defekte an den Gliedmaßen im Sinne des Abs. 1 Z 3 oder 5 festgestellt wurden, die durch Verwendung von Körperersatzstücken oder Behelfen oder von Fahrzeugen mit bestimmten Merkmalen oder von Invalidenkraftfahrzeugen oder Ausgleichkraftfahrzeugen ausgeglichen werden können, gelten unter den in § 8 Abs. 3 Z 2 oder 3 FSG angeführten Voraussetzungen als zum Lenken von Kraftfahrzeugen bedingt oder beschränkt geeignet.

§ 10. Herz- und Gefäßkrankheiten

(1) Personen mit Herzrhythmusstörungen, die zu unvorhergesehenen Bewußtseinstörungen oder -störungen führen können, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

(2) Personen mit Herzschrittmacher darf eine Lenkberechtigung nur vorbehaltlich einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden.

(3) Ob einer Person, die unter Blutdruckanomalien leidet, eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden kann, ist nach den übrigen Ergebnissen der ärztlichen Untersuchung, den möglichen Komplikationen und der daraus gegebenenfalls für die Sicherheit im Straßenverkehr erwachsenden Gefahr zu beurteilen.

(4) Personen, bei denen es im Ruhe- oder Erregungszustand zu Angina-pectoris-Anfällen kommt, darf eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 weder erteilt noch belassen werden; für die Gruppe 1 kann eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden. Personen, die einen Herzinfarkt erlitten haben, darf eine Lenkberechtigung nur vorbehaltlich einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden.

§ 16. Andere Leiden

(1) Personen, an denen eine Organtransplantation vorgenommen wurde oder die ein Implantat erhalten haben, darf, wenn sich dies auf die Fahrtüchtigkeit auswirken kann, eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden Stellungnahme eines zuständigen Facharztes und gegebenenfalls ärztlicher Kontrolluntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(2) Personen, die an einer in den vorangehenden Bestimmungen nicht genannten Krankheit leiden, diese jedoch eine funktionelle Untauglichkeit bedeuten oder zur Folge haben kann, so daß dadurch beim Lenken eines Kraftfahrzeugs die Sicherheit im Straßenverkehr gefährdet wird, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Zahl:

**An den
Facharzt/Fachärztin für Orthopädie**Betrifft: ERSUCHEN UM STELLUNGNAHME

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Bei oben genanntem(r) FührerscheinwerberIn bzw. -besitzerIn wurde ein Leiden,
Ihr Fachgebiet betreffend, festgestellt.**Zuweisungsgrund/Anamnese:**

.....

.....

.....

Führerscheinklasse: **Gruppe 1**
(= Klassen A, B, B+E, F) **Gruppe 2**
(= Klassen C, D, C+E, D+E,
Unterklassen C1 und C1+E)Diese Stellungnahme hat gemäß Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung zu enthalten:

- Identitätsnachweis des Patienten
- Vorgeschichte
- Diagnose
- Aus dem Leiden bzw. der Verletzung resultierende Behinderung
- Sind technische Hilfsmittel zum Lenken eines Kfz notwendig? Wenn ja, welche?
- Positive (befürwortende) oder ablehnende Stellungnahme zum Lenken eines Kfz obiger Gruppe
- Aussage über Verlauf und Verschlechterungsneigung des Zustandsbildes
- Empfohlene ärztliche Kontrolluntersuchungen – Grund angeben!

Mit freundlichen Grüßen

! INFORMATION FÜR DEN FÜHRERSCHEINWERBER/-BESITZER !

- 1) **Diese Zuweisung ist dem Facharzt für Orthopädie vorzulegen!**
- 2) Die Kosten für die fachärztliche Stellungnahme im oben genannten Umfang sind von Ihnen zu tragen!

Auszug aus der aktuellen Führerscheingesez-Gesundheitsverordnung

§ 5. Gesundheit

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend gesund gilt eine Person, bei der keine der folgenden Krankheiten festgestellt wurde:
1. schwere Allgemeinerkrankungen oder schwere lokale Erkrankungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 2. organische Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 3. Erkrankungen, bei denen es zu unvorhersehbaren Bewußtseinsstörungen oder -trübungen kommt,
 4. schwere psychische Erkrankungen gemäß § 13 sowie:
 - a) Alkoholabhängigkeit oder
 - b) andere Abhängigkeiten, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 5. Augenerkrankungen, die das Sehvermögen beeinträchtigen.

(2) Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung zur Feststellung der Gesundheit gemäß Abs. 1 Z 1 ein krankhafter Zustand ergibt, der die Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist gegebenenfalls eine fachärztliche Stellungnahme einzuholen; bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4 ist eine entsprechende fachärztliche Stellungnahme einzuholen, die die kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit mitzubeurteilen hat. Bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 4 lit. a und b ist zusätzlich eine verkehrspsychologische Stellungnahme einzuholen.

§ 6. Behinderungen

(1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend frei von Behinderungen gilt eine Person, bei der keine der folgenden Behinderungen vorliegt:

1. grobe Störungen des Raum- und Muskelsinnes, des Tastgefühles oder der Koordination der Muskelbewegungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
2. organische Veränderungen, die eine respiratorische Insuffizienz oder eine Vitalkapazität unter 1,5 Liter Atemluft verursachen,
3. Defekte an Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
4. entfällt (Anm. aufgehoben durch BGBl II Nr. 2006/64),
5. eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke, Muskulatur und Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen kann,
6. mangelhaftes Sehvermögen oder
7. mangelhaftes Hörvermögen oder Störungen des Gleichgewichtes.

(2) Personen, bei denen Defekte an den Gliedmaßen im Sinne des Abs. 1 Z 3 oder 5 festgestellt wurden, die durch Verwendung von Körperersatzstücken oder Behelfen oder von Fahrzeugen mit bestimmten Merkmalen oder von Invalidenkraftfahrzeugen oder Ausgleichkraftfahrzeugen ausgeglichen werden können, gelten unter den in § 8 Abs. 3 Z 2 oder 3 FSG angeführten Voraussetzungen als zum Lenken von Kraftfahrzeugen bedingt oder beschränkt geeignet.

§ 14. Alkohol, Sucht- und Arzneimittel

(1) Personen, die von Alkohol, einem Sucht- oder Arzneimittel abhängig sind oder den Konsum dieser Mittel nicht soweit einschränken können, daß sie beim Lenken eines Kraftfahrzeuges nicht beeinträchtigt sind, darf, soweit nicht Abs. 4 anzuwenden ist, eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden. Personen, bei denen der Verdacht einer Alkohol-, Suchtmittel- oder Arzneimittelabhängigkeit besteht, haben eine fachärztliche psychiatrische Stellungnahme beizubringen.

(2) Lenker von Kraftfahrzeugen, bei denen ein Alkoholgehalt des Blutes von 1,6 g/l (1,6 Promille) oder mehr oder der Atemluft von 0,8 mg/l oder mehr festgestellt wurde, haben ihre psychologische Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische Stellungnahme nachzuweisen.

(3) Personen, die ohne abhängig zu sein, in einem durch Sucht- oder Arzneimittel beeinträchtigten Zustand ein Kraftfahrzeug gelenkt haben, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden, es sei denn, sie haben ihre Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische und eine fachärztliche Stellungnahme nachgewiesen.

(4) Personen, die aus medizinischen Gründen Sucht- oder Arzneimittel erhalten, die geeignet sind, die Fahrtauglichkeit zu beeinträchtigen, darf nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden.

(5) Personen, die alkohol-, suchtmittel- oder arzneimittelabhängig waren oder damit gehäuften Mißbrauch begangen haben, ist nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme und unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 zu erteilen oder wiederzuerteilen.

§ 16. Andere Leiden

(1) Personen, an denen eine Organtransplantation vorgenommen wurde oder die ein Implantat erhalten haben, darf, wenn sich dies auf die Fahrtüchtigkeit auswirken kann, eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden Stellungnahme eines zuständigen Facharztes und gegebenenfalls ärztlicher Kontrolluntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(2) Personen, die an einer in den vorangehenden Bestimmungen nicht genannten Krankheit leiden, diese jedoch eine funktionelle Untauglichkeit bedeuten oder zur Folge haben kann, so daß dadurch beim Lenken eines Kraftfahrzeuges die Sicherheit im Straßenverkehr gefährdet wird, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Zahl:

**An den/ die
Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie**Betrifft: ERSUCHEN UM STELLUNGNAHME

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Bei oben genanntem(r) FührerscheinwerberIn bzw. -besitzerIn wurde eine Erkrankung,
Ihr Fachgebiet betreffend, festgestellt.**Zuweisungsgrund/Anamnese:**

.....

.....

.....

Führerscheinklasse: **Gruppe 1**
(= Klassen A, B, B+E, F) **Gruppe 2**
(= Klassen C, D, C+E, D+E,
Unterklassen C1 und C1+E)Diese Stellungnahme hat gemäß Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung zu enthalten:

- Identitätsnachweis des Patienten
- Vorgeschichte
- Diagnose
- Therapie und Compliance
- Aussage über Verlauf und Verschlechterungs- oder Rezidivneigung der Krankheit
- Alkohol: Besteht Missbrauch oder Abhängigkeit?
- Drogen: Besteht Missbrauch oder Abhängigkeit?
- Positive (befürwortende) oder ablehnende Stellungnahme zum Lenken eines Kfz obiger Gruppe, ggf. unter Mitbeurteilung der kraftfahrerspezifischen Leistungsfähigkeit (§ 13 Abs 1 FSG-GV)
- Empfohlene ärztliche Kontrolluntersuchungen – Grund angeben!

Mit freundlichen Grüßen

! INFORMATION FÜR DEN FÜHRERSCHEINWERBER/-BESITZER !

- 1) **Diese Zuweisung ist dem Facharzt für Psychiatrie vorzulegen!**
- 2) Die Kosten für die fachärztliche Stellungnahme im oben genannten Umfang sind von Ihnen zu tragen!

Auszug aus der aktuellen Führerscheingesez-Gesundheitsverordnung

§ 5. Gesundheit

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend gesund gilt eine Person, bei der keine der folgenden Krankheiten festgestellt wurde:
1. schwere Allgemeinerkrankungen oder schwere lokale Erkrankungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 2. organische Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 3. Erkrankungen, bei denen es zu unvorhersehbaren Bewußtseinsstörungen oder -trübungen kommt,
 4. schwere psychische Erkrankungen gemäß § 13 sowie:
 - a) Alkoholabhängigkeit oder
 - b) andere Abhängigkeiten, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten,
 5. Augenerkrankungen, die das Sehvermögen beeinträchtigen.

(2) Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung zur Feststellung der Gesundheit gemäß Abs. 1 Z 1 ein krankhafter Zustand ergibt, der die Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist gegebenenfalls eine fachärztliche Stellungnahme einzuholen; bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4 ist eine entsprechende fachärztliche Stellungnahme einzuholen, die die kraftfahrerspezifische Leistungsfähigkeit mitzubeurteilen hat. Bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 4 lit. a und b ist zusätzlich eine verkehrspsychologische Stellungnahme einzuholen.

§ 6. Behinderungen

- (1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend frei von Behinderungen gilt eine Person, bei der keine der folgenden Behinderungen vorliegt:
1. grobe Störungen des Raum- und Muskelsinnes, des Tastgefühles oder der Koordination der Muskelbewegungen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 2. organische Veränderungen, die eine respiratorische Insuffizienz oder eine Vitalkapazität unter 1,5 Liter Atemluft verursachen,
 3. Defekte an Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können,
 4. entfällt (Anm. aufgehoben durch BGBI II Nr. 2006/64),
 5. eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke, Muskulatur und Gliedmaßen, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges beeinträchtigen kann,
 6. mangelhaftes Sehvermögen oder
 7. mangelhaftes Hörvermögen oder Störungen des Gleichgewichtes.

(2) Personen, bei denen Defekte an den Gliedmaßen im Sinne des Abs. 1 Z 3 oder 5 festgestellt wurden, die durch Verwendung von Körperersatzstücken oder Helfern oder von Fahrzeugen mit bestimmten Merkmalen oder von Invalidenkraftfahrzeugen oder Ausgleichskraftfahrzeugen ausgeglichen werden können, gelten unter den in § 8 Abs. 3 Z 2 oder 3 FSG angeführten Voraussetzungen als zum Lenken von Kraftfahrzeugen bedingt oder beschränkt geeignet.

§ 12. Krankheiten des Nervensystems

(1) Personen, die an einer schweren Erkrankung des Nervensystems leiden, darf eine Lenkberechtigung nur erteilt oder belassen werden, wenn die Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen auch durch eine fachärztliche Stellungnahme bestätigt wird.

(2) Störungen des Nervensystems, die auf Erkrankungen, Verletzungen oder Operationen des zentralen oder peripheren Nervensystems zurückzuführen sind, sich in motorischen, sensiblen, sensorischen, trophischen und/oder neuropsychiatrischen oder neuropsychologischen Symptomen äußern und das Gleichgewicht und die Koordinierung stören, sind im Hinblick auf ihre kraftfahrerspezifische Funktionsbeeinträchtigung und Prognose zu beurteilen. Bei Gefahr einer Verschlechterung kann die Lenkberechtigung nur unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen und amtsärztlicher Nachuntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(3) Personen, die unter epileptischen Anfällen oder anderen anfallsartigen Bewußtseinsstörungen oder -trübungen leiden, kann eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 nur unter Einbeziehung einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme erteilt oder belassen werden. Der Facharzt hat die Epilepsie oder andere Bewußtseinsstörungen, deren klinische Form und Entwicklung, die bisherige Behandlung und die Anfallsfreiheit und das Anfallsrisiko zu beurteilen. Hingegen darf solchen Personen keine Lenkberechtigung der Gruppe 2 erteilt oder belassen werden.

§ 13. Psychische Krankheiten und Behinderungen

(1) Als ausreichend frei von psychischen Krankheiten im Sinne des § 3 Abs. 1 Z 1 gelten Personen, bei denen keine Erscheinungsformen von solchen Krankheiten vorliegen, die eine Beeinträchtigung des Fahrverhaltens erwarten lassen. Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung der Verdacht einer psychischen Erkrankung ergibt, der die psychische Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist eine psychiatrische fachärztliche Stellungnahme beizubringen, die die kraftfahrerspezifische Leistungsfähigkeit mitbeurteilt.

- (2) Personen, bei denen
1. eine angeborene oder infolge von Krankheiten, Verletzungen oder neurochirurgischen Eingriffen erworbene schwere psychische Störung,
 2. eine erhebliche geistige Behinderung,
 3. ein schwerwiegender pathologischer Alterungsprozeß oder
 4. eine schwere persönlichkeitsbedingte Störung des Urteilsvermögens, des Verhaltens und der Anpassung besteht, darf eine Lenkberechtigung nur dann erteilt oder belassen werden, wenn das ärztliche Gutachten auf Grund einer psychiatrischen fachärztlichen Stellungnahme, in der die kraftfahrerspezifische Leistungsfähigkeit mitbeurteilt wird, die Eignung bestätigt.

§ 14. Alkohol, Sucht- und Arzneimittel

(1) Personen, die von Alkohol, einem Sucht- oder Arzneimittel abhängig sind oder den Konsum dieser Mittel nicht soweit einschränken können, daß sie beim Lenken eines Kraftfahrzeuges nicht beeinträchtigt sind, darf, soweit nicht Abs. 4 anzuwenden ist, eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden. Personen, bei denen der Verdacht einer Alkohol-, Suchtmittel- oder Arzneimittelabhängigkeit besteht, haben eine fachärztliche psychiatrische Stellungnahme beizubringen.

(2) Lenker von Kraftfahrzeugen, bei denen ein Alkoholgehalt des Blutes von 1,6 g/l (1,6 Promille) oder mehr oder der Atemluft von 0,8 mg/l oder mehr festgestellt wurde, haben ihre psychologische Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische Stellungnahme nachzuweisen.

(3) Personen, die ohne abhängig zu sein, in einem durch Sucht- oder Arzneimittel beeinträchtigten Zustand ein Kraftfahrzeug gelenkt haben, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden, es sei denn, sie haben ihre Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische und eine fachärztliche Stellungnahme nachgewiesen.

(4) Personen, die aus medizinischen Gründen Sucht- oder Arzneimittel erhalten, die geeignet sind, die Fahrtauglichkeit zu beeinträchtigen, darf nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden.

(5) Personen, die alkohol-, suchtmittel- oder arzneimittelabhängig waren oder damit gehäuftem Mißbrauch begangen haben, ist nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme und unter der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 zu erteilen oder wiederzuerteilen.

§ 16. Andere Leiden

(1) Personen, an denen eine Organtransplantation vorgenommen wurde oder die ein Implantat erhalten haben, darf, wenn sich dies auf die Fahrtüchtigkeit auswirken kann, eine Lenkberechtigung nur nach einer befürwortenden Stellungnahme eines zuständigen Facharztes und gegebenenfalls ärztlicher Kontrolluntersuchungen erteilt oder belassen werden.

(2) Personen, die an einer in den vorangehenden Bestimmungen nicht genannten Krankheit leiden, diese jedoch eine funktionelle Untauglichkeit bedeuten oder zur Folge haben kann, so daß dadurch beim Lenken eines Kraftfahrzeugs die Sicherheit im Straßenverkehr gefährdet wird, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden.