

Sozialtechnische Infos, Stand 3.2012, **Achtung: laufende Änderungen, deshalb ohne Gewähr**, www.schimansky-netz.eu
Dr. H.-C. Schimansky, 58239 Schwerte, Tel. 02304-97337-7, Fax -9, E-Mail: hanschristoph.schimansky@gmail.com
Besorgen Sie sich bei der Firma betapharm Arzneimittel GmbH die betaListe, ein Lexikon für Sozialfragen, oder über Registrierung Internet www.betapharm.de oder Telefon 0800-7488100, für Fragen gibt es eine Hotline betafon (01805-2382366) – alles kostenlos für ÄrztInnen. Bei der Firma Medice bekommen sie auf Anruf kostenlos Testbögen für die nun genauer vorgeschriebenen ADHS-Tests.

alle sozialen Leistungen fließen nur ab Antragstellung, nicht rückwirkend:

- Arbeitslosengeld I und II, Sozialgeld, Grundsicherung bei niedriger Dauer- oder Altersrente, für Krankengeld (in der Regel).
- Rente wird rückwirkend gewährt ab Eintritt der Erwerbsminderung mit bestimmten Fristen, dabei Verrechnung mit anderen gezahlten Sozialleistungen.
- **Arbeitslos melden ist gesetzliche Verpflichtung schon bei Kündigung, nicht erst bei Ende des Arbeitsverhältnisses!!!**
- **Selbst kündigen, einem Auflösungsvertrag zustimmen oder keinen Widerspruch einlegen gegen die Kündigung löst meist Sperrfrist (bis 3 Monate) beim Arbeitslosengeld aus, deshalb rechtzeitig vorher Arbeitsamt fragen, z.B. bei unzumutbaren Tätigkeiten. Auch, um evtl. Anrechnung einer Abfindung vorzuklären!**

Zuverdienst erlaubt?

- bei **Arbeitsunfähigkeit (AU)** nicht. Nur bei stufenweiser Wiedereingliederung Arbeit erlaubt trotz weiterer AU!
- bei **Arbeitslosigkeit** ja: ein Teil wird nicht angerechnet, gestaffelte Anrechnung, z.B. 1-EURO-Jobs, 450,-- EURO-Jobs.
- bei **voller Erwerbsminderungs-Rente**: z.Zt. ab 1.1.2013 450,-- EUR (West) als Arbeitnehmer, nicht als Selbständiger. Bei **50%-Erwerbsminderungsrente große Unterschiede beim Zuverdienst, - individuell errechnen lassen vom Rententräger, kann günstiger sein als Vollrente +400 EUR!**

„Aussteuerung“: bei **Arbeitsunfähigkeit besteht innerhalb der Blockzeit von 3 Jahren für die gleiche Diagnose Anspruch auf 18 Monate Krankengeld, wobei die Lohnfortzahlung mit eingerechnet wird:** dann **entfallen alle Geldleistungen, auch die Sozialversicherung (= Kranken-, Renten-, Arbeitslosenversicherung). Krankenversicherung auf eigene Kosten freiwillig weiter möglich.** Die Krankenkasse schreibt meist vor der Aussteuerung, dass Pat. innerhalb von **10 Wochen Reha-Antrag stellen** muss, sonst fälle Krankengeld weg (Mitwirkungspflicht der Pat.!).
Reha- und Rentenantrag gelten gleich, wobei Reha vor Rente geht; Rentengutachter soll in jedem Falle beides prüfen. Falls Gutachter dann Berentung befürwortet, trotzdem zusätzlich Rentenantragsformulare erforderlich.

Wenn Aussteuerung erfolgt bei weiterbestehender AU, zahlt das Arbeitsamt alles weiter („Nahtlosigkeitsregelung“), wenn

- 1. weiter AU bestätigt wird (da hierfür kein Formular vorhanden ist, Privatrezept ausstellen bzw. Arbeitsamt fragen) und**
- 2. Reha- oder Rentenantrag läuft und**
- 3. Aussteuerung erfolgte**

Achtung: bei **Erst-AU und weiteren Bescheinigungen nur die eine Diagnose angeben, die AU bedingt**, sonst wird für jede Diagnose eine eigene Blockzeit von 3 Jahren angelegt: z.B. bei ständiger Zusatzdiagnose „Diabetes“ bei neuen AU-Bescheinigungen kann dann irgendwann plötzlich Aussteuerung wegen Diabetes erfolgen, obwohl dieser nicht die AU bedingte!

Bei durchgehender AU nützen „taktische“ Diagnosewechsel nichts: gilt juristisch als gleiche Krankheit!

Auszahlungsschein:

Krankengeldzahlungen erfolgen nach Ablauf der Lohnfortzahlung von der Krankenkasse nach Vorlage des vom Arzt unterschriebenen Auszahlungsscheins (wird im Unterschied zur gelben AU-Bescheinigung immer rückwirkend bestätigt, **bei weiterer AU „ja“ ankreuzen**). Viele Pat. sind **per Arbeitsvertrag/Tarifvereinbarung verpflichtet, dies dem Arbeitgeber zu melden**, da dieser keinen Durchschlag mehr bekommt! Sie verstoßen sonst gegen ihre arbeitsvertraglichen Verpflichtungen. Patienten darauf hinweisen, da Kündigungsgrund!

„Mißglückter Arbeitsversuch“: **„Die Rechtsfigur des mißglückten Arbeitsversuchs ist seit Inkrafttreten des SGB V (1. 1. 1989) nicht mehr anzuwenden.“**

Die Krankenversicherungspflicht ab 1.4.2007: Rückkehrrecht für Nichtversicherte! Ehemals gesetzlich Versicherte dürfen aber nur in die gesetzliche Krankenkasse, ehemals privat Versicherte dürfen nur in die Privatversicherung (in Standardversicherung; - ab 2009 in Basistarif; der Beitrag von 250 EUR kann halbiert werden, dazu Grundsicherung – aber erst Vermögen aufbrauchen)!

Wer ab 1.7.07 nicht krankenversichert war (z.B. familienversicherte Ehefrau nach Scheidung) und erst später eine Versicherung aufsuchte (Rückkehrrecht!), um Geld zu sparen, muss **alle Beiträge bis 1.7.07 rückwirkend zahlen!**

Rentenantrag: laufende Änderungen der Bestimmungen beachten, z.Zt. Rentenanspruch wegen Erwerbsminderung möglich, wenn

1. **medizinisch Erwerbsminderung besteht und**
2. **60 Monate Pflichtversicherung vorliegen und**
3. **(seit 1984!) in den letzten 5 Jahren vor Rentenanspruchstellung 3 Jahre Pflichtbeiträge eingezahlt wurden**

Rettung für fehlende Versicherungs-Zeiten:

- Neu ab 1.1.2013 450,-EURO-Jobs mit Verpflichtung zu (niedrigen) Rentenbeiträgen!
- als Pflegebezugsperson für einen Pflegebedürftigen (Pflegestufe 1-3) mit Erwerb von Rentenzeiten über die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen; dort registrieren lassen!
- Rückverlagerung des Eintritts der Erwerbsminderung in die Zeit der letzten Rentenbeiträge (also weniger als 2 Jahre zurückliegend!), wenn medizinisch begründbar; dadurch entsteht formal Anspruch! (s. auf der website www.schimansky-netz.eu unter Literatur Hinweise dazu für chronisch Kranke)

Das Rentenrecht änderte sich grundlegend 2001: Hauptproblem ist der Wegfall des bis dahin gültigen Arbeitsmarktkriteriums (da verkappte Arbeitslosenhilfe!) bei Teilleistungsfähigkeit: das BSG hatte früher für Vollberentung entschieden, wenn medizinisch nur Teilleistung möglich und der Arbeitsmarkt dafür verschlossen ist.

Ab 2001 nur noch medizinische Kriterien nach Leistungsprofil auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – die Ärzte müssen also entscheiden, ob nur 1-2, 3-5 oder 6-8 Stunden täglich Arbeit möglich ist. Laut Gesetz

- 6-8 Stunden belastbar: keine Rente

- 3 bis unter 6 Stunden belastbar: Teilrente nur 50 % der Vollrente (statistisch unterhalb der „Sozialhilfe“!);

Ausnahme: vor 1961 Geborene können nach altem Recht „Berufsunfähigkeitsrente“ beantragen: Dann darf der Rentengutachter nur den Beruf und artverwandte Tätigkeiten als Leistungsprofil prüfen, nicht den allgemeinen Arbeitsmarkt. Dann Teilrente 50% (statt früher 70 % BU). Günstig, wenn sonst Rente ganz abgelehnt werden kann, wenn Verweisbarkeit auf allg. Arbeitsmarkt möglich ist.

- 0 bis unter 3 Stunden belastbar: volle Erwerbsminderungsrente

Neues Gesetz 2006: Altersrente mit 67 Jahren ab Geburtsjahr 1964 beschlossen; Anhebung um 1 Monat beginnt ab 2012 für die 1947 Geborenen, dann je Jahrgang einen Monat später, ab 1959 Geborene jeweils 2 Monate später.

- Ausnahme: mit 65 Jahren Altersrente bei 45 Beitragsjahren.
- Frauen können Rente beantragen mit 60 Jahren (s.o. aufsteigende Staffelung des Alters nach Geburtsjahr), wenn sie nach dem 40. Lj. über 10 Jahre gearbeitet haben.
- Schwerbehinderte (also GdB ab 50%) können mit 60 Jahren (Staffelung s.o.) Rente beantragen (Antrag etwa 4 Monate vorher einreichen), wenn sie 35 Pflichtversicherungsjahre nachweisen, daneben Sonderregelung s.u.

Kinderjahre (vor 1992 geborene Kinder 1 Jahr, ab 1992 3 Jahre je Kind) werden angerechnet. - Ehepartner können nach Geburt entscheiden, bei wessen Rentenversicherung die Kinder eingetragen werden, später nicht mehr! Kann günstig sein, wenn der Kindesvater aus anderen Tätigkeiten (z.B. Bundeswehr, Zivi) Rentenversicherungszeiten unter 5 Jahren hat, die Mutter als Beamtin Pension haben wird.

S. auch unten bei **Nachzahlungsrecht zu den Kinderzeiten durch Gesetz von 2009!**

In der **Rentenversicherung** werden an **Ausbildungsjahren** nur noch die 3 Jahre vom 17.-20. Lj. anerkannt. Studierende haben dadurch eine große Lücke. Diese evtl. als Anrechnungszeit nachversichern. In Renten-Beratungsstelle Vor- und Nachteile besprechen!

Wichtiges Problem bei niedrigen Renten: 2003 wurde für vorzeitig dauerberentete Menschen und Altersrentner mit niedrigen Renten die Grundsicherung Gesetz, nicht jedoch für Zeitrentner. Sie stockt die niedrige Rente auf: bei Rente unter 853 EUR prüfen lassen.

Deshalb sollte, wenn medizinisch begründbar, eine Dauerberentung durchgesetzt werden. – Nicht selten prüfen Rentengutachter nicht sorgfältig genug, ob die Prognose ungünstig ist und dies rechtfertigt. Gerade chronisch psychisch Kranke müssen dann als Zeitrentner ergänzende Sozialhilfe beantragen, was sie scheuen (ähnlich wie die „verschämten Altersarmen“, für die 2003 das Gesetz gemacht wurde) und fürchten die nächste fällige Begutachtung.

Besonders HausärztInnen sollten auch alte Menschen auf den Rechtsanspruch auf Grundsicherung hinweisen, der mit der Vorlage des Rentenbescheids sofort realisiert wird vom Grundsicherungsamt – aber nicht rückwirkend! Also: Tel. beim Grundsicherungsamt melden und diesen Anruf bestätigen lassen als Antragsbeginn: Alle Sozialleistungen werden erst ab Antrag gewährt, nicht rückwirkend!

Reha-Antrag: wenn aus Krankheitsgründen die Erwerbsfähigkeit erheblich bedroht (oder gemindert) ist.

Gleiche **formale Voraussetzungen bei Vorversicherungszeiten wie bei Rentenanspruch!**

Diverse Einschränkungen mit erhöhter Zuzahlung, nur alle 4 Jahre möglich (Ausnahme begründen), 3 Wochen Dauer usw. – Dadurch stark rückläufige Antragszahl mit Gefährdung der Reha-Einrichtungen.

Falls Rententräger nicht zuständig (weil Pat. Rentner ist oder weil **Erwerbsfähigkeit durch die Reha-Maßnahme nicht wiederhergestellt** werden kann), ist die **Krankenkasse nachrangig zur Leistung verpflichtet**, wenn **Heilung, Besserung oder Linderung** nur mit Mitteln einer Reha-Klinik erzielt werden können. Pat. muß Formular bei der Kasse besorgen, dann ärztlichen Teil mit Begründung ausfüllen. Krankenkassen belegen lieber kasseneigene Kliniken.

Schwerbehindertenausweis: Schwerbehindert ist man ab 50 % GdB. Die gutachterlichen Bestimmungen sind 1996 und 2009 besonders für körperliche Leiden verschärft worden (bisher Grundlage: **Anhaltspunkte für die gutachterliche Tätigkeit bei Schwerbehinderung**; seit 1.1.2009: **Versorgungsmedizinische Grundsätze, die GdB und GdS verknüpfen!**

S. www.gesetze-im-internet.de/versmedv/anlage_8.html bzw. www.bundesanzeiger-verlag.de).

Zwischen 30 und 49 % GdB kann man vor erfolgter Kündigung beim Arbeitsamt Gleichstellungsantrag stellen zum Kündigungsschutz, beim Arbeitgeber gilt man dann als Schwerbehinderter, jedoch ohne mehr Urlaub und Steuerpauschale.

Ab einem GdB von 50 % bekommt man einen Ausweis, hat neben dem **Kündigungsschutz** noch **5 Tage mehr Urlaub** im Jahr (Lehrer stattdessen Stundenzahlermäßigung bei gleichen Bezügen) und eine **Steuerpauschale**.

Der Kündigungsschutz besteht auch bei einer Zeitrente!

Wichtig: wie oben erwähnt, sind die GdB-Prozente für körperliche Behinderungen 1996 und 2009 verschlechtert worden. Bei psychischen Leiden ist auszuführen, ob leichte, mittelschwere oder schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten bestehen. Die Diagnose reicht also nicht für die Einschätzung, sondern die Erläuterung durch Beispiele, wie sich das Leiden als Behinderung auswirkt. Mittelschwer bewirkt 50-70 % GdB! Dazu Beispiele beschreiben: völliger sozialer Rückzug, im Beruf ständige Verwicklungen mit Rechthaberei, Entwertungen usw., aggressives Verhalten gegenüber der Umgebung usw. Achtung neu 4.11.2011: bei ADHS wird ab 25 Lj. „regelmäßig“ ein GdB (GdS) von nicht mehr als 50 % anerkannt!

2005 wurden Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zusammengelegt zu einer einheitlichen Grundsicherung für Arbeitssuchende, d.h. für alle erwerbsfähigen MitbürgerInnen zwischen 15 und 65 Jahren.

Wer arbeitslos wird, bekommt zunächst **Arbeitslosengeld I**, das aus der Arbeitslosenversicherung finanziert wird (60 % des pauschalierten letzten Nettoarbeitslosentgeltes, 67 % mit Kind).

Voraussetzungen: mindestens 12 Monate in der letzten 3 Jahren versicherungspflichtig tätig gewesen **und** Arbeitslosmeldung **und** neue Beschäftigung suchend. Dauer max. 12 Monate, über 56 Jahre alt bis 18 Monate. Aktuelle Diskussion beachten.

Nach Ablauf des ALG I wird **ALG II (Hartz IV) gezahlt** (an die Angehörigen Sozialgeld).

Achtung: ab 2011 werden bei Hartz IV oft keine Rentenbeiträge mehr gezahlt mit gravierenden Folgen für alle Reha- und Rentenansprüche, Folge: falls zuletzt 2 Jahre keine Beiträge gezahlt wurden, werden Reha- und Rentenansprüche trotz schwerster Leiden aus formalen Gründen abgelehnt (in den letzten 5 Jahren mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge erforderlich!)

Regelung ist wohl wieder geheilt worden mit Zahlung der Rentenbeiträge, nachfragen!

1. Voraussetzung: erwerbsfähig sein

Erwerbsfähig nach Hartz IV ist, wer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt **mindestens 3 Stunden täglich arbeiten kann**.

Nicht erwerbsfähig ist, wer wegen Krankheit oder Behinderung gegenwärtig oder auf absehbare Zeit (ca. 6 Monate) außerstande ist, mindestens 3 Stunden täglich zu arbeiten.

Für nicht erwerbsfähige Sozialhilfeempfänger ändert sich nichts, weiter vom örtlichen Sozialamt betreut.

2. Voraussetzung: hilfebedürftig sein

Wer seinen Lebensunterhalt nicht decken kann und eigenes Einkommen und Vermögen unterhalb der **Freigrenzen** liegen: Freibetrag für **Anschaffungen 750,- EUR, Grundfreibetrag je Lebensjahr 200,- EUR** (mind. 4.100,- EUR, max. 13.000,- EUR), **Altersvorsorge je Lebensjahr 200,- EUR** (darf nicht vor Ruhestand verwertbar sein!). Zusätzlich unzumutbare und unwirtschaftliche Verwertung nicht zwingend, z.B. geringer Rückkaufswert einer Lebensversicherung. – Kein Rückgriff mehr auf Verwandte, außer bei minderjährigen Hilfsbedürftigen und Hilfebedürftigen unter 25. Lj. ohne abgeschlossene Erstausbildung. – Diskussion über Unterhalt beachten!

3. Zumutbare Arbeit annehmen müssen

Neues Insolvenzrecht/Restschuldbefreiung: seit 1999 gibt es das Gesetz über den „Privatkonkurs“, auch für Ärzte: nach einem durchgeregelten Verfahren wird derjenige von allen Schulden, auch Steuerschulden (nicht jedoch Geldbußen), nach 6 Jahren freigestellt, der in Zusammenarbeit mit entsprechenden Stellen, bes. Schuldnerberatungsstellen oder Verbraucherberatungsstellen, auch Steuerberater oder Rechtsanwalt, in den **6 Jahren „Wohlverhalten“** nachweist, also alles tut zur Schuldenminderung.

Erbrecht: in den nächsten Jahren wird viel vererbt. Dadurch entsteht oft familiäres Leid bei einer „Einschränkung“ (s. GOG): Der überlebende Ehepartner sieht sich häufig mit **Pflichtteilsforderungen** der Kinder konfrontiert: Eheleute haben Häuschen gebaut, Mann stirbt, 3 Kinder fordern Geld von der Mutter. Das Haus ist inzwischen 300.000,- EUR wert. Mutter erbt die Hälfte, die Kinder die andere Hälfte, jedes Kind also 50.000,- EUR, davon ist der Pflichtteil die Hälfte, also je Kind 25.000,- EUR. Dies gilt auch, wenn die Eheleute sich als Alleinerben eingesetzt haben (Berliner Testament)!!! Die Mutter muß 75.000,- EUR Hypothek aufnehmen, kann die aus der Rente nicht bezahlen, also Hausverkauf, die Familie ist kaputt. „Erst sparen wir uns alles vom Munde ab für die Kinder und legen uns krumm für das Haus, nun soll ich alles nochmal bezahlen, Undank ist der Welt Lohn!“

Ausweg: zu Lebzeiten sollten Eheleute, jeder auf den anderen, eine **Risikolebensversicherung** abschließen in Höhe der zu erwartenden Pflichtteile, dann gibt's keinen Stress! – Alternativen wie Erbvertrag, lebenslänglichen Nießbrauch und Veräußerungsverbot im Grundbuch, **der Pflichtteil wird am sichersten über eine Regelung mit Vorerbe und Nacherbe vermieden, wobei die Kinder erst nach dem Tode beider Eltern erben!! Unbedingt mit Rechtsanwalt klären! – Auch wenn Ihre Kinder noch klein sind!**

Altersversorgung für Ärzte:

Die Altersversorgung hat eine Besonderheit gegenüber dem üblichen Rentenrecht: **Sie können ab 60 J. (s.u. die Neuregelung des Rentenbeginns nach Geburtsjahr!) die vorgezogene Altersrente beantragen (ohne krank zu sein) mit den Folgen,**

- dass Sie keine Beiträge mehr zahlen dürfen (über 1.000 EUR/Monat x 5 Jahre), Sie sparen also bis zu 70.000 EUR in 5 Jahren,
- dass Sie weniger Steuern auf die lebenslange Rente zahlen, weil Sie mit dem Beginn der Rente mit dem dann zu versteuernden Anteil festgelegt werden auf den dann geltenden Prozentsatz: nach dem Alterseinkünftegesetz wird ab 2005 mit dem Ausgangssatz der Besteuerung von 50 % der zu besteuernde Anteil jährlich um 2 % erhöht, nach 5 Jahren (Rente ab 65 J. bzw. später nach Geburtsjahr) müssten Sie also auf Dauer einen Rentenanteil um 10 % höher versteuern! - Ab Renteneintritt 2040 sind dann 100 % der Rente zu versteuern!
- Und die Besonderheit: Sie dürfen voll in der Praxis weiterarbeiten und beliebig viel verdienen, was es sonst im Rentenrecht nicht gibt. Für angestellte Ärzte ist dies komplizierter, evtl. vorher niederlassen, notfalls privat.

Neuregelung des Rentenbeginns in der Altersversorgung beachten:

Die Regelaltersgrenze wurde auf das 67. Lebensjahr angehoben (neue Sterbetafel). Dies geschieht stufenweise ab Geburtsjahr 1949 in 2-Monats-Schritten, so dass ab 1960 Geborene erstmals nur ab 67 J. die volle Altersrente bekommen.

Das bedeutet für die vorgezogene Altersrente, dass sie in gleichen Schritten später beantragt werden kann, für ab 1960 Geborene also erst mit 62 Jahren.

Trotzdem gilt auch hier, dass die vorgezogene Altersrente den 10 % niedrigeren Steuersatz bewirkt. - Erst 2040 ist auch bei vorgezogener Altersrente für die ab 1978 Geborenen die volle Besteuerung mit 100 % in jedem Falle gegeben.

Bei Kindererziehungszeiten neue Nachzahlungsmöglichkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung mit Gesetz vom 15.07.2009 nach BSG-Urteil: für ÄrztInnen in der Altersversorgung wichtig

Um auf die Grundvoraussetzung für eine Altersrente zu kommen, sind 60 Monate Beiträge erforderlich.

Vor 1992 geborene Kinder bringen einem Elternteil 12 Monate Versicherungszeit als Kindererziehungszeit. Ab 1992 geborene Kinder bringen 36 Monate! – Falls noch Versicherungszeiten fehlen, besteht nun ein Rechtsanspruch darauf, freiwillig Rentenbeiträge zu zahlen, um die 60 Monate aufzufüllen.

Nach der Geburt sollten die Eltern sofort prüfen, auf wessen Renten-Konto diese Zeiten eingetragen werden. Später kann dies nicht mehr geändert werden! – Wenn z.B. die Mutter beamtete Lehrerin ist, sind diese Rentenversicherungs-Zeiten nicht wirksam für die Pension; wenn der Vater Arzt ist, Zivi oder Soldat war (dadurch nachversichert wurde bei der damaligen BfA) oder durch sonstige Jobs einige Versicherungszeiten hat, aber nicht auf 5 Jahre kommt, kann er nun – wenn das Kind bei ihm im Rentenkonto steht - durch das neue Recht zur Beitragsnachzahlung die Versicherungszeit auffüllen. Es gibt dann eine Altersrente.

Wichtige Aspekte sind dabei:

- wenn Ärzte in extremen wirtschaftlichen Schwierigkeiten sind, die Altersversorgung nicht mehr bezahlt haben oder bei Krankheit nicht 100 % berufsunfähig sind (Bedingung für krankheitsbedingte Frührente der Altersversorgung!), aber nicht mehr arbeiten können, könnte der **Rentenanspruch aus der gesetzlichen Rente** von Bedeutung werden.

Wie man später noch die 3 Jahre zusätzlicher Versicherungszeiten erwerben kann, steht oben bei **Rettung für fehlende Zeiten**. Falls die Dauer-Rente sehr niedrig ist, dann Erhöhung über die Grundsicherung, s.o. bei **Wichtiges Problem bei niedrigen Renten: Grundsicherung beantragen**.

- Die **privaten Krankenversicherungen haben meist Ausschlussbestimmungen**, so auch für Sucht. Über die gesetzlichen Rehabestimmungen (gleiche formale Versicherungsvoraussetzungen wie die Rente) lassen sich leichter **Rehamaßnahmen** erreichen.

Private Kranken-, Tagegeld-, BU-, Rentenversicherung: wahrheitsgemäße Angaben machen!

Versicherungsvertreter machen mit dem Blick auf ihre Provision den Versicherungsabschluss leicht. Ärzte sind schlechte Auskunftgeber für die eigene Krankheitsgeschichte, bewerten manches als Bagatelle oder blenden einiges aus.

Dann kommt die Police und alles scheint klar zu sein. - Die Versicherungen prüfen aber meist erst im Leistungsfall, ob die Angaben stimmen. Durch Vertragsabschluss entbinden Sie alle Vorbehandler und Vorversicherer von der Schweigepflicht. – Wenn dann **fehlende Angaben** gefunden werden, erhalten Sie ein Schreiben:

„Sie haben uns folgende Leiden nicht angegeben.... Damit haben Sie uns die Möglichkeit genommen, den Antrag abzulehnen oder einen Risikozuschlag vorzuschlagen. Der Vertrag ist damit nichtig. Wir erhalten für das Beitragsjahr vertragsgemäß noch den Beitrag und fordern alle gezahlten Leistungen zurück.“

Sie bekommen dann keine neue Versicherung, da Sie die Kündigung, auch Antragsablehnungen im Antrag angeben müssen.

Zudem hat der Gesamtverband der Versicherungswirtschaft, Berlin, alle Versicherungsdaten zusammengeführt bis hin zu Rechtsschutz- und Hausratversicherungen und kann dadurch Unterschiede und Falschangaben im Datenabgleich leicht erfassen.

Sie haben dort für Ihre Daten ein Einsichtsrecht! Sehen Sie nach bei www.gdv.de unter HIS, was dort über Sie erfasst ist.

Sexuelle Kontakte mit PatientInnen: Seit April 98 ist dies mit Einführung des neuen § 174 c erstmals als Verbrechen strafbar! Die dem Bundestag vorgelegten Gutachten gaben massive Hinweise auf Missbrauch, auch im Bereich der Psychotherapie. **Trotz des erheblichen Strafmaßes (bis 5 Jahre Gefängnis) ist dieser Paragraph bei vielen ÄrztInnen und TherapeutInnen, auch den anderen im Gesetz genannten Berufsgruppen, unbekannt geblieben. Ab 2 Jahre Haftstrafe werden in der Regel die Approbation entzogen und die Beamtenrechte verwirkt (mit Nachversicherung bei der BfA statt Pensionsansprüchen). Bisher kam es kaum zu Anzeigen eher zu Erpressungen durch die Partner, z.B. regelmäßige Zahlungen gefordert von den Behandlern. Darin verstrickte KollegInnen haben teilweise deutliche Realitätsverluste: gehört zur Therapie, zur Befreiung, ist freie Entscheidung und wahre Liebe unter Erwachsenen ...**

„StGB § 174 c: Sexueller Mißbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses:

(1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm wegen einer **geistigen** oder **seelischen** Krankheit oder **Behinderung** einschließlich einer **Suchtkrankheit** zur **Beratung, Behandlung** oder **Betreuung** anvertraut ist, unter Mißbrauch des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses vornimmt oder an sich vornehmen läßt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut ist, unter Mißbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich vornehmen läßt.

(3) Der Versuch ist strafbar.“

Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung

BAST-Bericht M 115

Nicole Gräcmann, Martina Albrecht, Bundesanstalt für Straßenwesen
80 Seiten, Erscheinungsjahr: 2010, Preis: Druckversion 12,80 €

- Kostenloser Download: [Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung \(pdf 338-KB\)](#)

(Auszüge)

Die Begutachtungs-Leitlinien sind eine Zusammenstellung eignungs ausschließender oder eignungseinschränkender körperlicher und/oder geistiger Mängel und sollen die Begutachtung der Kraftfahrereignung im Einzelfall erleichtern. Sie dienen als Nachschlagewerk für Gutachter, die Fahrerlaubnisbewerber oder –inhaber in Bezug auf ihre Kraftfahrereignung beurteilen. Die Begutachtungs-Leitlinien werden unter Federführung der Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST) kapitelweise überarbeitet. Für jedes Kapitel werden unter Beteiligung der jeweiligen Fachgesellschaften eigene Arbeitsgruppen mit Experten etabliert. Die überarbeiteten Kapitel werden in den Gesamtbericht eingearbeitet. Dieser ist in gedruckter Form kostenpflichtig erhältlich.

Überarbeitete Kapitel treten mit Veröffentlichung in Kraft. Unter „[Inhalt](#)“ ist für jedes Kapitel der Stand der Überarbeitung sowie der Beginn der Gültigkeit nachzulesen.

Aktualisierung

Es war geplant, zum 1. November 2012 eine neue Version der Begutachtungs-Leitlinien zu veröffentlichen. Aufgrund von weiterem Abstimmungsbedarf wird es zu Verzögerungen bei der Veröffentlichung der überarbeiteten Begutachtungs-Leitlinien kommen.

Sobald eine aktuelle Version vorliegt, wird sie an dieser Stelle als kostenfreier Download angeboten.

Letzte Änderung am 2. November 2009

Einteilung der Fahrzeugklassen/Fahrerlaubnisse in 2 Gruppen:

Gruppe 1: bisherige Führerscheinklasse 1 (A, A1, B, BE, M, S, L, T) „PKW“

Gruppe 2: bisherige Führerscheinklasse 2 (C, C1, CE, D, D1, DE, D1E) „LKW“

Auszüge:

Gültig ab: 2. November 2009

3.9.6 Epileptische Anfälle und Epilepsien

Leitsätze

Wer epileptische Anfälle erleidet, ist nicht in der Lage, den Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden, solange ein wesentliches Risiko von Anfallsrezidiven besteht. Grundsätzlich gilt dies auch für andere anfallsartig auftretende Störungen mit akuter Beeinträchtigung des Bewusstseins, der Motorik oder anderer handlungsrelevanter Funktionen, z.B. für Synkopen oder psychogene Anfälle. Die weiterführende Beurteilung der Fahreignung unterliegt dann anderen Kriterien als denjenigen, die bei epileptischen Anfällen angewendet werden.

Zur Beurteilung der Kraftfahreignung bei Menschen mit epileptischen Anfällen bzw. Epilepsien müssen auch mögliche assoziierte körperliche oder psychische Störungen berücksichtigt werden, falls notwendig auch durch Konsultation weiterer Fachdisziplinen.

Besteht eine antiepileptische medikamentöse Behandlung (dies ist nur für Gruppe 1 von praktischer Relevanz), so darf die Fahrtüchtigkeit hierdurch nicht herabgesetzt werden. Dies ist auch bei einem Präparatwechsel oder einem Substanzwechsel zu beachten.

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

Gruppe 1, PKW....

Erstmaliger Anfall

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

Sofern der Anfall an eine plausible anfallsauslösende Bedingung wie z.B. ausgeprägter Schlafentzug oder akute Erkrankungen (beispielsweise hohes Fieber, prokonvulsiv wirkende Medikamente, akute Erkrankungen des Gehirns oder Stoffwechselstörungen) geknüpft war (sog. provoziertes oder akuter symptomatischer Anfall) **und** wenn diese Bedingungen nicht mehr gegeben sind, kann die Kraftfahreignung nach einer anfallsfrei gebliebenen Beobachtungszeit von 3 Monaten wieder bejaht werden.

Ausdrücklich hingewiesen wird auf die häufige Koinzidenz einer durch Schlafmangel induzierten Manifestation eines ersten Grand Mal bei idiopathischer Disposition zu Epilepsie. Die idiopathische Disposition muss daher auch mittels EEG angemessen ausführlich evaluiert werden, bevor bei fehlendem Hinweis eine nur 3-monatige Fahrpause ausgesprochen wird.

Die minimal 3-monatige Anfallsfreiheit gilt auch bei epileptischen Anfällen, die in der ersten Woche nach einem Schädel-Hirn-Trauma oder einem neurochirurgischen Eingriff – jeweils ohne Hinweise auf eine strukturelle Hirnschädigung – aufgetreten waren.

Bei provozierten Anfällen im Rahmen eines schädlichen Gebrauchs oder einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ist eine zusätzliche Begutachtung durch die dafür zuständige Fachdisziplin erforderlich.

Epilepsien

Wird die Diagnose einer Epilepsie gestellt (d.h. nach wiederholten Anfällen) ist eine mindestens 1-jährige Anfallsfreiheit die Voraussetzung für das Erlangen der Kraftfahreignung.

Das Elektroenzephalogramm (EEG) muss dabei nicht zwangsläufig frei von epilepsietypischen Potenzialen sein. Bei einjähriger Anfallsfreiheit nach epilepsiechirurgischen Eingriffen sind darüber hinaus mögliche operationsbedingte fahrrelevante Funktionsstörungen zu beachten.

Persistierende Anfälle ohne zwangsläufige Einschränkung der Kraftfahreignung

Die geforderte Anfallsfreiheit als Grundlage der Fahreignung kann entfallen bei:

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

Anfallsrezidiv bei bestehender Fahreignung

Kommt es nach langjährigem anfallsfreiem Verlauf zu einem „sporadischen“ Anfall (oder mehreren Anfällen innerhalb von 24 Stunden), so kann die Kraftfahreignung schon nach einer Fahrpause von 6 Monaten wieder bejaht werden, sofern die fachneurologische Abklärung keine relevanten Aspekte ergibt, die ein erhöhtes Rezidivrisiko und damit eine Fahrpause von 1 Jahr bedingen.

Lassen sich in einer solchen Situation relevante Provokationsfaktoren eruieren, die in Zukunft gemieden oder verhindert werden, so kann die Fahrpause auf 3 Monate verkürzt werden.

Beendigung einer antiepileptischen Therapie

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

Gruppe 2, LKW....

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

Erstmaliger Anfall

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

Sofern der Anfall an eine plausible anfallsauslösende Bedingung wie z.B. ausgeprägter Schlafentzug oder akute Erkrankungen (beispielsweise hohes Fieber, prokonvulsiv wirkende Medikamente, akute Erkrankungen des Gehirns oder Stoffwechselstörungen) geknüpft war (sog. provoziertes oder akuter symptomatischer Anfall) **und** wenn diese Bedingungen nicht mehr gegeben sind, kann die Kraftfahreignung nach einer anfallsfrei gebliebenen Beobachtungszeit von 6 Monaten wieder bejaht werden.

Ausdrücklich hingewiesen wird auf die häufige Koinzidenz einer durch Schlafmangel induzierten Manifestation eines ersten Grand Mal bei idiopathischer Disposition zu Epilepsie. Die idiopathische Disposition muss daher auch mittels EEG angemessen ausführlich evaluiert werden, bevor bei fehlendem Hinweis eine nur 6-monatige Fahrpause ausgesprochen wird.

Die minimal 6-monatige Anfallsfreiheit gilt auch bei epileptischen Anfällen, die in der ersten Woche nach einem Schädel-Hirn-Trauma oder einem neurochirurgischen Eingriff – jeweils ohne Hinweise auf eine morphologische Hirnschädigung – aufgetreten waren.

Bei provozierten Anfällen im Rahmen eines schädlichen Gebrauchs oder einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ist eine zusätzliche Begutachtung durch die dafür zuständigen Fachärzte erforderlich.

Epilepsien

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

Tabellarische Übersicht (zu Einzelheiten s. Text)

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

Begründung

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

Ob eine verkehrsmedizinisch relevante Gefährdung durch eine Epilepsie besteht, ist vor dem Hintergrund der oben ausgeführten Empfehlungen stets im Einzelfall zu klären.

Spezifische und neue Erkenntnisse zum Verlauf und der Therapie von Epilepsien sind dabei für die Beurteilung des einzelnen Patienten zu berücksichtigen.

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

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

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

3.10 Psychische Störungen

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

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.10.1 Organisch-psychische Störungen

Leitsätze

Wer unter einer der folgenden organischen Psychosen akut leidet:

- Delir (Verwirrheitszustand),
- amnestisches Syndrom (Korsakow Syndrom),
- Dämmerzustand,

- organische Psychose mit paranoider, manischer oder depressiver Symptomatik ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden.

Nach Abklingen einer organischen Psychose ist die Fähigkeit zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen im Wesentlichen von Art und Prognose des Grundleidens abhängig. Wenn das Grundleiden eine positive Beurteilung zulässt, kann diese Fähigkeit wieder angenommen werden, wenn keine Restsymptome der Psychose mehr nachweisbar sind und kein relevantes chronisch-hirnorganisches Psychosyndrom vorliegt (siehe Kapitel 3.10.2 Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen).

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

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

Begründung

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

In Abhängigkeit vom Grundleiden kann die Gefahr einer Wiedererkrankung bestehen.

Nach einmaliger Schädigung kommt es für die Beurteilung darauf an, ob die Schädigung Resterscheinungen, d. h. Beeinträchtigungen der hirnrorganischen Leistungsfähigkeit, hinterließ.

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.10.2 Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen

Leitsätze

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

Schwere Störungen schließen jedoch die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen auch dieser Gruppe aus.

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

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

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

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

Begründung

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

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

Es gibt leichte hirnorganische Psychosyn-drome, die sich auf die Leistungen beim Führen eines Kraftfahrzeugs (und auch im Übrigen auf die Lebensbewältigung) kaum auswirken. Schwere organische Psychosyn-drome schließen jedoch die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen aus.

3.10.3 Altersdemenz und Persönlichkeitsveränderungen durch pathologische Alterungsprozesse

Leitsätze

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

Begründung

Der motorisierte Straßenverkehr stellt an die menschliche Leistungs- und Belastungsfähigkeit besonders hohe Anforderungen: Es kann darum durch die nachlassende organisch-psychische Leistungsfähigkeit des Menschen im höheren Lebensalter zunehmend zu Anpassungsschwierigkeiten kommen. Die Ursachen hierfür sind im allgemeinen Leistungsrückgang zu sehen. Er hat stets eine organische Grundlage, und er ist in schwerer Ausprägung krankhaft (insbesondere Alzheimer-Demenz, andere Hirnatrophien, Multiinfarkt-Demenz bei Arteriosklerose).

Die Gefahren ergeben sich aus mangelnden sensorischen Leistungen oder erheblichen Reaktionsleistungsschwächen, so dass es zu Situationsverkennungen und Fehlreaktionen kommen kann. Verbinden sich mit solchen Schwächen Persönlichkeitsveränderungen, wie erheblicher Mangel an Einsicht und Kritik, dann entsteht die besonders gefahrenträchtige Kombination von Leistungsschwächen und falscher Einschätzung des eigenen Leistungsvermögens.

Die Beurteilung eines älteren Fahrerlaubnisinhabers oder Fahrerlaubnisbewerbers muss allerdings berücksichtigen, dass gewisse Leistungsminderungen bei allen Menschen im höheren Lebensalter zu erwarten sind.

Es müssen also ausgeprägte Leistungsmängel und schwere Persönlichkeitsveränderungen im Einzelfall nachgewiesen werden. Dabei kann die Beurteilung der Befunde in Grenzfällen bei älteren Fahrerlaubnisinhabern anders erfolgen als bei älteren Fahrerlaubnisbewerbern. So kann bei älteren Fahrerlaubnisinhabern - wenn sie die Fahrerlaubnis schon in jüngeren Jahren erworben haben - damit gerechnet werden, dass Verkehrserfahrungen und gewohnheitsmäßig geprägte Bedienungshandlungen (Automationen) zur Beherrschung des Fahrzeugs geringere Leistungsdefizite ausgleichen. In Zweifelsfällen kann eine praktische Fahrprobe bei älteren Fahrerlaubnisinhabern zur Klärung der Sachlage beitragen.

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.10.4 Affektive Psychosen

Leitsätze

Gruppe 1

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

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

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

Auswirkungen der antidepressiven Pharmakotherapie sind zu berücksichtigen, insbesondere in den ersten Tagen nach rascher Dosissteigerung.

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

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

Die Begutachtungen können nur durch einen Facharzt für Psychiatrie erfolgen.

Gruppe 2

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

Begründung

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

Krankheitsbild und Verlauf der affektiven Psychosen wurden in den letzten Jahren durch Fortschritte der Therapie und Prävention verändert. Durch die antidepressive Behandlung, insbesondere mit antidepressiven Pharmaka, wird die depressive (melancholische) Symptomatik wesentlich reduziert, und zum Teil wird die Zeitdauer der Phase abgekürzt. Zudem können durch eine medikamentöse Prävention (prophylaktische Langzeitbehandlung mit Lithium-Salzen oder Carbamazepin) Wiedererkrankungen depressiver und manischer Art in der Mehrzahl verhindert werden. Bei dieser Prophylaxe werden regelmäßig (zumindest vierteljährliche) psychiatrische Beratungen (einschließlich Blutspiegelbestimmungen) durchgeführt. Hierdurch werden auch die Möglichkeiten der Frühdiagnose eventueller Wiedererkrankungen wesentlich verbessert, was im Hinblick auf die sozialen Belange und auch ggf. auf die Kontrolle bei Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr nützlich ist.

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.10.5 Schizophrene Psychosen

Leitsätze

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

Gruppe 1

Nach abgelaufener akuter Psychose kann die Voraussetzung zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 in der Regel wieder gegeben sein, wenn keine Störungen (z. B. Wahn, Halluzination, schwere kognitive Störung) mehr nachweisbar sind, die das Realitätsurteil erheblich beeinträchtigen. Bei der Behandlung mit Psychopharmaka sind einerseits deren stabilisierende Wirkung, andererseits die mögliche Beeinträchtigung psychischer Funktionen zu beachten.

Langzeitbehandlung schließt die positive Beurteilung nicht aus (siehe Kapitel 3.12 Betäubungsmittel und Arzneimittel); in manchen Fällen ist die Langzeitbehandlung hierfür die Voraussetzung, wobei diese

Behandlung durch Bescheinigungen des behandelnden Facharztes für Psychiatrie dokumentiert werden sollte.

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

Gruppe 2

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

Begründung

Unter Schizophrenien fasst man eine Gruppe von Psychosen mit unterschiedlichem Schweregrad, verschiedenartigen Syndromen und uneinheitlichen Verläufen zusammen.

Gemeinsam ist den Schizophrenien, dass alle psychischen Funktionen beeinträchtigt sein können (nicht nur das Denken), dass die Ich-Funktion (die psychische Einheit) in besonderer Weise gestört (Desintegration) und die Realitätsbeziehungen beeinträchtigt sein können.

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

Schwere psychotische Krankheitserscheinungen können das Realitätsurteil eines Menschen in so erheblichem Ausmaß beeinträchtigen, dass selbst die Einschätzung normaler Verkehrssituationen gestört wird. Schwere psychotische Körpermissempfindungen können die Aufmerksamkeit absorbieren und die Leistungsfähigkeit senken.

Antriebs- und Konzentrationsstörungen können den situationsgerechten Einsatz der psycho-physischen Leistungsfähigkeit mindern. Derartige psychotische Krankheitserscheinungen können also zu Fehlleistungen führen und die allgemeine Leistungsfähigkeit unter das notwendige Maß herabsetzen. In jedem Einzelfall muss - auch abhängig vom Krankheitsstadium - die Bedeutung aller einzelnen Symptome für die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beurteilt werden.

3.11 Alkohol

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.11.1 Missbrauch, lt. ICD-10 Schädlicher Gebrauch

Leitsätze

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

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

Von Missbrauch ist insbesondere in folgenden Fällen auszugehen:

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

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

a) Das Alkoholtrinkverhalten wurde ausreichend geändert. Das ist der Fall,

- wenn Alkohol nur noch kontrolliert getrunken wird, so dass Trinken und Fahren zuverlässig getrennt werden können, oder

- wenn Alkoholabstinenz eingehalten wird. Diese ist zu fordern, wenn aufgrund der Lerngeschichte anzunehmen ist, dass sich ein konsequenter kontrollierter Umgang mit alkoholischen Getränken nicht erreichen lässt.

b) Die vollzogene Änderung im Umgang mit Alkohol ist stabil und motivational gefestigt.

Das ist anzunehmen, wenn folgende Feststellungen getroffen werden können:

- Die Änderung erfolgte aus einem angemessenen Problembewusstsein heraus; das bedeutet auch, dass ein angemessenes Wissen zum Bereich des Alkoholtrinkens und Fahrens nachgewiesen werden muss, wenn das Änderungsziel kontrollierter Alkoholkonsum ist.

- Die Änderung ist nach genügend langer Erprobung und der Erfahrungsbildung (in der Regel ein Jahr, mindestens jedoch 6 Monate) bereits in das Gesamtverhalten integriert.

- Die mit der Verhaltensänderung erzielten Wirkungen werden positiv erlebt.

- Der Änderungsprozess kann nachvollziehbar aufgezeigt werden.

- Eine den Alkoholmissbrauch eventuell bedingende Persönlichkeitsproblematik wurde erkannt und entscheidend korrigiert.
 - Neben den inneren stehen auch die äußeren Bedingungen (Lebensverhältnisse, berufliche Situation, soziales Umfeld) einer Stabilisierung des geänderten Verhaltens nicht entgegen.
 - c) Es lassen sich keine körperlichen Befunde erheben, die auf missbräuchlichen Alkoholkonsum hindeuten. Wenn Alkoholabstinenz zu fordern ist, dürfen keine körperlichen Befunde vorliegen, die zu einem völligen Alkoholverzicht im Widerspruch stehen.
 - d) Verkehrsrelevante Leistungs- oder Funktionsbeeinträchtigungen als Folgen früheren Alkoholmissbrauchs fehlen. Zur Bewertung der Leistungsmöglichkeiten wird auf die Kapitel 2.5 (Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit) und 3.13 (Intellektuelle Leistungseinschränkungen) verwiesen.
 - e) Bei Alkoholmissbrauch eines Kranken mit organischer Persönlichkeitsveränderung (infolge Alkohols oder bei anderer Verursachung) ist das Kapitel 3.10.2 (Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen) zu berücksichtigen. Bei Alkoholmissbrauch eines Kranken mit affektiver oder schizophrener Psychose sind zugleich die Kapitel 3.10.4 (Affektive Psychosen) und 3.10.5 (Schizophrene Psychosen) zu berücksichtigen.
 - f) Nach Begutachtung in einer amtlich anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung wird die Wiederherstellung der Fahreignung angenommen, wenn sich die noch feststellbaren Defizite durch einen anerkannten und evaluierten Rehabilitationskurs für alkoholauffällige Kraftfahrer beseitigen lassen. Die Wiederherstellung der Fahreignung durch einen dieser evaluierten Rehabilitationskurse ist angezeigt, wenn die Gutachter eine stabile Kontrolle über das Alkoholtrinkverhalten für so weitgehend erreichbar halten, dass dann die genannten Voraussetzungen erfüllt werden können. Sie kommt, soweit die intellektuellen und kommunikativen Voraussetzungen gegeben sind, in Betracht,
 - wenn eine erforderliche Verhaltensänderung bereits vollzogen wurde, aber noch der Systematisierung und Stabilisierung bedarf oder
 - wenn eine erforderliche Verhaltensänderung erst eingeleitet wurde bzw. nur fragmentarisch zustande gekommen ist, aber noch unterstützend begleitet, systematisiert und stabilisiert werden muss oder auch,
 - wenn eine erforderliche Verhaltensänderung noch nicht wirksam in Angriff genommen worden ist, aber aufgrund der Befundlage, insbesondere aufgrund der gezeigten Einsicht in die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung sowie der Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstkritik und Selbstkontrolle, erreichbar erscheint.
- Die Fähigkeit, ein Fahrzeug sicher zu führen, gilt dann als wiederhergestellt, wenn das vertragsgerechte Absolvieren des Kurses durch eine Teilnahmebescheinigung nachgewiesen wird.
- Die besonderen Anforderungen und Risiken für Fahrer der Gruppe 2 sind insbesondere gemäß Anlage 5 zur FeV zu berücksichtigen.
- Hinter dem Missbrauch kann sich Abhängigkeit verbergen (siehe folgenden Abschnitt).

Begründung

siehe Kapitel 3.11.2

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.11.2 Abhängigkeit

Leitsätze

Wer vom Alkohol abhängig ist, kann kein Kraftfahrzeug führen. Diagnostische Leitlinien der Alkoholabhängigkeit nach ICD 10₉ sind:

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

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.11.2 Abhängigkeit

Leitsätze

Wer vom Alkohol abhängig ist, kann kein Kraftfahrzeug führen. Diagnostische Leitlinien der Alkoholabhängigkeit nach ICD 10₉ sind:

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

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).

5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist."

War die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen wegen Abhängigkeit nicht gegeben, so kann sie nur dann wieder als gegeben angesehen werden, wenn durch Tatsachen der Nachweis geführt wird, dass dauerhafte Abstinenz besteht¹⁰.

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

Hierzu sind regelmäßige ärztliche Untersuchungen erforderlich einschließlich der relevanten Labor-diagnostik, unter anderen Gamma-GT, GOT, GPT, MCV, CDT und Triglyzeride.

Bei Verdacht auf chronischen Leberschaden, z. B. nach langjährigem Alkoholmissbrauch, nach Hepatitis oder bei anderen relevanten Erkrankungen ist die Labordiagnostik entsprechend zu erweitern. Die Laboruntersuchungen müssen von Laboratorien durchgeführt werden, deren Analysen den Ansprüchen moderner Qualitätssicherung genügen (z. B. erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen). Sämtliche Laboruntersuchungen können nur in Verbindung mit allen im Rahmen der Begutachtung erhobenen Befunden beurteilt werden.

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

Begründung

Bereits Blutalkoholkonzentrationen mit Werten ab **0,3 ‰** können zu einer Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit und zur Veränderung der Stimmungslage mit Kritikminderung führen, so dass ein erhöhtes Verkehrsrisiko von derart beeinflussten Kraftfahrern ausgeht.

Bei **0,8 ‰** liegt das Risiko in der Regel um das Vierfache höher als bei nüchternen Verkehrsteilnehmern.

Fahruntüchtigkeit liegt bei jedem Kraftfahrzeugfahrer mit Werten höher als 1 ‰ vor.

Werden Werte um oder über **1,5 ‰** bei Kraftfahrern im Straßenverkehr angetroffen, so ist die Annahme eines chronischen Alkoholkonsums mit besonderer Gewöhnung und Verlust der kritischen Einschätzung des Verkehrsrisikos anzunehmen. Bei solchen Menschen pflegt in der Regel ein Alkoholproblem vorzuliegen, das die Gefahr weiterer Alkoholauffälligkeit im Straßenverkehr in sich birgt.

Auch wiederholte Auffälligkeiten unter Alkohol im Straßenverkehr innerhalb weniger Jahre begründen einen solchen Verdacht, selbst wenn die Werte wesentlich geringer sind.

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

Diese erfordert tragfähige Strategien für die Entwicklung der Kontrolle über den Alkoholkonsum als Voraussetzung zur Trennung von Alkoholkonsum und Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr, wie sie z. B. in geeigneten Kursen oder Therapien vermittelt werden. In der Regel hat in solchen Fällen eine sorgfältige Auseinandersetzung mit den Ursachen und der Entwicklung des früheren Alkoholmissbrauchs zu erfolgen. Häufiger Alkoholmissbrauch führt zur Gewöhnung an die Giftwirkung und damit zur Unfähigkeit einer realistischen Einschätzung der eigenen Alkoholisierung und des hierdurch ausgelösten Verkehrsrisikos.

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

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

3.12 Betäubungsmittel und Arzneimittel

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.12.1 Sucht (Abhängigkeit) und Intoxikationszustände

Leitsätze

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

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

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

Wer von anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen, z. B. Tranquilizer, bestimmte Psychostimulanzien, verwandte Verbindungen bzw. deren Kombinationen (Polytoxikomanie), abhängig ist, wird den gestellten Anforderungen beim Führen von Kraftfahrzeugen nicht gerecht (zur Abhängigkeit wird auf die Definition in Kapitel 3.11.2 hingewiesen).

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

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

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

Nach der Entgiftungs- und Entwöhnungszeit ist in der Regel eine einjährige Abstinenz durch ärztliche Untersuchungen nachzuweisen (auf der Basis von mindestens vier unvorhersehbar anberaumten Laboruntersuchungen innerhalb dieser Jahresfrist in unregelmäßigen Abständen). Zur Überprüfung der Angaben über angebliche "Suchtstofffreiheit" können insbesondere bei einer Reihe von Pharmaka und Betäubungsmitteln auch Haare in die Analytik einbezogen werden (unter Umständen abschnittsweise).

Bei i.v.-Drogenabhängigen kann unter bestimmten Umständen eine Substitutionsbehandlung mit Methadon indiziert sein. Wer als Heroinabhängiger mit Methadon substituiert wird, ist im Hinblick auf eine hinreichend beständige Anpassungs- und Leistungsfähigkeit in der Regel nicht geeignet, ein Kraftfahrzeug zu führen. Nur in seltenen Ausnahmefällen ist eine positive Beurteilung möglich, wenn besondere Umstände dies im Einzelfall rechtfertigen. Hierzu gehören u. a. eine mehr als einjährige Methadonsubstitution, eine psychosoziale stabile Integration, die Freiheit von Beigebrauch anderer psychoaktiver Substanzen, incl. Alkohol, seit mindestens einem Jahr, nachgewiesen durch geeignete, regelmäßige, zufällige Kontrollen (z. B. Urin, Haar) während der Therapie, der Nachweis für Eigenverantwortung und Therapie-Compliance sowie das Fehlen einer Störung der Gesamtpersönlichkeit.

Persönlichkeitsveränderungen können nicht nur als reversible oder irreversible Folgen von Missbrauch und Abhängigkeit zu werten sein, sondern ggf. auch als vorbestehende oder parallel bestehende Störung, insbesondere auch im affektiven Bereich. In die Begutachtung des Einzelfalles ist das Urteil der behandelnden Ärzte einzubeziehen. Insoweit kommt in diesen Fällen neben den körperlichen Befunden den Persönlichkeits-, Leistungs-, verhaltenspsychologischen und den sozialpsychologischen Befunden erhebliche Bedeutung für die Begründung von positiven Regelausnahmen zu.

Begründung

Menschen, die von einem oder mehreren der oben genannten Stoffe abhängig sind, können für die Zeit der Wirkung eines Giftstoffes oder sogar dauernd schwere körperlich-geistige (psychische) und die Krafftahrlistung beeinträchtigende Schäden erleiden.

So können als Folge des Missbrauchs oder der Abhängigkeit krankhafte Persönlichkeitsveränderungen auftreten, insbesondere Selbstüberschätzung, Gleichgültigkeit, Nachlässigkeit, Erregbarkeit und Reizbarkeit. Es kommt schließlich zur Entdifferenzierung und Depravation der gesamten Persönlichkeit.

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

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

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

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

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.12.2 Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

Leitsätze

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

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

Begründung

Die Beurteilung der Anpassungs- und Leistungsfähigkeit eines Kraftfahrers an die Erfordernisse beim Führen eines Kraftfahrzeuges im Zusammenhang mit einer Arzneimittelbehandlung muss in jedem Falle sehr differenziert gesehen werden. Vor allem ist zu beachten, dass eine ganze Reihe Erkrankungen, die von sich aus die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen ausschließen können, durch Arzneimittelbehandlung so weit gebessert oder sogar geheilt werden, dass erst durch die Behandlung die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen wieder erreicht werden können.

Entscheidend für die Beurteilung ist aber, ob eine Arzneimitteltherapie, insbesondere auch die Dauertherapie, zu schweren und für das Führen von Kraftfahrzeugen wesentlichen Beeinträchtigungen der psychophysischen Leistungssysteme führt. **Medikamentöse Behandlungen, in deren Verlauf erhebliche unerwünschte Wirkungen wie Verlangsamung und Konzentrationsstörungen auftreten, schließen die Eignung in jedem Falle aus.**

Ob solche Intoxikationen vorliegen, wird vor allem dann zu prüfen sein, wenn ein chronisches Grundleiden zu behandeln ist, das mit Schmerzen oder starken "vegetativen" Beschwerden einhergeht (auch chronische Kopfschmerzen, Trigeminusneuralgien, Phantomschmerzen, Schlafstörungen usw.). Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang aber nicht nur Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel (Tranquilizer), Antikonvulsiva, Neuroleptika und Antidepressiva oder Antiallergika, bei denen im Falle des Auftretens von Intoxikationserscheinungen qualitativ vergleichbare Gefahrensymptome zu berücksichtigen sind, sondern auch andere, zur Dauerbehandlung eingesetzte Stoffe mit anderen gefährlichen Nebenwirkungen bzw. Intoxikationssymptomen (siehe Kapitel 3.10.4 Affektive Psychosen und 3.10.5 Schizophrene Psychosen).

Die meisten Herz-Kreislauf-Erkrankungen benötigen eine Langzeitbehandlung mit zum Teil sehr unterschiedlich wirkenden Arzneimitteln. So sind besondere Umstände der Behandlung bei der Eignungsbeurteilung eines Herz-Kreislauf-Kranken zu berücksichtigen.

Hier sei lediglich noch auf die am häufigsten vorkommenden Gefahrenlagen hingewiesen: Antikoagulantien führen zu einer Verzögerung der Blutgerinnung und bringen die Gefahr akuter Blutungen mit sich. **Eine sorgfältige ärztliche Überwachung bei Behandlung mit Antikoagulantien ist demnach bei Fahrerlaubnisinhabern erforderlich. Sie sollte**

durch ein entsprechendes ärztliches Attest in angemessenen Abständen bestätigt werden.

Die Arzneimittel der **Digitalisgruppe** können gelegentlich zu bedrohlichen Rhythmusstörungen führen. Seltener kann es zu Sehstörungen und akuten psychischen Störungen bei älteren Menschen kommen. Auch in diesen Fällen sind also die regelmäßige ärztliche Überwachung und ihr Nachweis in angemessenen, im Einzelfall festzulegenden Zeitabständen erforderlich.

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

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