

Dr. Ingra-A. Manecke, Dr. Michael Spallek, Dr. Thomas Rebe, Prof. Renate Wrbitzky,  
Prof. Christoph Gutenbrunner, Nina Ristel, Dr. Monika Schwarze

# Das Modellprojekt „JobReha“ – Hintergrund und Praxisbericht

## Zusammenfassung:

Die hohe Inzidenz an Muskel- und Skeletterkrankungen von Erwerbstätigen sorgt dafür, dass neben der Prävention auch rehabilitative Maßnahmen innerhalb von Betrieben an Bedeutung gewinnen. Die mangelnde Koordination und Kommunikation zwischen Betrieb und Rehabilitationseinrichtung führte jedoch bisher dazu, dass eine Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz nach Ende einer Rehabilitationsmaßnahme nicht zeitgerecht bzw. stark verzögert erfolgen kann. Aus diesem Grund entstand zwischen der Deutschen Post AG, VW Nutzfahrzeuge, der MHH und verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen sowie drei Leistungsträgern das Kooperationsprojekt „JobReha“, dass ein arbeitsplatzorientierteres und effektiveres Behandeln der Patienten vorsieht. Ein Praxisbericht, aus Sicht einer der beteiligten Betriebsärztinnen der Deutschen Post AG schildert Ziele, Voraussetzungen, Abläufe und Inhalte des Projektes „JobReha“. Abschließend wird ein positives Fazit über die aktuelle Maßnahme gezogen.

**Schlüsselwörter:** Muskel-Skeletterkrankungen, Rehabilitationsmaßnahme, Eingliederungsmanagement, „JobReha“, Praxisbericht

## Hintergrund :

Die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Beschwerden am Bewegungsapparat haben sich in den letzten Jahren zwar deutlich reduziert, befinden sich aber seit 2004 konstant auf einem Wert

von ca. 340 Tagen/pro 100 Pflichtmitgliedern ([www.bkk.de](http://www.bkk.de)). Etwa 85 % der Bevölkerung haben im Laufe ihres Lebens irgendwann einmal Rückenschmerzen und die Diagnose „unspezifische Rückenschmerzen“ (ICD M 54) zählt zu den häufigsten allgemeinmedizinischen Diagnosen überhaupt (Raspe et al., 1998; Göbel, 2001). In einer Krankheitsartenübersicht der größten deutschen BKK beinhaltet die Hauptdiagnosegruppe „Muskel- und Skeletterkrankungen“ für einen Großbetrieb der metallverarbeitenden Industrie in Norddeutschland nahezu ebenso viele Fälle, wie die Gruppe der Atemwegserkrankungen, wobei die Muskel-Skeletterkrankungen in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeitsdauer eindeutig dominieren. Die Beschäftigten der Post- und Kurierdienste stehen mit 6,2 Tagen pro Jahr an der Spitze (BKK, 2005).

Der häufigste Grund für gesundheitsbedingte Frühberentung in Deutschland sind chronische Erkrankungen. Von diesen machen die des Bewegungsapparates den höchsten Anteil aus: in der Gruppe der Männern 20,9 %, bei den Frauen 19,3 % (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006).

Vor dem Hintergrund demographischer Entwicklungen gewinnen neben innerbetrieblichen, vorwiegend primär- und sekundärpräventiven Aktivitäten auch rehabilitative Maßnahmen bei Beschwerden am Bewegungsapparat für eine im Durchschnitt älter werdende Belegschaft zunehmend an Bedeutung. Bei der Organisation und Umsetzung betrieblicher Wiedereingliederungsmaßnahmen entsprechend SGB IX wird man jedoch rasch feststellen, dass insbesondere das Schnittstellenmanagement



## Kontakt

Dr. Ingra-A. Manecke  
Fachärztin f. Allgemein- u. Arbeitsmedizin, Sportmedizin u. Homöopathie  
Regionalleitende Ärztin Nord  
SNL HR Deutschland  
Abt. Arbeitsmedizin  
Berliner Platz 12  
38102 Braunschweig  
Telefon: 05 31-22 07 20  
Fax: 0531-2 20 72 24  
Mobil: 01 70-3 35 40 98  
E-Mail: [I.Manecke@DeutschePost.de](mailto:I.Manecke@DeutschePost.de)

und der Informationsfluss zwischen dem rehabilitationsbedürftigen Mitarbeiter bzw. seinem Hausarzt, dem Arbeitgeber, dem Betriebsarzt und der Reha-Einrichtung bzw. den Reha-Trägern nur unzureichend funktioniert. Die zeitlichen Abläufe nach Einleitung bis zur Reha-Maßnahme bzw. nach Ende der Maßnahme bis zur Wiederaufnahme der Tätigkeit können – teilweise sicherlich auch aus Datenschutzgründen – nicht einheitlich koordiniert werden und nicht selten nehmen ursprünglich als arbeitsfähig aus der Rehabilitation entlassene Mitarbeiter erst 2 oder 3 Wochen nach Reha-Ende die Arbeit wieder auf. In Unkenntnis einer systematischen Arbeitsplatzbeschreibung und den tatsächlichen Arbeitsanforderungen werden oft intensive therapeutische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt, die

aber nicht an den für die Tätigkeit notwendigen Abläufen und Erfordernissen ausgerichtet sind. Dies kann in Einzelfällen dazu führen, dass der Mitarbeiter während der Rehabilitation medizinisch zwar umfassend betreut wurde, den Anforderungen seines Arbeitsplatzes aber trotzdem nicht gewachsen ist und ein innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel erfolgen muss.

Es ist schon länger bekannt, dass durch eine systematische Kooperation zwischen Rehabilitationsarzt und Betriebsarzt die Rehabilitationsergebnisse deutlich verbessert werden können (Haase et al., 2002; Wadell & Burton, 2000) und dass beim betrieblichen Eingliederungsmanagement den Betriebs- und Werksärzten eine zentrale Stellung zukommt (BAR, 2004). Entsprechende Anpassungen der Rehabilitationsmaßnahmen sind aber bislang nur sehr zögerlich umgesetzt worden. Vor diesem Hintergrund wurde in der Region Hannover/Braunschweig zwischen den Partnern:

- Deutsche Post AG
- Volkswagen Nutzfahrzeuge
- Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung, Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover
- Institut für Arbeitsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover

den Rehabilitationseinrichtungen

- Rehasentrum Bad Eilsen
- Rehasentrum Bad Pyrmont
- Gesundheitszentrum Kestnerstrasse Hannover
- Ambulantes Reha Centrum Braunschweig
- Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover

sowie den

- Leistungsträgern
  - Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (DRV-BSH)
  - Deutsche Postbeamtenkrankenkasse (PBeakk)
  - Deutsche BKK (BKK)

ab 2004 ein entsprechendes Kooperationsprojekt geplant, das sich derzeit in der Umsetzung befindet.

Bei der „JobReha“ handelt es sich um ein Verfahren, das bei der Rehabilitation muskuloskelettaler Beschwerden besonderen Wert auf eine enge Zusammenarbeit zwischen Werksärzten, Krankenkasse und Rehabilitationseinrichtungen bzw. den Reha-Trägern legt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Erkrankungen des Bewegungsapparates zweier Großunternehmen in der Region Braunschweig-Hannover erhalten im Rahmen der „JobReha“ nicht nur eine deutlich vereinfachte und schnellere Zugangsweise zu rehabilitativen Maßnahmen. Weiterhin profitieren sie durch ein verbessertes Schnittstellenmanagement und eine auf den Arbeitsplatz abgestimmte Therapie mit gezielten betrieblichen Wiedereingliederungsmaßnahmen und -betreuung. Zusätzlich zu den bekannten 3-wöchigen ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen wurde in Kooperation mit der Deutschen BKK eine einwöchige ambulante Intensivintervention entwickelt, die allen Mitarbeitern bei VW Nutzfahrzeuge angeboten werden kann, die einen Zusammenhang zwischen ihren Beschwerden am Bewegungsapparat und ihrem Arbeitsplatz sehen. Ein sog. „Praxistag“, bei dem der Mitarbeiter kurz vor Ende seiner Rehabilitationsmaßnahme bereits Kontakt mit seinem Betrieb aufnimmt und die Wiedereingliederung bzw. die evtl. notwendige Nachbehandlung bespricht, sind ein weiterer wesentlicher Bestandteil der „JobReha“. In der Praxis stellt sich die Situation oft folgendermaßen dar:

Kennen Sie das auch?

Sie haben einen Patienten, der dringend eine Rehabilitationsmaßnahme benötigt und es vergehen Wochen, bis alle bürokratischen Hürden genommen sind, um diese Maßnahme einzuleiten.

*Erzählfreude genügt:*

## Der Fall Aus der Praxis für die Praxis

Jeder Beruf, jede Tätigkeit lebt davon, dass sich jenseits der Routine Erfolge einstellen, vorzeigbare Ergebnisse, Lösungen, schlichtweg Ereignisse, die identitätsstiftend sind oder wie der mehr der Psychologie zugeneigte Kollege zu sagen pflegt, die Selbstwirksamkeit unter Beweis stellt.

Die betriebsärztliche Gemeinde verfügt über eine prall gefüllte Schatztruhe an Erfahrungen, phantasievollen Instrumenten, pfiffigen Lösungen.

Jede Kollegin, jeder Kollege hat eine, ja meist viele Geschichten zu erzählen. Das Problem: Wir Arbeitsmediziner gehören nicht unbedingt zu den mitteilungssüchtigen Zeitgenossen, stellen unsere Erfolge eher unter den Scheffel und können uns gar nicht vorstellen, dass auch andere von unseren doch so banalen Erfahrungen profitieren könnten.

ASU-Praxis möchte dies ändern:

**Erzählfreude genügt** soll einladen und ermutigen, über die eigenen Erfahrungen zu berichten:

Die Identifikation einer seltenen Erkrankung, die Beantwortung einer komplizierten gutachterlichen Fragestellung, die erfolgreiche Wiedereingliederung eines chronisch Kranken, die Etablierung eines Projektes oder Verfahrens, die Organisation einer außergewöhnlichen Veranstaltung, die erfolgreiche Lösung eines Konfliktes aber auch der Misserfolg, den man anderen Kolleginnen und Kollegen Kraft eigener Darstellung ersparen möchte.

Über Rückmeldungen freut sich Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg, Mitglied der ASUpraxis-Redaktion. E-Mail: hess-graefenberg@t-online.de □

Ist der Patient dann erst einmal in der Reha-Klinik, haben Sie ihn bald aus den Augen verloren... und nach der Reha-Maßnahme erhalten Sie keinerlei Informationen...

Mühsam fordern Sie dann den Entlassungsbericht über den Hausarzt an, um entsetzt festzustellen, dass der Bericht wenig hilfreich für die konkrete Einschätzung der Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz ist.

So kommt es immer wieder vor, dass wir Betriebsärzte lesen: „Der Paketzusteller XY kann seine Tätigkeit sofort wieder aufnehmen, er darf aber nicht mehr als 10 kg heben und tragen.“

Da unsere Pakete aber zum Teil schwerer sind, hieße das, dass unser Paketzusteller alle Pakete über 10 kg liegen lassen müsste... Armer Kunde!

Warum kann ein bandscheibenoperierter Paketzusteller, der aus der Reha kommt, häufig immer noch nicht ergonomisch korrekt, bzw. bandscheibenschonend seine Pakete heben und tragen? Warum wird während der Reha immer noch viel zu selten auf die konkreten Belastungen am Arbeitsplatz eingegangen?

Immer wieder müssen wir feststellen, dass in den Reha-Kliniken nur unzureichende Informationen über den konkreten Arbeitsplatz und die Leistungsanforderungen im Betrieb vorliegen.

Um all diese Probleme zu lösen, setzten wir uns mit dem Modellprojekt „JobReha“ folgende Ziele:

- Frühe und unbürokratische Einleitung der Rehabilitationsmaßnahme durch den Betriebsarzt
- Konsequente Aufstellung der Therapie- und Rehabilitationsziele ausgerichtet an den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen des Arbeitsplatzes
- Bessere Kommunikation/Vernetzung zwischen Betriebs- und Reha-Arzt
- Erhalt des Arbeitsplatzes
- Optimierung der Wirksamkeit durch eine wissenschaftliche Begleitforschung

Diese Ziele liegen gleichermaßen im Interesse des Patienten sowie der Unternehmen und den Leistungsträgern der Rehabilitation.

Hier kommen uns natürlich die Forderungen des 9. Sozialgesetzbuches, insbesondere die Paragraphen 13 und 84 zu Gute. Auch finden sich in der internationalen rehawissenschaftlichen Literatur Ergebnisse, die zeigen, dass die Rehabilitationsergebnisse in Bezug auf die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit durch eine enge Verzahnung zwischen Reha-Einrichtung und Betrieb verbessert werden können.

Wesentliche Voraussetzungen für die Teilnahme an der „JobReha“ sind:

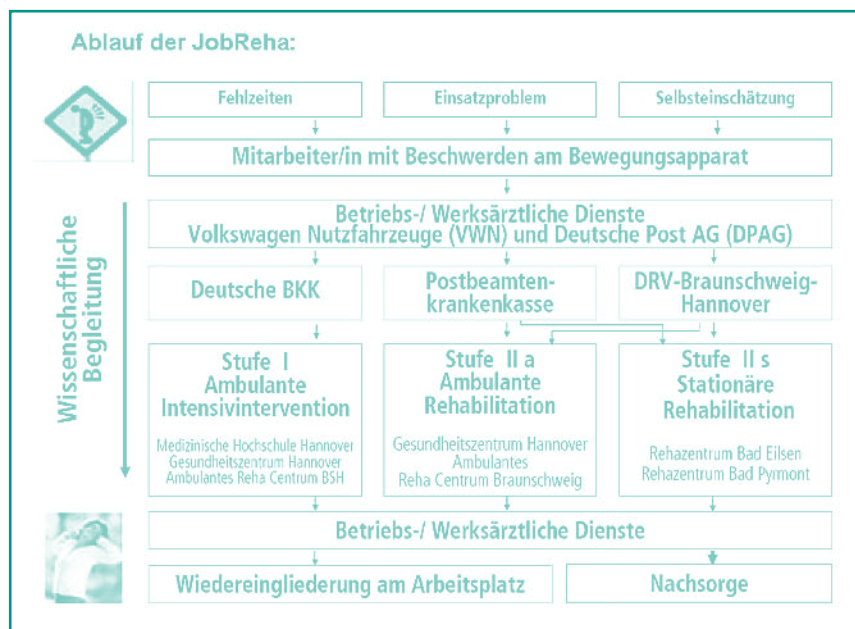
- Orthopädische Erkrankung
- Beschwerden am Arbeitsplatz
- Kein Rentenbegehren
- Gefährdung des Arbeitsplatzes

Folgende Interventionsstufen wurden festgelegt:

Die Inhalte der verschiedenen Interventionsstufen wurden festgelegt und abgeglichen, Details zur Überprüfung der körperlichen Leistungsfähigkeit festgelegt, Schulungen wurden durchgeführt, Kriterien für die Teilnahme an „JobReha“ wurden fixiert, spezielle rehabilitationsorientierte Arbeitsplatzbeschreibungen mussten angefertigt werden sowie spezielle Formulare für die Antragsstellung bei den Leistungsträgern, so dass die „JobReha“ schnell und unbürokratisch durch den Betriebsarzt eingeleitet werden kann.

Doch bevor es losgehen sollte, fanden mehrere Treffen mit den Reha-Einrichtungen statt. Gegenseitiges Kennenlernen zwischen den beteiligten Betriebs- und Reha-Ärzte sowie Therapeuten sollte die zukünftige Zusammenarbeit erleichtern. Als Betriebsärztin der Deutschen Post gab ich mein detailliertes theoretisches und praktisches Wissen an die Ärzte und Therapeuten vor Ort und an den Arbeitsplätzen weiter.

Interventionsstufen	I: Ambulante Intensivintervention	Ila: Ambulante Rehabilitation	Ils: Stationäre Rehabilitation
<b>Einteilungskriterien</b>			
Dauer der Beschwerden in den letzten 12 Monaten	entfällt	> 6 Wochen	> 6 Wochen
Art und Ausmaß der Beschwerden	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arbeitsfähige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit belastungsabhängigen Beschwerden des Rückens oder eines oder mehrerer Gelenke sowie mit muskulären Insuffizienzen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit chronischen Beschwerden des Bewegungsapparates</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit chronischen Beschwerden des Bewegungsapparates</li> <li>▪ Zusätzliche Begleiterkrankungen (z.B. neurologische oder Herz-Kreislauf-erkrankungen)</li> </ul>
Psychosoziale Komponente (Arzteindrucks)	geringe psychosoziale Belastungsfaktoren	deutliche psychosoziale Belastungsfaktoren	deutliche psychosoziale Belastungsfaktoren
Kontextfaktoren		Unabkömmlichkeit wegen häuslicher Anforderungen (Familie, Pflege) Psychische Faktoren (Heimweh)	Häusliche Belastungen (Familie, Pflege) erfordern eine wohnortferne Rehabilitation
Wunsch des Patienten			
Erreichbarkeit	Fahrzeit bis 45 min	Fahrzeit bis 45 min	Fehlende Erreichbarkeit



Ein Fazit war, dass einige Reha-Ärzte und Therapeuten angaben, die Belastung von Zustelltätigkeiten falsch eingeschätzt zu haben! Aber wer von ihnen hatte schon je eine Matratze oder ein Fahrrad in den dritten Stock zugestellt? Nun galt es noch Informationsveranstaltungen durchzuführen, um Arbeitgeber und Betriebsrat zu informieren und mit „ins Boot zu holen“. Da die Deutsche Post ein Flächenunternehmen ist, wurden neben persönlichen Informationen, Flyern, Aushängern etc. angefertigt, um das Projekt bekannt zu machen. Alle Reha-Einrichtungen erhielten originale Post-Fahrräder und andere postalische Arbeitsmittel, mit denen die Beschäftigten tagtäglich zu tun haben, um das Training arbeitsplatzbezogen zu gestalten.

Inhalte der „JobReha“ in den Reha-Einrichtungen:

- **Spezielle Diagnostik**
  - Evaluation der arbeitsplatzbezogenen Leistungsfähigkeit
  - Ärztliche, physiologische und MTT- Funktionsanalysen
- **Arbeitsplatzorientiertes Training**
  - Arbeitsplatzbezogenes Training
  - Medizinische Trainingstherapie
  - Individuelle Reha-Interventionen

#### ▪ Weiterführung nach der Reha durch den Betriebsarzt

- Nutzung innerbetrieblicher Gesundheitsangebote
- Empfehlung für weitere Maßnahmen

Und schließlich starteten wir mit unserem Projekt „JobReha“ im Februar 2007.



Voller Spannung wurde die Rückkehr unserer ersten „JobReha“-Kandidaten erwartet: Alle Patienten waren begeistert und hoch zufrieden!

Jeder Patient wird nach der Reha-Maßnahme detailliert nach der Zufriedenheit mit der „JobReha“ befragt. Alle Patienten glauben, dass sie das Erlernte auch an ihrem Arbeitsplatz umzusetzen können. Besonders gelobt wurde auch, dass Ärzte und Therapeuten über den Arbeitsplatz informiert waren und individuell auf den Arbeitsplatz eingegangen seien.

Patienten, die schon mehrere Rehabilitationen in der Vergangenheit durchgeführt hatten, gaben dieser Reha-Maßnahme eindeutig den Vorzug.

Mittlerweile wurden bis März 2008 142 „JobReha“-Verfahren eingeleitet (Deutsche Post AG 85, VWN 57).

Erwähnen möchte ich noch die gute Zusammenarbeit mit den Reha-Kollegen/innen. Bei Problemen und offenen Fragen erfolgt die Kommunikation – auch während der Reha – unbürokratisch per Telefon.

Am Tag der Entlassung erhalten alle Betriebsärzte per Fax einen Kurzbericht, so dass wir sofort wissen, ob wir den Patienten wieder am alten Arbeitsplatz einsetzen können oder ob noch weitere medizinische Maßnahmen erforderlich sind.

Der ausführliche Entlassungsbericht kommt in der Regel nur wenige Tage später. Die arbeits- und sozialmedizinischen Aussagen aus der Reha-Klinik sind jetzt realistisch und arbeitsplatzbezogen.

Das Projekt läuft noch bis Februar 2009.

**Fazit:** Ein gelungenes integratives Projekt, bei dem alle Beteiligten (**Patient, Arbeitgeber und Leistungsträger**) nur gewinnen können.



## Danksagung

Folgenden am Projekt JobReha beteiligten Personen und Einrichtungen sind wir zu besonderem Dank verpflichtet: Volkswagen Nutzfahrzeuge Hannover (Dr. Teumer), Deutsche Post AG, Hannover-Braunschweig, Rehasentrum Bad Eilsen (Dr. Daalman), Rehasentrum Bad Pyrmont (Dr. Kasproski), Gesundheitszentrum Kestnerstrasse Hannover (Dr. Busche), Ambulantes Reha Centrum Braunschweig (A. Jacobs), Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover, Medizinische Hochschule Hannover, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (Dr. Moesch, Herrn Rodewald, Frau Eisenhauer), der Deutschen BKK (Herrn Cordes, Frau Noll), der deutschen Postbeamtenkrankenkasse (Herrn Jaehnke), Koordinierungsstelle für angewandte Rehabilitationsforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung für Arbeitsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover. □

## Literatur :

- BAR (2004) *Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22. März 2004.* Frankfurt: BAR.
- BKK Bundesverband (2005). *BKK Gesundheitsreport. Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: Psychische Gesundheit.* Essen: Dobler. [www.bkk.de](http://www.bkk.de)
- Göbel, H. (2001). *Epidemiologie und Kosten chronischer Schmerzen. Spezifische und unspezifische Rückenschmerzen.* *Der Schmerz*, 15, (2), 92–98.
- Haase, I, Riedl, G, Birkholz, I.B. & Zellner, M. (2002). *Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration.* *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 37, 7.
- Raspe, H. & Kohlmann, T. (1998). *Die aktuelle Rückenschmerz-Epidemie.* In: Pflingsten, M. & Hildebrandt, J. (Hrsg.). *Chronischer Rückenschmerz. Wege aus dem Dilemma.* Bern u.a.: Huber, 20–33.
- Waddell, G. & Burton, A.K. (2000). *Occupational health guidelines for the management of back pain at work – evidence review.* London: Faculty of Occupational Medicine. 9-313.

# Fahrerlaubnisverordnung und ihre aktuelle Umsetzung in der Praxis

*Am 18. August 1998 ist die „Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr und zur Änderung straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften“, kurz: Fahrerlaubnisverordnung (FeV) erlassen worden.*



## Kontakt

Dr. med. Manuela Huetten  
Leiterin Arbeitsmedizinischer  
Dienst der Rheinbahn AG,  
E-Mail: [Manuela.Huetten@rheinbahn.de](mailto:Manuela.Huetten@rheinbahn.de)

Die FeV löste die Straßenverkehrszulassungsordnung ab und hat einige grundsätzliche Neuerungen mit sich gebracht. Seitdem sind immer wieder Änderungsverordnungen erlassen worden, zuletzt im Februar 2008, die z. T. auch Auswirkungen auf die Beurteilung der Tauglichkeit haben.

Im Laufe des Entstehens der FeV und ihrer Veränderungsverordnungen gab es immer wieder eine Vielzahl von Diskussionen um Berechtigungen, inhaltliche Ausführungen und Auslegungen. Inzwischen ist sicher ein Stand erreicht, mit dem alle beteiligten Professionen leben können.

Ziel der Neufassung der FeV ist die Verbesserung der Sicherheit im Straßenverkehr. Das setzt auch voraus, dass die Qualität der Beurteilung durch uns Ärztinnen und Ärzte gut und hoch ist.

Bedauerlicherweise gibt es immer wieder Kollegen, denen das schnelle Geld wichtiger erscheint – unverantwortlich angesichts der immer noch hohen Zahl von Verletzten und Verkehrstoten auf unseren Straßen. Natürlich liegt die Ursache dafür nicht nur in dem „Kranksein von Menschen“, deren Untauglich-

keit oder in der oberflächlichen Bewertung der vorgefundenen Gesundheit. Trotzdem ist es mir persönlich sehr wichtig, Qualität und Problembewusstsein unter uns Kollegen anzumahnen.

Im Folgenden soll der aktuelle Stand der FeV dargelegt werden, um auch den Kolleginnen und Kollegen, die vielleicht nur gelegentlich mit dem Thema in Berührung kommen, zum Beispiel bei der Erstellung eines ärztlichen Gutachtens, eine Handlungsunterstützung und Orientierung zu geben.

## Einteilung der Fahrerlaubnisklassen:

Zunächst sind die bisher bekannten Fahrerlaubnisklassen dem europäischen Standard angepasst worden. Die aktuellen Klassen sind im § 6 FeV detailliert beschrieben. Im Wesentlichen sind die alten Klassen 1, 2 und 3 umbenannt in die Klassen A für Krafträder, B für PKW und C für LKW. Mit dem Buchstaben D werden Kraftfahrzeuge zur Personenbeförderung (Busse u. ä.) benannt, sowie nach § 48 FeV die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (Taxi).