

B. Friedel, G. Reinhardt

## Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung

### - Entwurf des paritätischen Ausschusses

#### Einleitung

Die fünfte Auflage der Begutachtungs-Leitlinien Krankheit und Kraftverkehr [1] ist 1996 erschienen. Im Rahmen der Umsetzung der 2. EG-Führerscheinrichtlinie wurde im August 1998 die neue Fahrerlaubnis-Verordnung im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Sie ist am 01.01.1999 in Kraft getreten.

Ab September 1995 fanden 13 Sitzungen eines sogenannten Paritätischen Ausschusses beim Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen statt, um die Begutachtungs-Leitlinien Krankheit und Kraftverkehr mit dem „Psychologische Gutachten Kraftfahrereignung“ zusammenzuführen. An den Beratungen dieses Ausschusses nahmen neben den Vertretern zweier Bundesländer paritätisch vier Vertreter der Medizin und der Psychologie teil. Mitte 1998 wurde der erste Entwurf dieser neuen Zusammenführung an medizinische Fachgesellschaften, psychologische Institutionen und an die Gesundheitsministerien der Länder zur Stellungnahme zugesandt. Im November 1998 wurden die eingegangenen Stellungnahmen im Paritätische Ausschuss beraten. Im Februar dieses Jahres fand die letzte Sitzung statt.

Das Ergebnis dieser Beratungen zeigt der folgende Überblick.

### A Überblick

#### A.1 Weitgehend unverändert blieben folgende Kapitel:

- Grundsätzliche Beurteilungshinweise
- Bewegungsbehinderte
- Hypertonie
- Hypotonie
- Koronare Herzkrankheit
- Herzleistungsschwäche durch angeborene oder erworbene Herzfehler oder sonstige Ursachen
- Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Rückenmarks, Erkrankungen der neuromuskulären Peripherie

- Parkinsonsche Krankheit, Parkinsonismus und andere extrapyramidale Erkrankungen einschließlich zerebellarer Syndrome
- Zustände nach Hirnverletzungen und Hirnoperationen, angeborene und frühkindlich erworbene Hirnschäden
- Organische Psychosen unter dem Titel Organische Störungen
- Chronisch hirnorganische Psychosyndrome unter dem Titel Demenz und organische Persönlichkeitsveränderung
- Altersdemenz und Persönlichkeitsveränderungen durch pathologische Alterungsprozesse
- Affektive Psychosen
- Schizophrene Psychosen
- Nierenerkrankungen
- Verschiedene Bestimmungen mit
  - Organtransplantationen
  - Lungen- und Bronchialerkrankungen

#### A.2 Änderungen aus medizinischer Sicht beziehen sich auf:

- Sehvermögen
- Hörvermögen
- Herzrhythmusstörungen
- Periphere Gefäßkrankheiten
- Zuckerkrankheit
- Kreislaufabhängige Störungen der Hirntätigkeit
- Anfallsleiden
- Alkohol
- Drogen (jetzt Betäubungsmittel) und Arzneimittel

#### A.3 Änderungen aus psychologischer Sicht beziehen sich auf:

- Auswahl des Gutachters
- Kompensation von Eignungsmängeln
- Kumulierte Auffälligkeiten
- Straftaten
- Verstöße gegen verkehrsrechtliche Vorschriften
- Auffälligkeiten bei der Fahrerlaubnis-Prüfung
- (Minderung der psycho-funktionalen Leistungsfähigkeit)
- Intellektuelle Leistungseinschränkungen
- Ausnahmen vom Mindestalter

#### A.4 Gestrichen wurden folgende Kapitel:

- Intelligenzstörungen / geistige Behinderung (s. Intellektuelle Leistungseinschränkungen)
- Einstellungs- und Anpassungsmängel

In der Einführung und im Allgemeinen Teil wurden weitere Änderungen vorgenommen.

## B Beispiele

Wegen der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit kann nur beispielhaft auf folgende Themen hingewiesen werden:

### B.1 Kompensation von Eignungsmängeln

„Bei der Beurteilung von festgestellten Eignungsmängeln ist die Frage ihrer möglichen Kompensierbarkeit von zentraler Bedeutung.

Die Verfügbarkeit der erforderlichen Leistungsfähigkeit ist keine stabile Größe. Sie unterliegt vorübergehenden Beeinträchtigungen, die z. B. infolge Ermüdung, Streß, Alkohol und Drogen eintreten können, und sie kann durch chronische Beeinträchtigungen vermindert oder gestört sein, z. B. infolge Krankheiten oder Verhaltensstörungen.

Unter Kompensation wird die Behebung oder der Ausgleich von Leistungsmängeln oder Funktionsausfällen bzw. fahreignungsrelevanten Defiziten durch andere Funktionssysteme verstanden.

Die Kompensation von chronischen-überdauernden Eignungsmängeln kann z. B. erfolgen

- durch technische oder medizinisch-technische Maßnahmen, z. B. Umbauten von Kraftfahrzeugen für Behinderte oder Einsatz von Prothesen,
- durch Arzneimittelbehandlung von Krankheiten,
- durch psychische Qualitäten, z. B. besondere Umsicht, Aufmerksamkeit und Gewissenhaftigkeit, die den Kraftfahrer veranlassen, z. B. am motorisierten Straßenverkehr bei Dämmerung oder Dunkelheit nicht teilzunehmen, oder Leistungsdefizite, z. B. bei älteren Kraftfahrern oder auch Persönlichkeitsstörungen, auszugleichen
- oder durch deren Zusammenwirken.

Wenn chronische Eignungsmängel einer ständigen Kompensation bedürfen, kann die Eignung nur noch bedingt gegeben sein. Der betreffende Kraftfahrer darf nur unter festgelegten Beschränkungen oder Auflagen der Fahrerlaubnis am motorisierten Verkehr teilnehmen (siehe Kapitel 2.1 Grundsätzliche Beurteilungshinweise).

Eine risikoarme Verkehrsteilnahme ist bei bedingter Eignung nur dann gewährleistet, wenn der betreffende Kraftfahrer die erforderliche Sensibilität, Kritikfähigkeit und die nötige Zuverlässigkeit besitzt, um die geforderte Verfügbarkeit der notwendigen

kompensatorischen Funktionen für eine situationsangepaßte Leistung aufrechtzuerhalten und einsetzen zu können, d. h., die Regeln des Straßenverkehrs und die Auflagen und Beschränkungen der Fahrerlaubnis zu beachten.

Es ist zu prüfen, ob unter Berücksichtigung des Ausmaßes und der zu erwartenden Verlaufsformen einer vorliegenden Funktionseinschränkung oder Krankheit die Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle und Zuverlässigkeit (compliance) des Fahrerlaubnisbewerbers ausreichen, um die notwendigen therapeutischen Maßnahmen vor dem Benutzen eines Kraftfahrzeuges zu beachten oder ggf. das Kraftfahren zu unterlassen.“

### B.2 Herzrhythmusstörungen (ergänzt um folgenden Text)

„Basierend auf einheitlichen europäischen Empfehlungen wird in der nachfolgenden Tabelle eine Klassifizierung zur Begutachtung von ICD-Patienten dargestellt.

- Bei Patienten der Kategorie I besteht keine Einschränkung der Fahrerlaubnis, da das Risiko einer ICD-Entladung mit relevanter hämodynamischer Beeinträchtigung bei dieser Patientengruppe (prophylaktische Implantation) als gering eingestuft wird. Nach entsprechender Erholung von dem operativen Eingriff (in der Regel etwa nach 3 Monaten) können die Betroffenen wieder risikolos Kraftfahrzeuge der Gruppe 1 führen.
- Für Kategorie II A mit niedrigem Risiko ohne erneutes Auftreten von Kammerrhythmusstörungen sind die Gefahren für 6 Monate doch noch so groß, daß ein Kraftfahrzeug nicht sicher geführt werden kann.
- Für Kategorie II B mit einem mittleren Risiko kann bis zum Nachweis der Symptommfreiheit (z. B. Fehlen von Präsynkopen und Synkopen) unter der ICD-Therapie ein Kraftfahrzeug nicht sicher geführt werden.
- Die Kategorie III umfaßt Patienten mit einem sehr hohen Risiko für hämodynamisch instabile tachykarde Rhythmusstörungen. Sie können daher ein Kraftfahrzeug nicht sicher führen.

Darüber hinaus gilt, daß die Voraussetzungen zur Bewältigung der Anforderungen zum Führen eines Kraftfahrzeuges der Gruppe 2 in der Regel für ICD-Patienten nicht mehr gegeben sind.“

Tabelle:		
Empfehlungen zur Begutachtung von ICD*-Patienten		
Kategorie I	Prophylaktische Implantation	keine Einschränkung
Kategorie II	Alle anderen ICD-Patienten (nicht Berufskraftfahrer)	Einschränkung für einen bestimmten Zeitraum
	A Niedriges Risiko: Kein Rezidiv	6 Monate
	B Mittleres Risiko: Patienten mit gut tolerierten VTs**	Bis zum Nachweis der Symptombefreiheit unter ICD-Therapie
Kategorie III	Hohes Risiko: Instabile VT (Berufskraftfahrer)	Voraussetzungen zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen nicht gegeben.
* ICD = Implantierbarer Kardioverter/Defibrillator		
** VT = Kammerflatter/Kammerflimmern		

### B.3 Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

„- Wer als Diabetiker zu schweren Stoffwechsellentgleisungen mit Hypoglykämien<sup>1</sup> mit Kontrollverlust, Verhaltensstörungen oder Bewußtseinsbeeinträchtigungen oder Hyperglykämien<sup>2</sup> mit ausgeprägten Symptomen wie z. B. Schwäche, Übelkeit, Erbrechen oder Bewußtseinsbeeinträchtigungen neigt, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden.

<sup>1</sup> Blutzuckererniedrigung unter den Normalbereich

<sup>2</sup> Blutzuckererhöhung über den Normalbereich

- Wer nach einer Stoffwechseldekompensation erstmals oder wer überhaupt neu eingestellt wird, ist so lange nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden, bis die Einstellphase durch Erreichen einer ausgeglichenen Stoffwechsellage (incl. der Normalisierung des Sehvermögens) abgeschlossen ist.
- Bei ausgeglichener Stoffwechsellage sind im Umgang mit der Erkrankung informierte Diabetiker, die mit Diät, oralen Antidiabetika oder mit Insulin behandelt werden, in der Lage, Kraftfahrzeuge der Gruppe 1 sicher zu führen.
- Wer als Diabetiker mit Insulin behandelt wird, ist in der Regel nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 gerecht zu werden. Ausnahmen setzen außergewöhnliche Umstände voraus, die in einem ausführlichen Gutachten im einzelnen zu beschreiben sind. Neben regelmäßigen ärztlichen Kontrollen sind Nachbegutachtungen im Abstand von höchstens 2 Jahren erforderlich.
- Diabetiker, die mit oralen Antidiabetika vom Sulfonylharnstofftyp behandelt werden, sind in der

Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 gerecht zu werden, wenn vor der Genehmigung eine gute Stoffwechselführung ohne Hypoglykämien über etwa 3 Monate vorlag. Nachbegutachtungen sind im Abstand von höchstens 3 Jahren erforderlich.“

### B.4 Anfallsleiden

„Gruppe 1:

Wer unter persistierenden epileptischen Anfällen oder anderen anfallsartig auftretenden Bewußtseinsstörungen leidet, ist in der Regel nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 gerecht zu werden, solange ein wesentliches Risiko von Anfallsrezidiven besteht.

Gleiches gilt bei nicht-epileptischen Anfällen mit akuter Beeinträchtigung des Bewußtseins oder der Motorik wie narkoleptischen Reaktionen, affektiven Tonusverlusten, kardiovaskulären Synkopen, psychogenen Anfällen u. ä.

Ausnahmen von der Regel sind unter anderem gerechtfertigt

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

Ein wesentliches Risiko von Anfallsrezidiven ist nicht anzunehmen

- nach einem einmaligen Anfall (nach einer Beobachtungszeit von 3 - 6 Monaten),
  - wenn der Anfall an bestimmte Bedingungen geknüpft war (Gelegenheitsanfall) -wie z. B. an Schlafentzug, Alkoholkonsum oder akute Erkrankungen (Fieber, Vergiftungen, akute Erkrankungen des Gehirns oder Stoffwechsellstörungen) - und der Nachweis erbracht wurde, daß jene Bedingungen nicht mehr gegeben sind. Bei Gelegenheitsanfällen im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit ist eine

zusätzliche Begutachtung durch Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie oder Rechtsmedizin erforderlich.

- wenn die neurologische Abklärung weder Hinweise auf eine ursächliche morphologische Läsion noch auf eine beginnende idiopathische Epilepsie ergeben hat.
- wenn der Betroffene ein Jahr anfallsfrei geblieben ist und kein wesentliches Risiko weiterer Anfälle besteht. Bei langjährig bestehenden, bislang therapieresistenten Epilepsien beträgt die erforderliche anfallsfreie Zeit 2 Jahre. Das Elektroenzephalogramm (EEG) muß dabei nicht von den für Epilepsie typischen Wellenformen frei sein. Eine massiv ausgeprägte Spike-wave-Tätigkeit im EEG, eine im Verlauf nachgewiesene Zunahme von generalisierten Spike-wave-Komplexen und fokalen Sharp waves sowie die Persistenz einer Verlangsamung der Grundaktivität können Indikatoren für eine Rezidivneigung sein.
- nach Anfällen, die nur kurze Zeit (etwa 2 Wochen) nach Hirnoperationen oder Hirnverletzungen aufgetreten sind, nach einem anfallsfreien Intervall von einem halben Jahr.

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

Bei Beendigung einer antiepileptischen Therapie (Ausschleichen) mit Absetzen der Antiepileptika ist den Betroffenen für die Dauer der Reduzierung und des Absetzens des letzten Arzneimittels sowie die ersten 3 Monate danach zu raten, wegen des erhöhten Risikos eines Anfallsrezidivs kein Kraftfahrzeug zu führen. Ausnahmen sind in gut begründeten Fällen möglich (lange Anfallsfreiheit, insgesamt wenige Anfälle, Epilepsie-Syndrom mit niedrigem Rezidivrisiko, erfolgreiche epilepsiechirurgische Behandlung).

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

Bei Fahrerlaubnisinhabern oder Fahrerlaubnisbewerbern, die dauernd mit Antiepileptika behandelt werden müssen, dürfen keine Intoxikationen oder

andere unerwünschte zentralnervöse Nebenwirkungen erkennbar sein (siehe Kapitel 3.9 Betäubungsmittel und Arzneimittel).

Es dürfen keine die erforderliche Leistungsfähigkeit ausschließenden hirnorganischen Veränderungen vorliegen (siehe Kapitel 3.7.2 Chronische hirnorganische Psychosyndrome).

Gruppe 2:

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

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

## C Zusammenfassung

Anhand des Überblicks und der genannten Beispiele sollte Ihnen ein Eindruck in die neue Fassung der überarbeiteten Begutachtungs-Leitlinien Krankheit und Kraftverkehr gegeben werden. In der Präambel ist u. a. ausgeführt:

„Die Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung beinhalten zum ersten Mal Begutachtungs-Leitlinien aus medizinischer und psychologischer Sicht. Diese Leitlinien sind entstanden durch die Zusammenführung der 5. Auflage der Begutachtungs-Leitlinien Krankheit und Kraftverkehr und des Psychologischen Gutachtens Kraftfahrereignung.

Die Begutachtungs-Leitlinien basieren auf den Ausführungen der Zweiten Führerscheinrichtlinie der EG sowie der neuen Fahrerlaubnis-Verordnung.

Sie tragen sowohl der Entwicklung der Eignungsbegutachtung auf medizinischem Gebiet als auch der Entwicklung auf psychologischem Gebiet Rechnung. Sie geben auch Anregungen für die in-

terdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten und Psychologen.

Die Leitlinien dienen der Einzelfallgerechtigkeit und tragen so dazu bei, die Mobilität zu sichern.”

Der überarbeitete Vorschlag soll Ende März 1999 vom Beirat für Verkehrsmedizin beraten werden.

## **Literatur**

[1] Begutachtungs-Leitlinien Krankheit und Kraftverkehr, Schriftenreihe des Bundesministerium für Verkehr, Heft 73, 1996

## **Anschrift für die Verfasser**

Direktor und Professor Dr. B. Friedel  
Bundesanstalt für Straßenwesen  
Brüderstraße 53

51401 Bergisch Gladbach