

Dr. Bernd Friedel, Edith Lappe

Krankheit und Kraftverkehr - Begutachtungs-Leitlinien, 5. Auflage

1 Einleitung

Bei der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin im März 1995 wurde über den Stand der Aktualisierung des Gutachtens Krankheit und Kraftverkehr referiert. Der Text wurde im Kongreßbericht 1995 [1] gedruckt. Inzwischen wurde die Aktualisierung abgeschlossen und das Gutachten als Begutachtungs-Leitlinien „Krankheit und Kraftverkehr“ [2] im August 1996 vom Bundesministerium für Verkehr herausgegeben. Über die noch in der Zwischenzeit erfolgten wesentlichen Änderungen wird hier berichtet. Zur Beurteilung von chronisch hirnorganischen Psychosyndromen, schizophrenen Psychosen, Stoffwechselerkrankungen sowie der Fahrtauglichkeit von Methadonpatienten wird auf [1] verwiesen.

2 Allgemeines

In Anbetracht der Übernahme der 2. EG-Führerscheinrichtlinie und des Anhangs III Mindestanforderungen hinsichtlich der körperlichen und geistigen Tauglichkeit für das Führen eines Kraftfahrzeugs in das innerstaatliche Recht wurde vom Gemeinsamen Beirat für Verkehrsmedizin beschlossen, das Gutachten zu aktualisieren.

Die EG-Richtlinie wird ab Juli 1996 angewendet. Sie verpflichtet die Mitgliedstaaten, die internationalen Fahrerlaubnisklassen A, B, C, D, E einzuführen. Diese Klassen werden die bisherigen Klassen 1 bis 5 ablösen (s. Anlage). In die Gruppe 1 des Anhangs III der EG-Richtlinie werden die Führer von Fahrzeugen der Klassen A, B, B + E und der Unterklassen A1 und B1 zugeordnet, in die Gruppe 2 die Führer von Fahrzeugen der Klassen C, C + E, D, D + E und der Unterklassen C1, C1 + E, D1 und D1 + E. Daneben gibt es Fahrzeuge, die nicht unter die Richtlinie fallen, so daß die Mitgliedstaaten weiterhin ihre eigenen Regelungen treffen können, z. B. für Kleinkrafträder (künftig Klasse M), land- und forstwirtschaftliche Zug- und Arbeitsmaschinen bis 25 km/h (künftig Klassen L und T). Zum Führen von Taxis, Mietwagen und Krankenkraftwagen bleibt die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung unver-

ändert. Die Klassen M, L und T werden der Gruppe 1, die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung der Gruppe 2 zugeordnet.

Zur Umsetzung der 2. EG-Richtlinie wird u. a. die Einteilung der Klassen in einer neuen Fahrerlaubnisverordnung geregelt. Die Eignungsrichtlinien werden entsprechend geändert. Der fünften Auflage des Gutachtens hat der Beirat für Verkehrsmedizin am 28.06.1995 zugestimmt.

Die Anordnung der einzelnen Kapitel der Begutachtungs-Leitlinien richtet sich nach der EG-Richtlinie. Zunächst erscheint der entsprechende Text des Anhangs III der EG-Richtlinie kursiv gedruckt. Es folgen jeweils Leitlinie und Begründung. Die allgemeinen Hinweise entfallen. Die Begriffsbestimmungen für den Text der EG-Richtlinie sind diesen Kapiteln vorangestellt. In der Neuauflage wird auf die Begriffe „Eignung/Nichteignung“ bewußt verzichtet. Das Kapitel „Die Entstehung des Gutachtens“ wurde wegen der historischen Bedeutung entgegen früherer Absichten nicht gestrichen.

3 Änderungen

Die wesentlichen Änderungen bezogen auf die Kapitel der vierten Auflage des Gutachtens „Krankheit und Kraftverkehr“ sind folgende:

3.1 Krankheiten des Nervensystems

Die Beurteilung der Anfallsleiden wurde wesentlich geändert. Folgender Text wurde aufgenommen:

„Gruppe 1:

Wenn epileptische Anfälle oder andere anfallsartige Bewußtseinsstörungen aufgetreten sind, ist der Betroffene 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.“

Neu formuliert - und dabei auch in wichtigen Punkten geändert - wurden die Ausnahmen von der Regel und die Hinweise, wann ein wesentliches Risiko von Anfallsrezidiven nicht mehr anzunehmen ist. Es heißt hierzu jetzt wörtlich:

„Ausnahmen von der Regel sind 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 oder akute Erkrankungen (Fieber, Vergiftungen, akute Erkrankungen des Gehirns oder Stoffwechselstörungen) - und der Nachweis erbracht wurde, daß jene Bedingungen nicht mehr gegeben sind,
- wenn die neurologische Abklärung weder Hinweise auf eine ursächliche morphologische Läsion noch auf eine beginnende idiopathische Epilepsie ergeben hat,
- wenn der Betroffene (nach Behandlung) zwei Jahre anfallsfrei geblieben ist und kein erkennbares Risiko weiterer Anfälle besteht. Das Elektroenzephalogramm (EEG) muß dabei nicht von den für Epilepsie typischen Wellenformen frei sein. Aber 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 sind Indikatoren für eine Rezidivneigung.
- bei operativ behandelten Epilepsiekranken nach einem anfallsfreien Intervall von einem Jahr,
- nach Anfällen, die nur kurze Zeit nach Hirnoperationen oder Hirnverletzungen aufgetreten sind, nach einem anfallsfreien Intervall von einem halben Jahr.

Für Gruppe 2 gilt jetzt folgender Text:

„Die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 bleibt nach mehreren epilepti-

schen Anfällen grundsätzlich ausgeschlossen. Als Ausnahme gilt eine durch ärztliche Kontrolle nachgewiesene 5jährige Anfallsfreiheit ohne antiepileptische Behandlung.“

Der Abschnitt Zustände nach Hirnverletzungen und Hirnoperationen wurde ergänzt durch einen Passus über angeborene und frühkindlich erworbene Hirnschäden.

In dem Kapitel über die Parkinsonsche Krankheit und andere extrapyramidale Erkrankungen wurde hinzugefügt, daß solche Erkrankungen auch mit psychoorganischen Einschränkungen einhergehen können.

Bei den Erkrankungen der neuromuskulären Peripherie ist für die periodischen Lähmungen jetzt entweder nachzuweisen, daß die Lähmungsanfälle nicht mehr bestehen oder daß es sich um ein Krankheitsbild mit langsam einsetzenden und damit von den Betroffenen zunächst kontrollierbaren Lähmungserscheinungen handelt.

3.2 Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten

Der Text für die affektiven Psychosen ist gänzlich neu entworfen worden:

„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 - gegebenenfalls 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 Verhal-

ten 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 - gegebenenfalls 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 Symptomfreiheit 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.“

Für die Beurteilung der Einstellungs- und Anpassungsmängel wurde der Text ebenfalls geändert. Es wurden weitere Auffälligkeiten aufgeführt, die sich als Störungen der Einstellungs- und Anpassungsfähigkeit negativ auf das Führen eines Kraftfahrzeuges auswirken, und zwar unkontrolliert impulsiv geprägtes Fahrverhalten (z. B. häufige und erhebliche Verstöße gegen Geschwindigkeitsbeschränkungen oder Überholverbote, zu dichtes Auffahren), ungenügende Bereitschaft zur Verhaltensänderung und/oder mangelnde Fähigkeit zur kritischen Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbststeuerung des Verhaltens.

Die Voraussetzungen zu positiven Beurteilungen sind folgendermaßen formuliert:

„Eine medizinisch-psychologische Untersuchung kann nur dann zu einer positiven Beurteilung kommen, wenn der Nachweis zu führen ist, daß sich die Voraussetzungen, die zu Eignungszweifeln geführt hatten, wesentlich zum Positiven geändert haben, so daß die verkehrsgefährdenden Verhaltensweisen nicht mehr zu erwarten sind. Davon ist insbesondere auszugehen, wenn Einsicht in die Zusammenhänge gewonnen wurde und wenn die gutachterliche Überzeugung besteht, daß stabile Vorsätze zur Verhaltensänderung bzw. eine nachvollziehbare Verhaltensänderung in Zukunft zu einem angepaßten Verhalten im Straßenverkehr führen werden. Außerdem dürfen keine Befunde vorliegen, die eine ausreichende neuro-psychologische Leistungsfähigkeit in Frage stellen.“

3.3 Sucht

Das Thema Alkohol wurde weitgehend neu gefaßt. Die Diagnostischen Leitlinien der Alkoholabhängigkeit nach ICD 10 wurden eingefügt, wobei unverändert gilt: „Wer vom Alkohol abhängig ist, kann kein Kraftfahrzeug führen“.

Auch für die Begutachtung des Alkoholmißbrauches sind neue Leitsätze formuliert worden:

„Mißbrauch aus verkehrsmedizinischer Sicht liegt vor, wenn ein Bewerber oder Inhaber das Führen eines Fahrzeuges und Alkoholgenuß nicht trennen kann, ohne bereits abhängig zu sein. Der Betroffene ist ebenfalls nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Davon ist auszugehen

- nach einmaliger Fahrt unter hoher Alkoholeinwirkung (z. B. 2 ‰ und mehr ohne weitere Anzeichen für Abhängigkeit)
- nach wiederholten Fahrten unter Alkoholeinwirkung
- wenn eine Neigung zum Kontrollverlust beim Alkoholkonsum besteht.“

Für das Wiedererlangen der Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen sind verschiedene Kriterien aufgeführt. Für Fahrer der Gruppe 2 ist bei langjährigem Mißbrauch eine mindestens einjährige Bewährung der Fahrerlaubnis der Gruppe 1 gefordert.

3.4 Herz-Kreislaufkrankungen

Beim Kapitel Herzrhythmusstörungen wurde hinzugefügt, daß nach Implantation eines implantierbaren Kardioverters/Defibrillators erst nach einer längeren Verlaufsbeobachtung (wenigstens sechs Monate), die von entsprechend ausgerüsteten Kardiologen durchgeführt wird, eine Beurteilung erfolgen kann.

3.5 Sehvermögen

Es wurde beim Text der EG-Richtlinie eine Fußnote eingefügt, daß nach Entscheidung der EG-Kommission vom 10.07.1996 bei Fahrern der Gruppe 2 die Gläserstärke für die Korrektur zur Erreichung der Mindestsehvermögens mittels einer Brille nicht über 8 Dioptrien anstatt nicht über 4 Dioptrien liegen darf.

Anlage zu: Krankheit und Kraftverkehr, Begutachtungs-Leitlinien, 5. Auflage

Gegenüberstellung der Fahrerlaubnisklassen**Fahrerlaubnisklassen alt**

- 1: Leistungsunbeschränkte Krafträder
- 1a: Krafträder bis 25 kW, nicht mehr als 0,16 kW/kg
Erwerb der Klasse 1 nur möglich nach mindestens 2jährigem Besitz der Klasse 1a und ausreichender Fahrpraxis (mind. 4000 km)
- 1b: Krafträder bis 80 cm³, bis 80 km/h
- 2: Kfz über 7,5 t
Züge mit mehr als drei Achsen
- 3: Kfz bis 7,5 t
Züge mit nicht mehr als 3 Achsen (d.h. es kann ein einachsiger Anhänger mitgeführt werden; Achsen mit einem Abstand von weniger als 1 m voneinander gelten als eine Achse)
- 2, 3 (je nach dem zulässigen Gesamtgewicht des Fahrzeugs) + Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung in Kraftomnibussen

Fahrerlaubnisklassen neu

- A: Leistungsunbeschränkte Krafträder
Berechtigung zum Führen leistungsbeschränkter Krafträder erst nach mindestens zwei Jahren Fahrerfahrung auf Krafträdern bis 25 kW, nicht mehr als 0,16 kW/kg
- A1: Krafträder bis 125 cm³, bis 11 kW;
Mitgliedstaaten können weitere einschränkende Merkmale festlegen
- C: Kfz über 3,5 t mit Anhänger bis 750 kg
- CE: Kraftfahrzeuge über 3,5 t mit Anhänger über 750 kg
- B: Kraftfahrzeuge bis 3,5 t mit Anhänger bis 750 kg
oder
mit Anhänger über 750 kg, sofern die zulässige Gesamtmasse des Anhängers die Leermasse des Zugfahrzeugs und die zulässige Gesamtmasse des Zuges 3,5 t nicht überschreiten
- BE: Kombinationen aus einem Zugfahrzeug der Klasse B und einem Anhänger, die nicht in die Klasse B fallen
- C1: Kfz zwischen 3,5 und 7,5 t mit Anhänger bis 750 kg
- C1E: Kfz der Klasse C1 mit Anhänger über 750 kg, sofern die zulässige Gesamtmasse des Anhängers die Leermasse des Zugfahrzeugs und die zulässige Gesamtmasse der Kombination 12 t nicht überschreiten
- D: Kraftomnibusse mit mehr als 8 Plätzen
- D1: Kraftomnibusse mit mehr als 8, aber nicht mehr als 16 Sitzplätzen
- DE: Kraftfahrzeuge der Klasse D mit Anhänger über 750 kg

Nationale Klassen für Fahrzeuge, die nicht unter die Richtlinie fallen

- 4: Kleinkrafträder bis 50 cm³/bis 50 km/h
künftig Klasse M
- 5: Zug- und Arbeitsmaschinen bis 25 km/h
künftig Klassen L und T (nur land- und forstwirtschaftliche Zugmaschinen, selbstfahrende Arbeitsmaschinen)
- Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung in Taxis, Mietwagen und Krankenkraftwagen
bleibt unverändert

Beim Kapitel Sehvermögen wurde darauf hingewiesen, daß bis zum Erlaß einer neuen Fahrerlaubnisverordnung die Anlage XVII zu § 9 a und § 15 der StVZO gilt, die weiterhin als Anhang abgedruckt ist.

4 Ergänzungen

Es wurde ein Kapitel Verschiedene Bestimmungen neu erstellt. Hier wurde auf die Beurteilung von Organtransplantationen sowie Lungen- und Bronchialerkrankungen eingegangen. Folgender Text wurde für Lungen- und Bronchialerkrankungen aufgenommen:

„Rückwirkungen auf die Herz-Kreislaufdynamik (siehe auch Kapitel 4.E) sind durch schwere Erkrankungen der Bronchien und der Lungen zu erwarten, die in fortgeschrittenen Stadien infolge einer Gasaustauschstörung (respiratorische Globalinsuffizienz) sowie durch plötzliche „Hustensynkopen“ die Fähigkeit, den gestellten Anforderungen bei Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr gerecht zu werden, aufheben oder doch erheblich einschränken können. Hierzu gehören vor allem: Chronische Bronchitis, Bronchiektasen, Emphysem, Asthma bronchiale, Fibrose (Silikose, Asbestose). Die internistische Beurteilung erfordert Blutgasanalysen sowie die Beachtung der Herzleistung bei dem zumeist vorhandenen chronischen Cor pulmonale. Eine Sonderstellung nimmt der rezidivierende Spontanpneumothorax ein, dessen Auswirkungen auch nur nach einer internistischen Untersuchung zuverlässig beurteilt werden können.“

Patienten mit unbehandelten schlafbezogenen Atmungsstörungen (Schlafapnoesynndrome) und dadurch verursachten ausgeprägten Vigilanzbeeinträchtigungen sollten nicht am Straßenverkehr teilnehmen. Bei allen diesen Personen, besonders aber bei Berufskraftfahrern und Personen, die Kraftfahrzeuge zur Personenbeförderung gemäß § 15 d StVZO führen, sind der Nachweis der erfolgreichen Therapieeinleitung in einem Schlafmedizinischen Labor und die regelmäßige Kontrolle dieser Therapie zu fordern.“

5 Schlußbetrachtung

Die neuen Begutachtungs-Leitlinien „Krankheit und Kraftverkehr“ bringen nicht nur eine Angleichung der 4. Auflage des Gutachtens Krankheit und Kraftverkehr an den Text und die Systematik der 2. EG-Richtlinie, sondern sie bringen eine Reihe wichtiger neuer Erkenntnisse entsprechend dem Fortschritt der Medizin in Diagnostik und Therapie. So wurden insbesondere die Beurteilungen von Krankheiten des Nervensystems, der psychischen Erkrankungen und Auffälligkeiten, der Zuckerkrankheit und der Sucht bezüglich der Kraftfahreignung neu formuliert.

Literatur

- [1] Friedel, B., Lappe, E.: Derzeitiger Stand der Aktualisierung des Gutachtens Krankheit und Kraftverkehr, in Kongreßbericht 1995 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V., Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft 47, Bergisch Gladbach, 1995
- [2] Krankheit und Kraftverkehr, Begutachtungs-Leitlinien des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr und Bundesministerium für Gesundheit, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Verkehr, Heft 73, 1996, Köllen Druck und Verlag GmbH, Postfach 410354, 53025 Bonn

Anschrift der Verfasser

Dr. Bernd Friedel
Edith Lappe
Bundesanstalt für Straßenwesen
Brüderstraße 53

D-51427 Bergisch Gladbach