

Grundlagen der Verkehrsmedizin und arztrechtliche Hintergründe

Verkehrsmedizin hat zum Ziel, mit ärztlichem Wissen und Handeln die Verkehrssicherheit zu erhöhen. Hierbei ist häufig zwischen den berechtigten Interessen des Patienten einerseits und denen der Allgemeinheit andererseits abzuwägen. Die Verkehrssicherheit muss aber immer im Mittelpunkt stehen.



Foto: Adobe Stock/Candy1812

Verkehrsmedizin spielt im Medizinstudium zwar kaum eine Rolle, ist aber in der ärztlichen Praxis von großer praktischer Relevanz. Nicht nur Rechtsmediziner und Verkehrsmediziner, sondern alle Ärztinnen und Ärzte, die klinisch tätig sind, kommen regelmäßig mit diesem wichtigen Gebiet in Berührung (Matthias Graw (2016): Verkehrsmedizin für den Hausarzt. MMW – Fortschritte der Medizin 158, 38).

Das Institut für Rechtsmedizin in Mainz spielt insofern eine historische Rolle in der Verkehrsmedizin, als ihr erster Ordinarius, Kurt Wagner, im Jahre 1957 die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM) initiierte und deren erster Vorsitzender war (<https://dgvm-verkehrsmedizin.de>).

Seitdem hat umfassende Forschung in rechtsmedizinischen Instituten auf dem Gebiet von Alkohol, Medikamenten und Drogen sowohl zu deren Nachweisbarkeit in verschiedenen Körperkompartimenten (Blut, Urin, Haare) als auch zu deren Auswirkungen auf die Verkehrssicherheit mit dazu beigetragen, die Zahl der tödlich verletzten Unfallopfer seit 1970 (seinerzeit knapp 20.000 im Gebiet der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland) auf 2.571 im Jahre 2021 im gesamten Bundesgebiet (Quelle: Statistisches Bundesamt) zu senken. Gleiches gilt für die seinerzeit umstrittenen biomechanischen Untersuchungen an Leichen, mit denen Unfälle simuliert wurden und die geholfen haben, Verletzungsmechanismen zu erkennen und hierdurch lebende Personen durch entsprechende Maßnahmen (Gurt, Airbags, Seitenaufprallschutz) besser zu schützen.

Verkehrsmedizin will helfen, Unfälle im Vorfeld zu verhindern

Heutzutage liegt ein großer Schwerpunkt der Verkehrsmedizin darin, Verkehrsunfälle bereits im Vorfeld zu verhindern. Wir Ärztinnen und Ärzte haben es immer mehr mit alten und hochbetagten, multimorbiden und polypharmazeutisch behandelten Patientinnen und Patienten zu tun. Hier taucht dann häufig die Frage auf, ob unsere Patienten noch in der Lage sind, sicher Auto zu fahren, ohne sich und unbeteiligte Personen in Gefahr zu bringen.

In der Verkehrsmedizin werden hierzu drei Begriffe verwendet, die in Literatur und Praxis sowohl von Juristen als auch von Ärzten oft durcheinandergeworfen werden.

Klärung der Begrifflichkeiten

Fahrfähigkeit (Fahrfertigkei, Fahrkompetenz): ist die in der Fahrschule erlernte Fähigkeit zum Lenken eines Fahrzeugs im Straßenverkehr.

Fahrsicherheit (Fahrtüchtigkeit): ist die aktuelle Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs, die sich rasch ändern kann (beispielsweise durch eine akute Erkrankung, Alkohol, Übermüdung). Fahrsicher kann nur sein, wer sowohl fahrfertig als auch fahrgerecht ist:

Fahreignung: ist die zeitlich überdauernde, weitgehend stabile, von aktueller Situation und Befindlichkeit unabhängige Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs.

Problematisch für die Fahreignung sind Erkrankungen, die entweder zu einer plötzlichen Einschränkung oder Aufhebung des Bewusstseins führen können (zum Beispiel kardiale Synkope, hypoglykämischer Schock, epileptischer Anfall) oder aber grundsätzlich das Führen eines Kraftfahrzeugs ausschließen (zum Beispiel Demenz, Zustand nach schwerem Apoplex). Schließlich ist bei einer diagnostizierten Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen eine Fahreignung nicht gegeben.

Fahrerlaubnisverordnung bildet gesetzliche Grundlage

Gesetzliche Grundlagen zur Prüfung der Fahreignung sind die Fahrerlaubnisverordnung (FeV) mit den Anlagen 4, 4a und 5 sowie die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung (BASt). Beide sind im Internet kostenfrei erhältlich (https://www.gesetze-im-internet.de/fev_2010/ und <https://bast.opus.hbz-nrw.de/frontdoor/index/index/docId/2664>).

Die Begutachtungsleitlinien werden laufend, zuletzt am 01.06.2022, aktualisiert, und zeigen recht detailliert auf, bei welchem Krankheitsbild Fahreignung gegeben ist oder nicht, wobei für Busfahrer und LKW-Fahrer erhöhte Anforderungen gestellt werden.

Wichtig zu wissen ist auch, dass es nicht darum geht, den Patienten „aus dem Verkehr zu ziehen“, sondern Möglichkeiten für ein sicheres Verhalten im Straßenverkehr zu finden, beispielsweise durch eine geeignete Sehhilfe oder ein Nachfahrverbot. Mit entsprechend umgebauten Fahrzeugen können sogar querschnittsgelähmte Patienten sicher fahren.

Arzt muss über Einschränkungen aufklären

Noch wichtiger zu wissen für den Arzt ist es, dass er seinen Patienten über eine mögliche Einschränkung oder gar Aufhebung der Fahreignung aufklären muss. Im Übrigen gilt ähnliches auch für jeden Autofahrer: er muss grundsätzlich vor Fahrtantritt prüfen, ob er in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen.

Die große Frage ist nun, was zu tun ist, wenn der Arzt den Patienten entsprechend aufgeklärt hat, jedoch dieser weiter Auto fährt. Im Februar dieses Jahres verurteilte das Landgericht Berlin einen Autofahrer, der einen epileptischen Anfall erlitten und dadurch vier Fußgänger getötet hatte, zu einer Bewährungsstrafe von zwei Jahren. Im Prozess ging es um die Frage, ob und inwieweit die behandelnden Ärzte ihn nach Diagnose einer Epilepsie und anschließenden Operation über seine mangelnde Fahrtauglichkeit aufgeklärt hatten, was diese bestätigten beziehungsweise deutlich machten.

Bindung an Schweigepflicht

Falls ein Arzt in diese schwierige Situation kommt (nicht fahrgerechter Patient fährt trotz Aufklärung weiter Auto), ist der Arzt grundsätzlich an die ärztliche Schweigepflicht gemäß § 203 StGB gebunden. Hierfür spricht auch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Allerdings sollte der Arzt den Patienten eindringlich auf mögliche Folgen (Gefährdung anderer und sich selbst, strafrechtliche Konsequenzen, finanzielle Risiken, falls Haftpflichtversicherung nicht zahlt) hinweisen.

Außerdem sollte dem Patienten selbst die Möglichkeit gegeben werden, das Problem zu lösen, in diesem Falle die Fahrerlaubnis zurückzugeben. Falls dies nicht geschieht, ist im Sinne einer Rechtsgüterabwägung (§ 34 StGB, Schweigepflicht versus Gefahr für Leib und Leben) der Arzt befugt, den Vorgang der Straßenverkehrsbehörde zu melden. Dies sollte allerdings immer der letzte Schritt sein. Natürlich hat der Arzt schon im eigenen Interesse all dies sorgfältig und schriftlich zu dokumentieren.

Ein Fahrverbot im juristischen Sinne kann der Arzt naturgemäß nicht aussprechen, aber er muss dem Patienten auf die Einschränkung oder Aufhebung seiner Fahrtauglichkeit hinweisen. Dagegen können die Fahrerlaubnisbehörde beziehungsweise die Gerichte ein Fahrverbot verhängen, wenn ein entsprechendes Gutachten vorliegt.

Gestatten Sie abschließend ein persönliches Wort: der Einfachheit halber und der besseren Lesbarkeit halber habe ich es bei „Arzt“ und „Patient“ belassen. Nunmehr wünsche ich allen Kolleginnen und Kollegen sowie deren Patientinnen und Patienten allzeit bestmögliche Gesundheit und gute Fahrt!

Autor

Univ.-Prof. Dr. Thomas Riepert
Institut für Rechtsmedizin der
Universitätsmedizin Mainz



Foto: Engelmoor

Begutachtung der Fahreignung aus Sicht der Fahrerlaubnisbehörde

Nicht nur in Deutschland wird die Bevölkerung immer älter. Dank demografischem Wandel, einem allgemein besseren Gesundheitszustand und einer hohen PKW-Verfügbarkeit wird die Zahl der autofahrenden Seniorinnen und Senioren weiter steigen. Mit zunehmendem Alter nehmen insbesondere die Sehstärke und das Hörvermögen ab und das Reaktionsvermögen lässt nach. Manche benötigen für ihre Erkrankungen diverse Medikamente, die Nebenwirkungen haben oder falsch eingenommen, die Fahrsicherheit erheblich einschränken.

Nach den Statistiken steigt das Unfallrisiko ab einem Alter von 75 Jahren deutlich (siehe Tabelle 1).

Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern innerhalb der EU kennt der Führerschein in Deutschland (wie auch in Belgien, Frankreich, Österreich und Polen) keine Altersgrenze. So ist es nicht verwunderlich, dass bei den Fahrerlaubnisbehörden immer mehr Mitteilungen der Polizei eingehen, bei denen es um die Frage der Fahrtauglichkeit geht. Aber auch Angehörige wenden sich hilfeschend an die Fahrerlaubnisbehörden.

Unabhängig von behördlichen Möglichkeiten sind gesundheitliche Einschränkungen, die eine Fahrtauglichkeit einschränken oder auch ausschließen, für jeden Arzt und jede Ärztin ein zentrales Thema. Patientinnen und Patienten müssen über eine mögliche beeinträchtigende Wirkung von Erkrankungen und Medikamenten ärztlich aufgeklärt werden. Diese Verpflichtung ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag und § 630 e des BGB. Kommt der Arzt oder die Ärztin dieser Verpflichtung nicht nach, macht er sich nach

der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs haftbar. Da der Arzt in der Beweispflicht ist, ist gerade bei dauerhaften Einschränkungen der Fahrtauglichkeit eine Dokumentation ratsam oder gar erforderlich. Weitere sehr interessante Informationen enthält eine Veröffentlichung der BAST in dem Heft M 318 (Bestandsaufnahme der Verkehrssicherheitsberatung älterer Kraftfahrerinnen und -fahrer in der hausärztlichen Praxis).

Typische fahreignungsrelevante Erkrankungen in den Blick nehmen

Typische fahreignungsrelevante Erkrankungen älterer Menschen sind Diabetes, Demenz, Parkinson, Schlaganfall und viele mehr. Unabhängig vom Alter treten auch immer mehr Psychosen auf. Zur Beurteilung, welche Erkrankung fahreignungsrelevant ist und wie diese beurteilt werden kann, geben die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung (unter www.BAST.de erhältlich) sowie die Anlage 4 zur Fahrerlaubnisverordnung (FeV) eine wichtige Hilfestellung. Abhängig von den vorliegenden Erkrankungen sind nach der Anlage 4 FeV regelmäßige ärztliche Kontrollen, Nachuntersuchungen oder fachärztliche Begutachtungen erforderlich. Sind Nachuntersuchungen oder fachärztliche Begutachtungen erforderlich, ist dies in den ärztlichen Gutachten mit Angabe, wann diese Untersuchungen (wieder) erforderlich sind, anzugeben. Dadurch ist die Fahrerlaubnisbehörde in der Lage, entsprechende Untersuchungen anzuordnen und den Eingang der Gutachten zu überwachen.



Foto: Adobe Stock/Halfpoint

Die Zahl der autofahrenden Seniorinnen und Senioren wird weiter zunehmen. Das Unfallrisiko steigt ab einem Alter von 75 Jahren deutlich. Deshalb müssen fahreignungsrelevante Erkrankungen älterer Menschen vermehrt in den Blick genommen werden.

Interesse der Allgemeinheit überwiegt

Ziel einer Begutachtung ist dabei die Abwägung der Interessen des Einzelnen gegenüber den Interessen der Allgemeinheit. Dabei gehen die Interessen der Allgemeinheit gegenüber denen des Einzelnen am Erhalt einer Fahrerlaubnis vor. Die Einhaltung der Verkehrssicherheit ist das oberste Ziel. Eine Belassung oder Erteilung einer Fahrerlaubnis kann auch unter Auflagen (= personenbezogen wie zum Beispiel Sehhilfe) oder/und Beschränkungen (= fahrzeugbezogen wie zum Beispiel Automatik oder Umbauten am Fahrzeug) möglich sein. Welche Auflagen und Beschränkungen möglich sind, ist in der Anlage 9 zur FeV abschließend geregelt.

Ärztliche Untersuchungen nach Anlage 5 FeV

Hausärztinnen und Hausärzte werden auch oft von LKW- und Busfahrern um Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung nach Anlage 5 FeV gebeten (Achtung: Seit dem 1.6.22 gelten neue Muster). In den Vordrucken sind fahreignungsrelevante Erkrankungen angegeben, die zu untersuchen und zu beurteilen sind. Daher ist auf der Bescheinigung angegeben:

- „...und der von mir in dem nach Teil I vorgesehenen Umfang erhobenen Befunde bescheinige ich, dass
- a) keine Anzeichen für Erkrankungen vorliegen, die die Eignung oder die bedingte Eignung ausschließen können,
 - b) Anzeichen für Erkrankungen vorliegen, die die Eignung oder die bedingte Eignung ausschließen können. Folgende Befunde wurde erhoben:

Gerade zum Beispiel in Bezug auf gut eingestellte insulinpflichtige Diabetiker führt dies nicht selten zu fehlenden Angaben. Zu berücksichtigen ist, dass in den Begutachtungsleitlinien und auch in der Anlage 4 FeV zwischen Fahrzeugen der Gruppe 1 (= Fahrzeuge bis 3,5 t zGG) und der Gruppe 2 (= Fahrzeuge über 3,5 t zGG und z.B. auch Taxifahrer) unterschieden wird. Für Fahrzeuge der Gruppe 2 sind bei einem insulinpflichtigen Diabetiker spätestens nach drei Jahren Nachuntersuchungen erforderlich.

Um der Überwachung dieser gesetzlich vorgeschriebenen Verpflichtung durch die Fahrerlaubnisbehörde nachkommen zu können, ist in der Bescheinigung nach Anlage 5 FeV anzugeben, dass der Bewerber an Diabetes Typ 1 oder Typ 2

erkrankt ist, wie er behandelt wird, ob eine gute Einstellung vorliegt und wann eine Nachuntersuchung für erforderlich gehalten wird.

Gutachter und Behandler: am besten nicht in einer Person

Wird ein Arzt als Gutachter tätig, sollte er nicht zugleich der behandelnde Arzt des Betroffenen sein (§ 11 Abs. 2 FeV). Mit dieser Regelung soll gerade im Fall einer erforderlichen negativen Begutachtung unter anderem sichergestellt werden, dass das Vertrauensverhältnis zwischen der Ärztin oder dem Arzt und dem Patienten nicht beeinträchtigt wird. Auftraggeber eines solchen Gutachtens ist nicht die Fahrerlaubnisbehörde, sondern der Betroffene selbst. Dieser hat auch die Kosten eines solchen Gutachtens zu tragen, und der Betroffene selbst entscheidet, ob er dieses Gutachten der Fahrerlaubnisbehörde vorlegt oder nicht.

Untersuchungen sind unter Beachtung der in der Anlage 4a FeV aufgeführten Grundsätze durchzuführen. Ein Gutachten muss sowohl für den Betroffenen als auch für die Behörde nachvollziehbar und verständlich sein (Betroffener und Mitarbeiter der Behörden sind nur Laien).

Diese Ausführungen können nur einen kurzen Überblick geben. Sie sollen verdeutlichen, dass Verkehrssicherheit alle angeht: Betroffene, Angehörige, Fahrerlaubnisbehörden sowie Ärztinnen und Ärzte. Lassen Sie uns dieses Thema daher gemeinsam angehen.

Tabelle 1: Beteiligte Senioren (ab 65 Jahren) an Unfällen mit Personenschaden als Fahrer von PKW

Jahr	Beteiligte Fahrer von Personenkraftwagen insgesamt	Darunter Senioren	
		Zusammen	Anteile in %
2000	271.339	20.610	7,6
2010	198.175	25.305	12,8
2020	163.103	27.416	16,8

Quelle: Verkehrsunfälle - Unfälle von Senioren im Straßenverkehr 2020 (destatis.de)

Autor

Hartmut Schneider
Leiter der
Fahrerlaubnisbehörde
Kreisverwaltung
Mainz-Bingen



Foto: privat

Anforderungen an das Sehorgan aus verkehrsmmedizinischer Sicht

Für eine sichere Teilnahme am Straßenverkehr ist gutes Sehen eine Grundvoraussetzung. Die Mindestanforderungen an das Sehvermögen von Kraftfahrern werden in §12 sowie der Anlage 6 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) juristisch geregelt.

Doch was ist überhaupt ein „gutes Sehvermögen“ und welche Teilaspekte der visuellen Verarbeitung sind in Straßenverkehr besonders wichtig? Im Folgenden gehen wir darauf ein, welche Funktionen des Sehapparates für eine Teilnahme am Straßenverkehr von grundlegender Bedeutung sind. Wichtig hierbei sind für die Teilnahme am Straßenverkehr: Sehschärfe, Gesichtsfeld, Dämmerungssehvermögen, Blendempfindlichkeit, Stellung der Augen und deren Motilität, Farbsehen sowie das stereoskopische Sehen.

Sehschärfe

Die Sehschärfe wird in der Augenheilkunde definiert als das „Minimum Separabile“, die Fähigkeit des Auges, kleine Objekte mit feinem Detail bei hohem Kontrast aufzulösen. Entsprechend der Bauweise des Auges ist aufgrund der hohen Zapfendichte und enger neuronaler Verschaltung die Sehschärfe in der Netzhautmitte am höchsten. Drei verschiedene Zapfen-Fotorezeptoren können Farben unterscheiden, arbeiten jedoch lediglich im photopischen (helladaptierten) Zustand gut. Hier beträgt die normale Sehschärfe des Auges 1,0 bis 2,0, es können also kleinste Details mit einem Abstand von 1,0 bis 0,5 Winkelminuten noch getrennt wahrgenommen werden. Zum Vergleich: Der Gesamtdurchmesser des Vollmonds beträgt von der Erde aus gesehen etwa 31 Winkelminuten.

Peripher der Netzhautmitte nimmt die Sehschärfe ab, die visuellen Felder werden in ihrer Auflösung gröber, da viele Fotorezeptoren auf eine Ganglienzelle konvergieren. Es steigt der Anteil der sehr lichtempfindlichen, jedoch farbenblinden Stäbchen.

Wird die Leuchtdichte geringer, erfolgt der Übergang von Zapfen- zum Stäbchensehen. Physiologischerweise nehmen Sehschärfe, Kontrast- und Farbsehen ab. So kommt es, dass bereits in der Dämmerung die Sehschärfe auch beim Sehgesunden auf 50 Prozent des Ursprungswertes gesunken ist (mesopisches Sehen, Leuchtdichten von etwa 10 cd/m² bis 0,01 cd/m²).

Bei völliger Dunkelheit sinkt die Sehschärfe noch weiter, es besteht gar ein funktionelles Zentralskotom (zentraler Gesichtsfeldausfall bei skotopischer Adaptation), da die Zapfen bei zu geringen Leuchtdichten nicht mehr erregt werden. Glücklicherweise werden diese Bedingungen während der nächtlichen Autofahrt jedoch nie erreicht, es liegt bei durchschnittlichen Leuchtdichten von 0,1 cd/m² im Gesichtsfeld des Fahrers eine mesopische Adaptation vor.

Ist die Sehschärfe schlecht, so kommt es zu einer späteren Wahrnehmung und somit auch einer kürzeren Erkennungsdistanz von Objekten. Daher ist eine gute Sehschärfe essentiell bei Überholmanövern im Überlandverkehr oder auch beim Abbiegen in eine vorfahrtsberechtigten Straße.

Gesichtsfeld

Das Gesichtsfeld ist der Bereich des Außenraumes, der bei festgehaltener Fixation gleichzeitig wahrgenommen werden kann. Rechtes und linkes Auge ergänzen sich hierbei als Partner, da beispielsweise durch die Nase und den Sehnerveneintrittspunkt auf der Netzhaut („Blinder Fleck“) an jedem Auge jeweils andere Bereiche des Außenraumes verdeckt sind.



Abb. 1: Autocockpit mit projiziertem Gesichtsfeld
Im täglichen Straßenverkehr sind insbesondere der zentrale und horizontale Gesichtsfeldbereich wichtig.

Gesichtsfelddefekte werden vom Betroffenen selten, beziehungsweise erst im fortgeschrittenen Stadium, bemerkt. Der visuelle Cortex besitzt die Fähigkeit, fehlende visuelle Informationen „herauszurechnen“ und mit passendem Bildmaterial zu füllen. Auch im Alltag wird schließlich nicht jedes Detail genau betrachtet, insbesondere bei bekannten Strecken. Oder haben Sie noch nie nach verzweifelter Suche Ihr Handy mitten auf dem Küchentisch thronend gefunden?



Abb. 2: spielende Kinder auf der Straße



Abb. 3: Beispiel von Gesichtsfelddefekten
Entgegen gängiger Zeichnungen sieht der Betroffene keine schwarzen Flecken, sondern ein ganz normales, jedoch cerebral extrapoliertes Bild. Die spielenden Kinder sind verschwunden.

Fotos: Gerstenberger



Abb. 4: Projektion der korrespondierenden Gesichtsfelddefekte auf das Cockpit des PKW
Auch sehr kleine Defekte in relevanten Bereichen führen zu Gefährdungen im Straßenverkehr

Insbesondere beim Spurwechsel oder im Kreuzungsbereich kann ein Gesichtsfelddefekt zu einer erheblichen Unfallgefahr beitragen.

Eine Kompensation manifester visueller Wahrnehmungsdefizite, beispielsweise durch Augen- oder Kopfbewegung, ist im Straßenverkehr nicht ausreichend.



Dämmerungssehvermögen und Blendempfindlichkeit

Das Dämmerungssehvermögen beschreibt die Unterschiedsempfindlichkeit bei mesopischer Adaptation (Leuchtdichten von etwa 10 cd/m² bis 0,01 cd/m²). Schon der junge, sehgesunde Kraftfahrer kommt nachts an die Grenzen seiner physiologischen Wahrnehmungsfähigkeit, wenn er versucht, Objekte mit gering kontrastierter Leuchtdichte und Farbe vor einem dunklen Hintergrund zu erkennen. Kommen noch Blendungen durch entgegenkommende Fahrzeuge oder Lichtreflexe auf regennasser Fahrbahn hinzu, können Objekte erst (zu) spät wahrgenommen werden, und das Unfallrisiko steigt.

Insbesondere beim älteren Kraftfahrer ist die physiologisch über die Jahre zunehmende Trübung der Augenlinse („Grauer Star“) die Hauptursache für ein vermindertes Dämmerungssehvermögen bei mesopischen Verhältnissen.

Bereits geringfügige Trübungen der brechenden Medien, die noch zu keiner messbaren Herabsetzung der Tagessehschärfe führen, können durch Streulichtentwicklung und einer Überblendung der Netzhaut zu einer massiven Herabsetzung des Kontrasts und somit des Dämmerungssehvermögens führen.

Augenstellung und Motilität

Bei Störung von Stellung und Beweglichkeit der Augen können Doppelbilder (Diplopie) auftreten. Die Sehachsen beider Augen schneiden sich dann nicht mehr im Fixierpunkt, die Sehinformation kann nicht mehr fusioniert werden und es entstehen gleichzeitige, versetzte Bilder. Die räumliche Orientierung ist gestört, da die Lage von Objekten im Außenraum nicht sicher zugeordnet werden kann. Wenn eine Diplopie im zentralen Blickbereich vorliegt, besteht somit keine Fahreignung.

Farbsehen

Fähigkeit, Unterschiede in der spektralen Zusammensetzung des Lichts zu erkennen. Diese wird durch die drei verschiedenen Zapfen-Typen der Netzhaut vermittelt. Analysierte Komponenten sind der Farbton, die Sättigung (Weißunähnlichkeit) und die Helligkeit des farbigen Lichts. Eine angeborene Farbsinnesstörung betrifft etwa jeden zwölften Mann sowie 0,4 Prozent der Frauen (x-chromosomal rezessive Vererbung).

Das korrekte Erkennen von Farben ist im Straßenverkehr meist von eher untergeordneter Bedeutung, aus diesem Grund weist zum Beispiel die Ampelanlage immer eine gleiche Farbanordnung auf. Daher ist seit der Novellierung der FeV vom 1.7.2011 im Zuge der EU-weiten Harmonisierung eine Rotblindheit kein Ausschlusskriterium mehr für den Erwerb des Berufskraftfahrer-Führerscheins oder der Erlaubnis der Personenbeförderung.

Aus Sicht der augenärztlichen Berufsverbände ist diese Lockerung allerdings sehr bedenklich. Visuelle Einschränkungen im Rotbereich sind problematisch, da ein Teil des langwelligen Lichtspektrums nicht, beziehungsweise zu dunkel, gesehen wird. Somit besteht das Risiko, dass Brems- und Rücklichter insbesondere bei schlechten Witterungsverhältnissen zu spät erkannt werden.

In jedem Fall muss bei einer Rotsinnschwäche eine ausführliche Aufklärung des Betroffenen über ein erhöhtes Unfallrisiko und entsprechende Vorsichtsmaßnahmen erfolgen.

Fotos: Gerstenberger



Abb. 5: Times Square, New York City ohne Medientrübung



Abb. 6: Times Square, New York City mittelgradige Medientrübung



Abb. 7: Times Square, New York City starke Medientrübung

Abb. 5-7: Kontrastsehen bei unterschiedlich starker Medientrübung
Je stärker die Trübung, desto schlechter die Sicht.

Fotos: Gerstenberger



Abb. 8: Die Bremslichter eines PKW



Abb. 9: Bremslichter eines PKW, Eindruck bei Rotschwäche

Bei einer Rotsinnschwäche erscheinen die Positions- und Bremslichter sehr dunkel (Bildbearbeitung via Adobe Photoshop)

Illustration:
Adobe Stock/Janis Abolins

Stereoskopisches Sehen

Das räumliche Sehen (Stereopsis) ist die höchste Stufe des Binokularsehens.

Grundlage ist die beidäugige Betrachtung von Objekten, welche sich zwar noch innerhalb des diplopiefreien Bereichs (Panum-Areal) befinden, jedoch nicht auf exakt korrespondierenden Netzhautstellen abgebildet werden (Querdisparation). Durch die unterschiedliche Perspektive des rechten und linken Auges entsteht sowohl ein räumlicher Eindruck als auch eine Raumzuordnung (weiter vorne/ weiter hinten). Ein intaktes querdisparates Tiefensehen hilft beim Abschätzen von Entfernung, vor allem im Nahbereich. Ab circa 30 bis 50 Meter Abstand besteht kein messbarer Unterschied mehr zu monokularen Kompensationsmechanismen. Somit ist ein gutes Stereoskopisches Sehen hilfreich beim Einparken und der Abstandseinschätzung im mittelweiten Bereich.

Allerdings gibt es bislang keine statistisch gesicherten wissenschaftlichen Daten zu einem erhöhten Unfallrisiko bei fehlendem räumlichen Sehen, auch Kraftfahrer mit nur einem funktionstüchtigen Auge dürfen am Straßenverkehr teilnehmen. Jedoch ist davon auszugehen, dass Kraftfahrer mit gutem räumlichen Sehen unübersichtliche Verkehrssituationen schneller und sicherer einschätzen können.

Fazit für die Praxis

Die aktive Teilnahme am Straßenverkehr verlangt eine hohe Leistungsfähigkeit der visuellen Systeme.

Mittlerweile liegen eine Reihe von Studien vor, die belegen, dass ein eingeschränktes Sehvermögen zu einem erhöhten Unfallrisiko mit typischen Unfallmustern führt. Viele sehrelevante Augenerkrankungen treten für die Betroffenen langsam und asymptomatisch auf. Im eigenen Interesse sollte der Kraftfahrer daher regelmäßig seine Augen beim niedergelassenen Ophthalmologen überprüfen lassen und eine aktuelle Refraktionskorrektur tragen.

Autorinnen

Foto: privat



Dr. Eva Gerstenberger, FEBO
Fachärztin für Augenheilkunde
Augenklinik und Poliklinik
der Universitätsmedizin Mainz
Fachreferentin Curriculum
Verkehrsmmedizinische Begutachtung

Foto: privat



PD Dr. habil. Heike M. Elflein
Oberärztin Augenklinik und Poliklinik
der Universitätsmedizin Mainz
Leiterin Funktionsbereich Neuro- und
Kinderophthalmologie, Schielerkrankungen,
Strabologie/Orthoptik

Kraftfahreignung nach einem epileptischen Anfall und bei Epilepsie

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung werden seit rund 50 Jahren vom Bundesverkehrsministerium herausgegeben. Sie basieren seit über 20 Jahren unter anderem auf der Fahrerlaubnis-Verordnung, die in Deutschland am 01.01.1999 in Kraft getreten ist und die 2. EU-Richtlinie über den Führerschein von 1991 in nationales Recht umsetzt.

Foto: Adobe Stock/ trendobjects

Die Begutachtungsleitlinien werden im Auftrag des Bundesverkehrsministeriums unter Leitung der Bundesanstalt für Straßenwesen durch Expertengruppen der jeweiligen Fachgebiete ständig kapitelweise überarbeitet, um den jeweiligen Fortschritten im Kenntnisstand um Unfallrisiken und Behandlungsmöglichkeiten verschiedener Erkrankungen Rechnung zu tragen. Dabei haben die Begutachtungsleitlinien durch die Verankerung in der Fahrerlaubnisverordnung (Anlage 4a) und der Veröffentlichung im Verkehrsblatt normativen Charakter. Mit Inkrafttreten der 15. Änderung der Fahrerlaubnisverordnung sind derzeit die Leitlinien mit Stand vom 1. Juni 2022 verbindlich anzuwenden und können über die Homepage der Bundesanstalt für Straßenwesen (<https://www.bast.de/>) kostenlos heruntergeladen werden. Die Leitlinien bedürfen bei ihrer Anwendung keiner expliziten Begründung. Abweichungen sind in Einzelfällen möglich, in der Regel aber detailliert zu begründen.

Die kapitelweise Überarbeitung der Leitlinie führt dazu, dass die einzelnen Kapitel unterschiedlich, einige über 20 Jahre, alt sind. In den vergangenen Jahren wurden die Kapitel über Herz- und Gefäßerkrankungen, Nierenerkrankungen sowie Störungen des Gleichgewichtssinnes überarbeitet, wohingegen eine ganze Reihe von Kapiteln auf dem Stand vom Februar 2000 sind, unter anderem die Kapitel über Bewegungsbehinderungen, Lungen- und Bronchialerkrankungen, Parkinson-Syndrom, kreislaufabhängige Störungen der Hirntätigkeit, psychische Störungen einschließlich kognitiver Beeinträchtigungen. Das Kapitel „Epileptische Anfälle und Epilepsie“ ist seit dem 2. November 2009 gültig und seitdem nicht mehr verändert worden.

Bei der Beurteilung der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen werden die Fahrzeuge entsprechend dem Anhang III der EU-Führerscheinrichtlinie beziehungsweise der Anlage 4 der Fahrerlaubnisverordnung in 2 Gruppen unterteilt, die insgesamt 16 Fahrerlaubnisklassen umfassen (Details s. Tabelle 1).

- Gruppe 1 umfasst Fahrzeuge der Klassen A, A1, A2, B, BE, AM, L, T
- Gruppe 2 umfasst Fahrzeuge der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E sowie die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (FzF)

Leitsätze

Im ersten Leitsatz des Abschnitts „Epileptische Anfälle und Epilepsie“ wird festgeschrieben: „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“. Anders ausgedrückt: Wenn kein wesentliches Risiko für das Auftreten weiterer Anfälle besteht, kann Kraftfahreignung angenommen werden. Bei dieser Risikoeinschätzung wird zwischen einem erstmaligen Anfall mit oder ohne plausible anfallsauslösende Ursache und einer Epilepsie unterschieden.

Dabei sind bei der Beurteilung der Kraftfahreignung etwaige zusätzliche körperliche und/oder psychische Störungen zu berücksichtigen und gegebenenfalls durch die Konsultation einer entsprechenden Fachärztin/-arzt abzuklären. Auch darf durch eine medikamentöse antiepileptische Behandlung die Fahrtüchtigkeit nicht beeinträchtigt werden.

Schließlich wird noch festgelegt, dass „bei Fahrerlaubnisinhabern beider Führerscheingruppen ... eine fachneurologische Untersuchung sowie fachneurologische Kontrolluntersuchungen in zunächst jährlichen Abständen erforderlich“ sind. Dabei kann das Untersuchungsintervall im Verlauf „bei einer langjährigen Anfallsfreiheit“ verlängert werden.

Erstmaliger provoziertes Anfall

Wenn ein erstmalig aufgetretener Anfall an eine plausible anfallsauslösende Bedingung geknüpft war (= akute epileptische Reaktion, „Gelegenheitsanfall“) und diese Bedingungen nicht mehr gegeben sind, dann kann nach einer anfallsfreien Beobachtungszeit von drei Monaten wieder Kraftfahreignung für Fahrzeuge der Gruppe 1 angenommen werden. Für Fahrzeuge der Gruppe 2 gilt hier eine Beobachtungszeit von sechs Monaten.

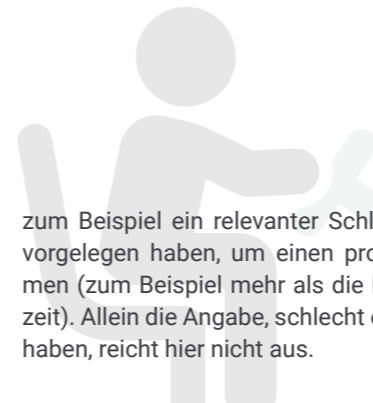
Häufige beziehungsweise typische anfallsauslösende Umstände sind Schlafmangel, hohes Fieber, Alkohol-/Drogenentzug, Elektrolyt- und/oder Stoffwechselstörungen, Exsikkose, Medikamenten-Nebenwirkungen, Intoxikation (Drogen) sowie eine akute zerebrale Ischämie. Hierbei ist eine plausible anfallsauslösende Bedingung gefordert. So muss



Tabelle 1:
Fahrerlaubnisklassen in Deutschland entsprechend dem Anhang III der EU-Führerscheinrichtlinie bzw. der Anlage 4 der Fahrerlaubnisverordnung. (Quelle: Kraftfahrt-Bundesamt. Die Klammerwerte beim Mindestalter beziehen sich auf den Ausbildungsberuf „Berufskraftfahrer“ oder vergleichbare Berufe. Bei Klasse B ist zudem begleitetes Fahren ab 17 Jahren möglich).

Klasse (eingeschlossene Klasse/n)	Fahrzeugart	Mindest-Alter
Krafträder		
AM	<ul style="list-style-type: none"> zweirädrige Kleinkrafträder, Fahrräder mit Hilfsmotor dreirädrige Kleinkrafträder, vierrädrige Leicht-Kfz bis 350 kg, (ohne Gewicht der Batterien bei Elektrofahrzeugen) bis 45 km/h, bis 50 ccm (Benziner), bis 4 kW (Diesel, Elektro) 	15
A1 (AM)	<ul style="list-style-type: none"> Leichtkrafträder, bis 125 ccm Hubraum; bis 11 kW Leistung und bis 0,1 kW Leistung je Kilogramm dreirädrige Kfz, bis 15 kW Leistung 	16
A2 (AM, A1)	<ul style="list-style-type: none"> Krafträder (beschränkt), bis 35 kW und bis 0,2 kW Leistung je Kilogramm 	18
A (AM, A1, A2)	<ul style="list-style-type: none"> Krafträder (unbeschränkt), 2 Jahre Vorbesitz A2; bei Direkteinstieg: Mindestalter 24 dreirädrige Kfz, über 15 kW (Mindestalter: 21) 	20
PKW		
B (AM, L)	<ul style="list-style-type: none"> vierrädrige Kfz bis 3.500 kg, zur Beförderung von bis zu 8 Personen (+ Fahrer) <ul style="list-style-type: none"> - mit Anhänger bis 750 kg => Kombination bis 4.250 kg - mit Anhänger über 750 kg => Kombination bis 3.500 kg B 96 (Erweiterung der Fahrerlaubnis Klasse B): mit Anhänger über 750 kg => Kombination bis 4.250 kg BE (Fahrerlaubnis Klasse B + Anhängerführerschein): mit Anhänger bis 3.500 kg => Kombination bis 7.000 kg 	18 (17)
LKW		
C1	<ul style="list-style-type: none"> bis 7.500 kg, zur Beförderung von bis zu 8 Personen (+ Fahrer) <ul style="list-style-type: none"> + Anhänger bis 750 kg, Vorbesitz Klasse B - Befristung ab 50. Lebensjahr jeweils 5 Jahre (ärztliche und augenärztliche Untersuchung) 	21 (18)
C (C1)	<ul style="list-style-type: none"> mehr als 3.500 kg, zur Beförderung von bis zu 8 Personen (+ Fahrer) <ul style="list-style-type: none"> + Anhänger bis 750 kg, Vorbesitz Klasse B - Befristung jeweils 5 Jahre (ärztliche und augenärztliche Untersuchung) 	18
Busse		
D1	<ul style="list-style-type: none"> zur Beförderung von 9 bis 16 Personen (+ Fahrer) <ul style="list-style-type: none"> + Anhänger bis 750 kg, Länge bis 8 m, Vorbesitz Klasse B 	21 (18)
D (D1)	<ul style="list-style-type: none"> zur Beförderung von mehr als 8 Personen (+ Fahrer) <ul style="list-style-type: none"> + Anhänger bis 750 kg, Vorbesitz Klasse B - Befristung jeweils 5 Jahre (ärztliche und augenärztliche Untersuchung) 	24 (23, 21, 20, 18)
Anhänger		
E	<ul style="list-style-type: none"> Kfz mit Anhängern über 750 kg (Ausnahmen s. o. Klasse B) <ul style="list-style-type: none"> Daraus ergeben sich die Klassen BE, CE, C1E, DE, D1E - Vorbesitz der zu Grunde liegenden Klasse B, C, C1, D oder D1 - Klasse C1E: Zugfahrzeug Klasse B + Anhänger über 3.500 kg => Kombination bis 12.000 kg - Klasse C1E und D1E: Kombination bis 12.000 kg; Einschluss BE - Klasse CE: Einschluss BE, C1E und T. 	
Fahrerlaubnisklassen, die nur in Deutschland gültig sind		
L	<ul style="list-style-type: none"> selbstfahrende Arbeitsmaschinen, selbstfahrende Futtermischwagen, Stapler und andere Flurförderzeuge, bis 25 km/h, mit Anhänger land- und forstwirtschaftliche Zugmaschinen, bis 40 km/h, mit Anhänger bis 25 km/h 	16
T (AM, L)	<ul style="list-style-type: none"> land- und forstwirtschaftliche selbstfahrende Arbeitsmaschinen, selbstfahrende Futtermischwagen, bis 40 km/h, mit Anhänger land- und forstwirtschaftliche Zugmaschinen, bis 60 km/h (unter 18 Jahre: bis 40 km/h), mit Anhänger 	16

Illustration: Adobe Stock/Icons-Studio, bearbeitet



zum Beispiel ein relevanter Schlafmangel („Schlafentzug“) vorgelegen haben, um einen provozierten Anfall anzunehmen (zum Beispiel mehr als die Hälfte der üblichen Schlafzeit). Allein die Angabe, schlecht oder unruhig geschlafen zu haben, reicht hier nicht aus.

Darüber hinaus wird ausdrücklich auf die Besonderheiten von „provozierten Anfällen im Rahmen eines schädlichen Gebrauchs oder einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen“ hingewiesen, bei denen zur Abschätzung des Wiederholungsrisikos „eine zusätzliche Begutachtung durch die dafür zuständige Fachdisziplin erforderlich“ ist. So ist zum Beispiel bei einem provozierten Anfall während eines Alkoholzuges eine zusätzliche psychiatrische Begutachtung erforderlich.

Bei einem Anfall bei einer akuten zerebralen Ischämie sind auch die entsprechenden Karenzzeiten nach einer zerebralen Ischämie zu berücksichtigen, die bei einigen Befundkonstellationen auch drei Monate übersteigen können. Zwar ist der (nur knapp 50 Zeilen umfassende) Abschnitt über „kreislaufabhängige Störungen der Hirntätigkeit“ seit dem Februar 2000 nicht mehr aktualisiert worden, es gibt hier aber ein detailliertes aktuelleres Positionspapier einer Expertenkommission der Deutschen Gesellschaften für Neurowissenschaftliche Begutachtung, Neurologie, Neurochirurgie, Neurorehabilitation und Neurochirurgie sowie der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (Marx, Der Nervenarzt 2014).

Schließlich wird in den Begutachtungsleitlinien ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ein durch Schlafmangel provozierter Anfall häufig die erste Manifestation einer Disposition einer idiopathischen Epilepsie sein kann. „Die idiopathische Disposition muss daher auch mittels EEG angemessen ausführlich evaluiert werden, bevor bei fehlendem Hinweis eine nur 3-monatige Fahrpause ausgesprochen wird“. Dabei wird nicht weiter ausgeführt, was „angemessen ausführlich evaluiert“ meint, zumindest aber sollte das EEG den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für klinische Elektrophysiologie entsprechen und über 20 Minuten abgeleitet werden, wobei auch eine dreiminütige Hyperventilation durchgeführt werden sollte.

Einmaliger unprovocierter Anfall

Nach einem erstmaligen unprovocierten Anfall kann die Kraftfahreignung für Fahrzeuge der Gruppe 1 nach einer anfallsfrei gebliebenen Beobachtungszeit von sechs Monaten und für Fahrzeuge der Gruppe 2 nach zwei Jahren wieder bejaht werden. Auch hier darf „die fachneurologische Abklärung (inkl. EEG und Bildgebung) keine Hinweise auf ein grundsätzlich erhöhtes Anfallsrisiko im Sinne einer beginnenden Epilepsie ergeben“ haben. Dabei ist die zweijährige Karenzzeit für Fahrzeuge der Gruppe 2 bei Berufskraftfahrern von großer sozialmedizinischer Bedeutung und bedeu- tet unter Umständen eine Umschulung.

Epilepsie

Beim Vorliegen einer Epilepsie ist eine Kraftfahreignung nur unter bestimmten Bedingungen gegeben, wobei eine Epilepsie in dem seit nunmehr 13 Jahren nicht mehr aktualisierten Abschnitt durch „wiederholte Anfälle“ definiert wird. Hier ist aber zwischenzeitlich (2014) von der International League against Epilepsy neben dem Auftreten von mindestens zwei unprovocierten Anfällen im Abstand von mehr als 24 Stunden („at least two unprovoked (or reflex) seizures occurring >24 h apart“) eine weitere Definition vorgeschlagen worden: „one unprovoked (or reflex) seizure and a probability of further seizures similar to the general recurrence risk (at least 60 Prozent) after two unprovoked seizures, occurring over the next 10 years“. Diese Definition wurde in der Leitlinie „Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter“ der Deutsche Gesellschaft für Neurologie vom April 2017 übernommen: „Ein nicht provozierter Anfall oder Reflexanfall verbunden mit einer Wahrscheinlichkeit, während der nächsten zehn Jahre weitere Anfälle zu erleiden, die vergleichbar ist mit dem allgemeinen Rückfallrisiko (mindestens 60 Prozent) nach zwei nicht provozierten Anfällen“. Allerdings weist die Leitlinien-Kommission darauf hin, dass diese neue Definition „nicht ganz befriedigend“ ist, „weil ein Rezidivrisiko von 60 Prozent in vielen Fällen durch entsprechende Studien nicht belegt ist“. Hier verweisen die Autoren als Orientierungshilfe auf ihre Empfehlungen für den Beginn einer antiepileptischen Therapie nach einem ersten (unprovocierten) Anfall, wobei dem EEG-Nachweis epilepsietypischer Potentiale und/oder der MR-tomographischen Dokumentation einer „epileptogenen Läsion“ eine zentrale Bedeutung zukommt.

Wenn fachärztlicherseits nach einem ersten unprovocierten Anfall die Diagnose einer Epilepsie gestellt wird, dann gelten bezüglich der Kraftfahreignung nicht mehr die Karenzzeiten nach einem unprovocierten Anfall, sondern die der Epilepsie-Diagnose. Dies ist allerdings keine grundsätzliche Neuerung, denn auch die Karenzzeiten nach einem unprovocierten Anfall gelten nur, wenn „die fachneurologische Abklärung (inklusive EEG und Bildgebung) keine Hinweise auf ein grundsätzlich erhöhtes Anfallsrisiko im Sinne einer beginnenden Epilepsie ergeben“ hat.

Voraussetzung für die Kraftfahreignung für Fahrzeuge der Gruppe 1 ist eine mindestens einjährige Anfallsfreiheit mit und ohne antiepileptische Therapie. Dabei dürfen bei einer medikamentösen Behandlung keine die Kraftfahreignung ausschließenden Nebenwirkungen vorliegen. Hierbei muss das EEG „nicht zwangsläufig frei von epilepsietypischen Potenzialen sein“.



Tabelle 2:
Übersicht der Bedingungen einer Kraftfahreignung nach einem erstmaligen epileptischen Anfall sowie bei einer Epilepsie (zu Einzelheiten s. Text)

Störung	Gruppe 1	Gruppe 2
Erstmaliger epileptischer Anfall		
Erstmaliger, provoziertes Anfall mit vermeidbarem Auslöser ohne Anhalt auf eine beginnende Epilepsie	Keine Kraftfahreignung für minimal 3 Monate	Keine Kraftfahreignung für minimal 6 Monate
Erstmaliger unprovoked Anfall ohne Anhalt auf eine beginnende Epilepsie	Keine Kraftfahreignung für minimal 6 Monate	Keine Kraftfahreignung für minimal 2 Jahre
Epilepsie		
Epilepsie • mindestens 2 unprovoked Anfälle • ein unprovoked Anfall + hohes Wiederholungsrisiko*	Kraftfahreignung nur wenn • Mindestens 1-jährige Anfallsfreiheit (auch mit medikamentöser Therapie) • Keine die Kraftfahreignung ausschließenden Nebenwirkungen der Therapie	Keine Kraftfahreignung Ausnahme: Mindestens 5-jährige Anfallsfreiheit ohne medikamentöse Therapie
Ausnahmen bei besonderen Umständen		
Persistierende Anfälle ohne zwangsläufige Einschränkung der Kraftfahreignung	• 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
* Definition der International League against Epilepsy: „Ein nicht provoziertes Anfall oder Reflexanfall verbunden mit einer Wahrscheinlichkeit, während der nächsten zehn Jahre weitere Anfälle zu erleiden, die vergleichbar ist mit dem allgemeinen Rückfallrisiko (mindestens 60 Prozent) nach zwei nicht provozierten Anfällen“.		



Illustration:
Adobe Stock/Icons-Studio, bearbeitet

Die Voraussetzungen zum Führen von Fahrzeugen der Gruppe 2 sind wesentlich strenger, weil wegen der längeren Lenkzeiten von einem höheren Risiko anfallsbedingter Unfälle und einer in der Regel größeren möglichen Unfallschwere ausgegangen wird. So bleibt die Kraftfahreignung für Fahrzeuge der Gruppe 2 bei einer Epilepsie-Diagnose „dauerhaft ausgeschlossen“: Dies wäre auch der Fall, wenn nach einem ersten unprovoked Anfall „Hinweise auf ein erhöhtes Rezidivrisiko“ bestehen würden

Ausnahmen für das Führen von Fahrzeugen der Gruppe 1

Kraftfahreignung trotz persistierender Anfälle kann unter zwei Umständen angenommen werden. (A) Die Anfälle treten während einer mindestens dreijährigen Beobachtungszeit ausschließlich an den Schlaf, nicht notwendigerweise an die Nacht, gebunden auf. (B) Während einer mindestens einjährigen Beobachtungszeit kommt es nur zu einfach fokalen Anfällen (a) ohne Bewusstseinsstörung, (b) ohne motorische, sensorische oder kognitive Störungen, die das Führen eines Kraftfahrzeugs beeinträchtigen würden, und (c) ohne fahrrelevante Ausdehnung der Anfallssymptomatik, insbesondere ohne Übergang in einen fokalen Anfall mit einer Störung des Bewusstseins oder einen sekundären generalisierten Anfall. Cave: Hier wird ausdrücklich gefordert, dass sich dies „nicht allein auf die Angaben des Patienten stützen“ darf, sondern „durch Fremdbeobachtung gesichert sein“ muss.

Ein Anfallsrezidiv bei bestehender Fahreignung wird wie ein erstmaliger Anfall behandelt: „Kommt es nach langjährigem anfallsfreien Verlauf zu einem „sporadischen“ Anfall (oder mehreren Anfällen innerhalb von 24 Stunden), so kann die Kraftfahreignung schon nach einer Fahrpause von sechs Monaten wieder bejaht werden, sofern die fachneurologische Abklärung keine relevanten Aspekte ergibt, die ein erhöhtes Rezidivrisiko und damit eine Fahrpause von einem Jahr bedingen. Lassen sich in einer solchen Situation relevante Provokationsfaktoren eruieren, die in Zukunft gemieden oder verhindert werden, so kann die Fahrpause auf drei Monate verkürzt werden.“

Beendigung einer antiepileptischen Therapie: Wenn bei bestehender Kraftfahreignung eine antiepileptische Therapie schrittweise beendet wird, so ist bei diesem Menschen „für die Dauer der Reduzierung des letzten Medikamentes sowie für die ersten drei Monate ohne medikamentöse Therapie“ keine Kraftfahreignung gegeben. Hier sind in gut begründeten Fällen Ausnahmen möglich, wobei als Beispiele „insgesamt wenige Anfälle, Epilepsie-Syndrom mit niedrigem Rezidivrisiko, erfolgreiche epilepsiechirurgische Behandlung“ genannt werden.

Foto: Adobe Stock/ trendobjects

Ausnahme für das Führen von Fahrzeugen der Gruppe 2

Fahrzeuge der Gruppe 2 dürfen bei der Diagnose einer Epilepsie nur geführt werden, wenn eine „fünfjährige Anfallsfreiheit ohne antiepileptische Behandlung“ vorliegt. Dies muss fachneurologisch beurteilt werden. Somit sind Menschen, die während ihrer Tätigkeit als Berufskraftfahrer an einer Epilepsie erkranken, de facto berufs unfähig. Könnte doch der Patient für mindesten fünf Jahre seinen Lebensunterhalt nicht mehr als Berufskraftfahrer verdienen, wobei anfangs auch die Prognose des Anfallsleidens nicht sicher abzusehen ist. Darüber hinaus würde sich der Fünf-Jahres-Zeitraum noch um mehrere Jahre verlängern, wenn nach der Epilepsie-Diagnose eine antiepileptische Behandlung begonnen und erst nach mehrjähriger Anfallsfreiheit wieder beendet werden würde. Somit dürfte diese Regelung allenfalls Menschen betreffen, die zuvor in einem anderen Beruf tätig waren und bei einer fünfjährigen Anfallsfreiheit ohne Medikation Berufskraftfahrer werden wollen.

Literatur beim Autor

Autor

Prof. Dr. Frank Thömke
Fachbereich Neurologie an der
DKD Helios Klinik Wiesbaden



Foto: privat

Diabetes mellitus und Fahrerlaubnis

Der Diabetes mellitus kann die Fähigkeit zum Führen von Kraftfahrzeugen beeinträchtigen. Daher finden sich in den „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen (Neufassung 1.6.2022) im Kapitel „Diabetes mellitus“ verbindliche Richtlinien, die für die verkehrsmedizinische Begutachtung, aber auch für Aufklärungspflichten im Arzt-Patienten-Verhältnis Bedeutung haben.

Eine mögliche Einschränkung von Fahreignung/Fahrtauglichkeit ergibt sich nicht aus der Diagnose „Diabetes mellitus“ per se, sondern variiert in Abhängigkeit von Diabetestyp, Behandlungsform, Folgekomplikationen inklusive Schlafapnoe und vor allem der sicheren Hypoglykämieerkennung.

Genereller Ausschluss ist nicht mehr gerechtfertigt

Gut eingestellte und geschulte Menschen mit Diabetes können Fahrzeuge beider Gruppen sicher führen. Der generelle Ausschluss insulinbehandelter Menschen mit Diabetes mellitus von der Tätigkeit als Berufskraftfahrer/in oder der Personenbeförderung ist heute nicht mehr gerechtfertigt. HbA1c ist kein verlässlicher Parameter zur Beurteilung der Fahreignung. Bedeutsam sind anamnestische Angaben wie das Vorkommen unbemerkter oder schwerer Hypoglykämien mit Fremdhilfe, technische Befunde wie der Visus und die Stoffwechselfbstkontrolle.

Die Erstdiagnose eines Diabetes mellitus kann es notwendig machen, ärztlicherseits ein Fahrverbot auszusprechen. Wer nach einer Stoffwechseldekompensation erstmals oder wer neu eingestellt wird, darf kein Fahrzeug führen, bis die Einstellphase nach ärztlicher Einschätzung durch Erreichen einer ausgeglichenen Stoffwechsellage (insbesondere bezüglich der Normalisierung des Sehvermögens sowie der Wahrnehmung von Hypoglykämien) abgeschlossen ist.

Diabetestyp und damit die Behandlungsform nehmen Einfluss auf die Fähigkeit zum Führen von Kraftfahrzeugen. Eine Therapie ausschließlich durch Ernährung und Bewegung sowie der Einsatz von GLP1-Analoga, DPP4-Hemmern, Metformin, Glucosidasehemmern und Glitazonen schränkt die Fahreignung nicht ein, solange eine ausgeglichene Stoffwechsellage besteht und keine die Fahreignung in sonstiger Weise ausschließende Folgekomplikationen vorliegen. Berufskraftfahrer/innen müssen aber ärztliche Kontrollen nachweisen.

Zusätzliche Aufklärungspflichten

Dagegen bedeutet der Einsatz von Sulfonylharnstoffen, Gliniden und vor allem von Insulin ein erhöhtes bis hohes Hypoglykämierisiko. Dies schließt das Führen von Kraftfahrzeugen nicht aus, löst aber zusätzliche ärztliche Aufklärungspflichten gemäß Leitlinien über Hypoglykämiesymptome, Vermeidung und Behandlung von Hypoglykämien, das Verhalten bei einer Hypoglykämie im Straßenverkehr sowie ein vorübergehendes Fahrverbot nach Beginn einer solchen Therapie aus. Bei Berufskraftfahrern/innen sind unter insulinotropen Substanzen/ Insulin regelmäßige ärztliche Kontrollen, Stoffwechselfbstkontrollen und alle drei Jahre eine fachärztliche Begutachtung der Fahreignung vorgeschrieben.

Schwere Hypoglykämien sind nicht durch den Blutzucker-Messwert, sondern durch die Notwendigkeit von Fremdhilfe definiert. Nach einer schweren Hypoglykämie sollten eine Ursachenabklärung, die Prüfung von Therapiealternativen mit nicht- insulinotropen Medikamenten beim Typ 2-Diabetes und gegebenenfalls eine Schulung der Hypoglykämiewahrnehmung (BGAT® oder HyPOS®) erfolgen.

Dr. Dieter Braun

„Der Diabetes ist nicht per se ein verkehrsmedizinisches Problem, sondern eine Subgruppe der Betroffenen, insbesondere Erkrankte mit problematischer Hypoglykämie.“

Zusätzlich sollte geklärt werden, ob technische Hilfsmittel wie Glucosesensoren mit Alarmsystemen zur frühzeitigen Erkennung sich entwickelnder Hypoglykämien die Fahreignung wiederherstellen können. Bei mehr als einer schweren Hypoglykämie innerhalb von zwölf Monaten muss ärztlicherseits ein Fahrverbot ausgesprochen werden; der Rat zur Intensivierung der Blutzucker-Selbstkontrollen und eine obligate Blutzucker-Messung vor Fahrtantritt reichen nicht aus. Bei der diabetischen Retinopathie ist nur der Visus, nicht aber der alleinige Nachweis von Gefäßveränderungen verkehrsmedizinisch relevant. Von der Mikroangiopathie abzugrenzen ist die vorübergehende Refraktionsanomalie bei rascher starker Blutzucker-Senkung, die ein Fahrverbot begründen kann und sich meist innerhalb von zwei Wochen zurückbildet.

Auf Nervenschäden in Füßen achten

Diabetische Nervenschäden können das periphere Nervensystem mit Sensibilitätsstörungen der Fußsohle und Problemen bei der Bedienung der Pedalerie, aber auch das autonome Nervensystem in Form der kardialen autonomen diabetischen Neuropathie mit Orthostase und Neigung zu Herzrhythmusstörungen umfassen. Hinsichtlich der makroangiopathischen diabetischen Folgekomplikationen sei auf die entsprechenden Organartikel verwiesen.

Das diabetische Fußsyndrom kann zu temporären (TCC, Orthesen) oder zu dauerhaften (Majoramputationen) Beeinträchtigungen der Fahrtauglichkeit führen. Hier müssen Einzelfallentscheidungen zu Fahrverboten beziehungsweise Umrüstung des Fahrzeugs getroffen werden.

Zusammenfassend ist nicht der Diabetes per se ein verkehrsmedizinisches Problem, sondern eine Subgruppe der Betroffenen, insbesondere Erkrankte mit problematischer Hypoglykämie.

Literatur beim Autor

Autor

Dr. Dieter Braun
Internist, Endokrinologe,
Diabetologe, Verkehrs-
medizinische Qualifikation



Foto: privat

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Verkehrsmedizin engagieren möchten, können eine entsprechende verkehrsmedizinische Qualifikation erwerben. Kurse hierfür bietet die Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz an.

Das Curriculum „Verkehrsmedizinische Begutachtung nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer“ richtet sich in vier Modulen an Ärztinnen und Ärzte, die sich grundlegendes Wissen zur Aufklärung und Beratung von Patientinnen und Patienten in der Verkehrsmedizin aneignen wollen.

Mit der Teilnahme an diesem 24-Stunden-Kurs erhalten Fachärztinnen und Fachärzte die nach § 11 der FeV erforderliche verkehrsmedizinische Qualifikation zur Erstellung von verkehrsmedizinischen Begutachtungen.

Bislang haben knapp 500 Ärztinnen und Ärzte bei der Landesärztekammer angegeben, diese Qualifikation zu besitzen. (eb)

Illustration:
Adobe Stock/Icons-Studio,
bearbeitet

Verkehrsmmedizin und Alkohol-, Medikamenten- und Drogen- missbrauch sowie -abhängigkeit

Über Alkohol zu schreiben ist nicht ganz einfach, da man einerseits Bibliotheken damit füllen könnte und andererseits fast jeder meint, vielleicht sogar zu Recht, von dem Thema etwas zu verstehen. Ich werde mich daher auf die verkehrsmedizinischen Aspekte beschränken und anschließend auch auf den Missbrauch und die Abhängigkeit von Medikamenten und/oder Drogen eingehen.



Foto: Adobe Stock/burdun

Alkohol

Alkohol führt bereits ab 0,3 Promille zu einer Beeinträchtigung objektiver Leistungen wie Reaktionsvermögen und Konzentrationsvermögen bei gleichzeitig subjektiv empfundenem erhöhten Leistungsvermögen mit nachlassender Selbstkritik, steigender Risikofreude und Enthemmung. Dieser Widerspruch von objektiv nachlassendem Leistungsvermögen und subjektiv empfundenem erhöhten Leistungsvermögen führt ab 0,5 Promille zu einem deutlich erhöhten Unfallrisiko. Ab 1,0 Promille (plus Sicherheitszuschlag 0,1 Promille) ist nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ein sicheres Fahren nicht mehr möglich. Ein sicherer Fahrer ist derjenige, der auch in unerwarteten oder komplexen Verkehrssituationen noch adäquat reagieren kann.

Die 0,5-Promille-Grenze ist jedem geläufig. Weit weniger bekannt ist, dass man sich bereits mit 0,3 Promille am Steuer eines Kraftfahrzeugs einer Straftat schuldig machen kann und die Fahrerlaubnis für mindestens ein halbes Jahr verlieren kann. Im Einzelnen gelten folgende Promillegrenzen: 0,0 Promille (§ 24 c StVG, Ordnungswidrigkeit): gilt für Fahranfänger (zwei Jahre) und bis zum 21. Lebensjahr.

0,3 Promille (§§ 315 c, 316 StGB, Straftat): Wer aufgrund seiner Alkoholisierung einen Unfall verursacht oder auch nur unsicher fährt („Schlangenlinien“), kann wegen einer Straftat bis hin zu einer Freiheitsstrafe belangt werden. Außerdem wird regelmäßig die Fahrerlaubnis für mindestens ein halbes Jahr entzogen.

0,5 Promille (§ 24 a StVG, Ordnungswidrigkeit): Ab 0,5 Promille (bis hin zu 1,09 Promille) ist der Tatbestand einer Ordnungswidrigkeit erfüllt mit der Folge einer Geldbuße und Fahrverbot. Die Höhe der Alkoholisierung kann durch eine Blutentnahme oder eine Atemalkoholprobe festgestellt werden. Falls zusätzlich Ausfallerscheinungen oder ein Unfall vorliegen, kommt sogar eine Straftat nach §§ 315 c, 316 StGB in Betracht (siehe oben).

1,1 Promille (§§ 315 c, 316 StGB, Straftat): auf jeden Fall Straftat. Selbst der beste Autofahrer und der geübteste Trinker werden von der Rechtsprechung als nicht mehr fahrsicher einge-

ordnet. Geldstrafe oder Freiheitsstrafe, zusätzlich Entzug der Fahrerlaubnis für mindestens ein halbes Jahr.

1,6 Promille: Medizinisch-Psychologische Untersuchung (MPU) zur Wiederlangung der Fahrerlaubnis erforderlich.

Bestimmung der Blutalkoholkonzentration

Ist es möglich, die Höhe der Blutalkoholkonzentration (BAK) aus der Trinkmenge zu schätzen? Ja, weil nämlich Alkohol, im Gegensatz zu fast allen anderen Wirkstoffen im Blut, nicht konzentrationsabhängig, sondern zeitabhängig (etwa 0,15 Promille pro Stunde) eliminiert wird, kann nach der Widmark-Formel die mutmaßliche BAK errechnet werden, wenn man Trinkmenge, die Art des Alkohols, Trinkzeit, Magenfüllung, Geschlecht und Körpergewicht kennt. Die Berechnung ist nicht schwierig, doch ziemlich komplex, sodass die Erläuterung hier den Rahmen sprengen würde.

Aus zahlreichen wissenschaftlichen Trinkversuchen mit Probanden weiß aber praktisch jeder Rechtsmediziner, dass es für eine ungeübte Person gar nicht so einfach ist, 0,5 Promille oder gar 1,1 Promille zu erreichen. So kann ein kräftiger Mann, der über den gesamten Abend verteilt sechs Flaschen Bier trinkt (mithin drei Liter Bier) mit etwas Glück noch unter der 0,5 Promille-Grenze liegen. Wer jemals einen solchen Trinkversuch mitgemacht hat, weiß aber auch, dass es keineswegs angeraten ist, nach dem Konsum von sechs Flaschen Bier noch Auto zu fahren. Mit anderen Worten, die 0,5-Promille Grenze ist recht hoch angesetzt. Gleichzeitig führt eine Teilnahme an solch einem Trinkversuch (aktiv oder als Aufsichtsperson) dazu, jemandem nicht mehr zu glauben, der behauptet, 2,5 Promille mit zwei Glas Bier oder einer halben Flasche Wein erreicht zu haben.

Medikamente und Drogen

Nach § 24 a StVG begeht eine Ordnungswidrigkeit, wer im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug mit Morphin/Heroin, Kokain, Amphetamin, Ecstasy oder THC im Blut führt. Da einige dieser Substanzen auch ärztlich verschrieben werden können, ist der ärztlich angeordnete, bestimmungsgemäße Gebrauch erlaubt, solange keine Ausfallerscheinungen (Unfall, „Schlangenlinien“, neurologische Ausfallerscheinungen, Sedierung) bestehen. Dann wiederum kommt eine Straftat nach den §§ 315 c, 316 StGB in Betracht.

Alle anderen psychotropen Substanzen wie zum Beispiel Pilze oder LSD oder auch klassische Medikamente sind im Straßenverkehr nicht grundsätzlich verboten! Aber nur so lange, als keine Ausfallerscheinungen auftreten.

Klingt kompliziert und ist es auch. Grob zusammengefasst kann man sagen, dass es sehr problematisch und sehr gefährlich werden kann, wenn man sichtlich beeinträchtigt unter dem Einfluss von Alkohol, psychotropen Medikamenten oder Drogen Auto fährt. Ebenso, wenn man Morphin/Heroin, Kokain, Amphetamin, Ecstasy oder

Cannabis ohne ärztliches Rezept konsumiert hat oder aber Alkohol, spätestens wenn man 0,5 Promille erreicht hat.

Wer indes abhängig von Alkohol, psychisch aktiven Medikamenten oder Drogen ist, wird von der Fahrerlaubnisbehörde (zu Recht) als nicht fahrgerecht eingeschätzt. Dasselbe gilt für den Missbrauch all dieser Substanzen, wobei für Cannabis bei Trennung von Konsum und Fahren, fehlendem Beikonsum, keiner Störung der Persönlichkeit und keinem Kontrollverlust Ausnahmen möglich sind.

Von den ärztlich verschriebenen Medikamenten sind hauptsächlich Psychopharmaka problematisch, so zum Beispiel Neuroleptika, Antidepressiva, Hypnotika/Sedativa vor allem solche mit langer Halbwertszeit, Opiate, Cannabinoide, aber auch Antihistaminika der ersten Generation, Antihypertensiva und Augentropfen. Dies gilt insbesondere zu Beginn der Therapie. Besonders problematisch ist naturgemäß die gleichzeitige Einnahme verschiedener Substanzen, möglicherweise bei verschiedenen Ärzten, und erst recht die Kombination mit Alkohol.

Schließlich ist, gerade mit zunehmender Anzahl älterer Patienten, auch zu berücksichtigen, dass mancher Autofahrer durch die zugrundeliegende Erkrankung fahrungeeignet sein kann und das Problem weniger in der Medikation als im Krankheitsbild liegt. Möglicherweise versetzen sogar erst die Medikamente den Patienten in die Lage, sicher Auto zu fahren. Dies liegt bei einer Medikation, die hypoglykämische Zustände verhindert oder epileptische Anfälle unterdrückt, auf der Hand, kann jedoch auch beispielsweise für Schmerzpatienten, welche Opiate einnehmen, gelten.

Weder Arzt noch Patient sind zu beneiden, wenn eine Abwägung zwischen allgemeiner Verkehrssicherheit auf der einen Seite und der persönlichen Sicherheit und Mobilität auf der anderen Seite erfolgen muss. Gerade mit zunehmendem Alter und mit zuneh-

mender Morbidität hat Mobilität einen hohen Stellenwert. Bei der Beurteilung kommt es tatsächlich auf den einzelnen Patienten an, und eine individuelle Lösung ist anzustreben.

Beim Alkohol, zumindest wenn kein Missbrauch und keine Abhängigkeit vorliegen, ist es deutlich einfacher: bei geringstem Zweifel an der Fahrsicherheit das Auto stehen lassen! Ein Taxi ist allemal preisgünstiger und angenehmer als ein Verkehrsunfall mit all seinen finanziellen Folgen und dem menschlichen Leid, das für den Fahrer und unbeteiligte Personen entstehen kann. Von langwierigen juristischen Verfahren (strafrechtlich, zivilrechtlich, verkehrsrechtlich) ganz abgesehen!



Foto: Engelmohr

Autor

Univ.-Prof. Dr. Thomas Riepert
Institut für Rechtsmedizin der
Universitätsmedizin Mainz

Verkehrsmedizinische Begutachtung bei psychiatrischen Erkrankungen

Ein Fahreignungsgutachten ist die Grundlage für die Entscheidung einer Behörde oder eines Gerichts über Erteilung/Entzug der Fahrerlaubnis. Die Begutachtung der Fahreignung erfolgt in der Regel anlassbezogen, wenn Zweifel an der Fahreignung aufgetreten sind. Wenn sich Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die Fahreignung durch eine psychische Störung beeinträchtigt ist, ist für deren Prüfung die Begutachtung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erforderlich. Bei der Fahreignungsbegutachtung hat dieser sich an den „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung“ (Bundesanstalt für Straßenwesen. Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung, Stand 01.06.2022; <https://bast.opus.hbz-nrw.de/frontdoor/index/index/docId/2664>) zu orientieren.

Allgemeine Begutachtungsaspekte

Bei der individuellen Beurteilung mit Abwägung sind einerseits Bedürfnisse des Einzelnen zur Teilnahme am Straßenverkehr und Interessen der Allgemeinheit an der Sicherheit andererseits zu berücksichtigen. Fahreignung ist nur dann nicht gegeben, wenn aufgrund des körperlich-geistigen (psychischen) Zustandes eine Verkehrsgefährdung zu erwarten ist, das heißt, wenn die „durch Tatsachen begründete nahe Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Schädigungsereignisses“ gegeben ist. Bei körperlichen und geistigen Mängeln kann eine bedingte Fahreignung vorliegen, wenn diese Mängel kompensiert werden können. Eine solche Kompensation kann entstehen durch:

- geeignete therapeutische Intervention
- technische Maßnahmen
- Tageszeitbeschränkungen
- Umkreisbeschränkungen
- regelmäßige Nachuntersuchungen
- Persönlichkeit des Verkehrsteilnehmers.

Eine adäquate Krankheits- und Behandlungseinsicht, Kenntnis der Erkrankung, Erkennung eines (möglichen) Rückfalls, Zuverlässigkeit bezüglich der Behandlung, sicherheits- und verantwortungsbewusste Grundeinstellungen gehören zu den Voraussetzungen des sicheren Führens eines Kraftfahrzeugs im Falle einer gesundheitlichen Beeinträchtigung. Insbesondere können eingeschränkte Kritikfähigkeit und Zuverlässigkeit in Bezug auf die eigene Erkrankung und deren Behandlung sowie der Nicht-Einhaltung bestimmter Auflagen und Beschränkungen weitreichende Konsequenzen hinsichtlich der Fahreignung haben.

Konkretisierung des Gefährdungssachverhaltes

Neben der von der Feststellung einer psychischen Störung unabhängigen Einschätzung der allgemeinen psychischen Leistungsfähigkeit mittels objektiven psychologischen Testverfahren ist mit einer fachpsychiatrischen Untersuchung die diagnosespezifische Psychopathologie hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit zu erfassen und zu beschreiben.

Eine konkrete Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, so dass Anforderungen beim Führen eines Kraftfahrzeuges (stabiles Leistungsniveau und auch Beherrschung von Belastungssituationen) nicht mehr bewältigt werden können, eine Gefahr des plötzlichen Versagens der Leistungsfähigkeit in einem absehbaren Zeitraum oder aber ein nicht gewährleistetes regelkonformes und sicherheitsgerechtes Verhalten aufgrund sicherheitswidriger Einstellungen, mangelnder Einsicht oder Persönlichkeitsmängeln sollten vom Sachverständigen klar umschrieben werden. Zudem muss gegebenenfalls auch zu möglichen Einflüssen einer psychopharmakologischen Medikation Stellung genommen werden. Eine solche kann einerseits notwendige Voraussetzung zur Wiederherstellung der Fahrtüchtigkeit sein, andererseits können Psychopharmaka selbst auch die psychische Leistungsfähigkeit einschränken, insbesondere zu Beginn einer pharmakologischen Behandlung oder bei einer Dosisänderung.

Psychiatrische Störungsbilder in den Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung

Im Wesentlichen kommt es nach der bislang noch gültigen ICD-10 auf die Störungsbilder aus den Gruppen F0 – F3 an, da diese mit solchen gravierenden Einschränkungen einhergehen können, dass die Fahreignung nicht mehr gegeben sein kann:

- F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 Affektive Störungen.



Foto: Adobe Stock/Smileus

Bei akuten organisch-psychischen Störungen (F0) wie Delir, amnestisches Syndrom, Dämmerzustand oder organische Psychose ist die Fahreignung nicht gegeben. Nach Abklingen der akuten Symptomatik könnte die Fahreignung, abhängig von Art und Prognose der Grunderkrankung wiederhergestellt sein, zum Beispiel bei einem einmaligen schädigenden Ereignis und fehlenden wesentlichen Restsymptomen. Bei Gefahr der Wiedererkrankung oder unklarer Ursache kommt eine Wiedererlangung der Fahreignung nur nach angemessenem Beobachtungszeitraum mit regelmäßigen Folgeuntersuchungen in Frage.

Etwas anders sieht es bei Demenzen und organischen Persönlichkeitsveränderungen aus, da diese Störungsbilder in der Regel mit progredienten Beeinträchtigungen der situativen und räumlichen Wahrnehmung, kognitiven Funktionen und Impulskontrolle einhergehen. Personen, die an mittleren und schweren Demenzen leiden, verfehlen stets die Eignungsvoraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen aller Klassen. Im Falle einer fraglichen, subklinischen oder subdiagnostischen Demenz und auch in Fällen von leichten kognitiven Störungen im Alter empfiehlt sich eine neuropsychologische Testung.

Bei psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) handelt es sich um Konsumstörungen in Bezug auf Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa und Hypnotika, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene, Lösungsmittel sowie den multiplen Konsum psychotroper Substanzen. Je nach Substanz kann es zu unterschiedlich stark ausgeprägten Abhängigkeiten mit Verlust der Kontrolle

über den Substanzkonsum, zur Toleranzentwicklung, zu Entzugerscheinungen, sozialen und gesundheitlichen Folgeschäden und nach Abstinenz zu Rückfällen bzgl. des Suchtmittelkonsums kommen. Neben den krankheitsassoziierten Faktoren wie Verlauf, Behandelbarkeit und Schwere der Erkrankung, Komorbidität, dem Alter und dem Geschlecht greift man bei der Bewertung der Fahreignung auch auf das Kriterium früherer Verkehrsauffälligkeiten, insbesondere von Fahrten unter Substanzeinfluss zurück. Auf dem Boden dieser Kriterien kann der Gutachter studienbasierte Basisraten für Rückfälligkeit zusammenstellen, die das Risiko in Form von Wahrscheinlichkeitswerten ausdrücken. Hinzuweisen ist hier darauf, dass dem Gutachter meist eine beschränkte Perspektive der psychopathologischen Situation angeboten wird.

Die unter F2 nach ICD-10 zusammengefassten Diagnosen umfassen die Schizophrenie und andere psychotische Störungen. Während einer akuten psychotischen Phase besteht keine Fahreignung, denn die Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit durch floride psychotische Symptome ist in der Regel so stark, dass die Anforderungen beim Führen eines Kraftfahrzeuges nicht mehr bewältigt werden können. Abgesehen von der Beeinträchtigung des Realitätsurteils und damit auch der Einschätzung der Verkehrssituationen, findet man in den meisten Fällen auch eine erhebliche Verminderung der allgemeinen Leistungsfähigkeit und Ausdauer durch Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, die auch nach der Remission der floriden Symptome bestehen können.

→

Bei den affektiven Störungen (F3) geht es um phasenhaft verlaufende manische oder bipolare und (rezidivierende) depressive Erkrankungen, ferner um anhaltende und sonstige affektive Störungen (Dysthymie oder Zylothymie). Bei der Fahreignungsbegutachtung sind der Schweregrad bzw. das Ausmaß der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen zu beurteilen. In einer akuten manischen Phase oder während einer schweren depressiven Episode (insbesondere mit suizidalem Syndrom) ist die Fahreignung regelmäßig nicht gegeben.

Andere Störungsbilder

Menschen mit erheblichen Einschränkungen der Intelligenzfunktion können den Anforderungen des modernen Straßenverkehrs kaum gerecht werden. Allerdings sind keine empirischen Daten verfügbar, die das Risiko, das der in Rede stehende Personenkreis verursacht, näher spezifizieren könnten. Zusätzlich spielen für die tatsächlichen Risiken neben den intellektuellen Defiziten im engeren Sinne noch weitere Aspekte eine Rolle, zum Beispiel die Fähigkeit, Alltagsaufgaben zu regeln, weitgehend autonom Entscheidungen zu treffen und persönliche Prioritäten zu setzen. Auch können Sozialverhaltensstörungen bei heiteren, umtriebigen und distanzlosen Patienten dazu führen, dass diese ihre Fähigkeiten störungsbedingt nicht kritisch einschätzen können.

Bei sogenannten Entwicklungsstörungen kommt es umgekehrt nicht nur auf die Auswirkungen von der Beeinträchtigung in der sozialen Kommunikation und Verhaltensstörungen an, sondern auch auf neuropsychologische Aspekte. Die Fahreignung ist also abhängig von Art und Ausmaß der Störung zu beurteilen. Beispielsweise führt eine Autismus-

spektrumstörung nicht zwangsläufig zu einem Ausschluss der Fahreignung. Mehrere Studien belegen außerdem, dass vor allem auch junge Erwachsene mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nicht nur häufig durch Geschwindigkeitsüberschreitungen auffallen, sondern diese auch vermehrt Verkehrsunfälle verschulden. Dabei ergab sich, dass die Verkehrsproblematik nicht durch komorbide Leiden wie Störungen des Sozialverhaltens, Depression, Angst oder Substanzmissbrauch, sondern durch die ADHS selbst verursacht wird. Es wird zunehmend die Meinung vertreten, dass die Störungen der exekutiven Funktionen, die sich auf verschiedenen Ebenen bei ADHS-Betroffenen nachweisen lassen, mit den operationalen, taktischen und strategischen Anforderungen im Straßenverkehr interferieren. Durch eine adäquate Behandlung kann das Risiko für Verkehrsunfälle jedoch nachweislich gesenkt werden.

Gerade unter jungen Kraftfahrern scheint zudem das Vorkommen von verkehrsrechtlichen Übertretungen und Unfallereignissen in Zusammenhang mit dissozialen Persönlichkeitseigenschaften zu stehen, insbesondere bei Komorbidität mit Sucht. Neben der dissozialen Persönlichkeitsstörungen, die in ihrem Verhalten im Straßenverkehr und bei der allgemeinen Lebensführung konstant verantwortungslos handeln, ihre eigenen Interessen rücksichtslos (narzisstisch) ausleben oder nicht vor Anwendung von Gewalt zurückschrecken, werden unter aggressiven Kraftfahrern auch vermehrt emotional-instabile (sowohl vom impulsiven Typ als auch vom Borderline-Typ) Persönlichkeitsstörungen beschrieben.

Literatur bei den Autoren

Foto: privat



*Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Retz
Leitung Forensische Psychiatrie und
Psychotherapie der Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie der
Universitätsmedizin Mainz*

Foto: privat



*Dr. Sergiy Davydenko
Funktionsoberarzt, stellvertretender
klinischer Leiter der Abteilung Forensische
Psychiatrie und Psychotherapie der
Universitätsmedizin Mainz*