



Anhang 4 Empfehlungen zur Tauglichkeitsbeurteilung bei verkehrsmedizinisch relevanten Krankheitsbildern

Inhaltsverzeichnis:

Teil 1:	Diabetes Mellitus	2
Teil 2:	Herz-Kreislauf - Erkrankungen	5
Teil 3:	Neurologische Erkrankungen	18
Teil 4:	Psychiatrische Erkrankungen	24
Teil 5:	Suchtkrankheiten	28
Teil 6:	Medikamente	33
Teil 7:	Erkrankungen des Verdauungssystems	40
Teil 8:	Verhalten bei Blutspenden	41
Teil 9:	Onkologische Erkrankungen	42
Teil 10:	Erkrankungen der Atemwege	50

Die Version 1.2 ersetzt die Version 1.1 vom 01. August 2012

Teil 1 Diabetes Mellitus

Erstuntersuchung

Anforderungsstufen 1, 2 und 3

Untauglich

Periodische sowie ausserordentliche Untersuchung

Die untenstehenden Empfehlungen gelten als Entscheidungshilfe:

Allgemeine Bemerkungen:

Regelmässige ärztliche Kontrollen haben sich nicht nur auf die Diabetes-Einstellung zu beziehen, sondern dienen vielmehr auch der rechtzeitigen Erfassung von Komplikationen.

Einstellung des Diabetes:

Der HbA1C-Wert ist ideal $<6,5$. Bei Werten $> 7,5$ geht man von einer schlechten Blutzuckereinstellung aus.

Ärztliche Kontrollen:

4x im Jahr sollte eine Kontrolle von Körpergewicht, Blutzucker nüchtern und postprandial sowie HbA1C durch den behandelnden Arzt durchgeführt werden, mit eingeschlossen ein Mikroalbuminurie-Screening.

Es sollte spezifisch nach Hypoglykämien gefragt werden. Im Weiteren ist die Selbstkontrolle zu überprüfen. Zusätzliche Untersuchungen sind die Fussinspektion und die Kontrolle der Fusspulse.

1x im Jahr sind zusätzlich zu den oben erwähnten folgende Untersuchungen durchzuführen: Serum-Kreatinin, Serum-Cholesterin, Nüchtern-Triglyceride, ausführlicher Gefässstatus, EKG, Suche nach der peripheren und autonomen Neuropathie. Je nach Indikation sind weitere Zusatzuntersuchungen durchzuführen (ausführliche Augenuntersuchung durch den Augenarzt, Doppleruntersuchung der Gefässe, Nervenleitgeschwindigkeit).

Anforderungsstufe 1 :

Jede Person mit einem neu diagnostizierten oder entgleisten Diabetes mellitus muss von der Tätigkeit entbunden werden, bis die Therapie ausreichend stabilisiert ist.

Das Risiko einer plötzlichen Hypoglykämie ist die Hauptgefahr für die Verkehrssicherheit. Die Tauglichkeit von der jeweiligen Person hängt ab von der Art der Therapie, der Kontrollierbarkeit der Erkrankung sowie von der Ausbildung und der Verlässlichkeit der Person selbst.

Therapie mit Diät:

Bedingt tauglich

Bei Personen, welche mittels Diabetesdiät gut eingestellt sind und die keine bedeutsamen Komplikationen aufweisen, ist die Fahrtauglichkeit gegeben unter der Voraussetzung von regelmässigen (mindestens jährlichen) Kontrollen.

Therapie mit oralen Antidiabetika:

a) Biguanide (Metformin), Glitazone, Acarbose, Inkretin-Mimetika und DPP-4-Inhibitoren:

Bedingt tauglich

Bei einer Monotherapie mit Metformin, Pioglitazon/Rosiglitazon oder Acarbose sowie bei der Behandlung mit Metformin *und* Acarbose bzw. Glitazonen ist das Auftreten einer Hypoglykämie unwahrscheinlich. Dies gilt ebenso für Inkretin-Mimetika und DPP-4-Inhibitoren. Bei guter Einstellung des Diabetes mellitus und guter Compliance des Patienten kann die Fahrtauglichkeit weiter gegeben sein. Dabei muss die Therapie vor Arbeitsaufnahme eingeleitet werden und der Patient muss die Wirkung und Nebenwirkungen des Medikamentes gut kennen. Erst wenn der Blutzucker stabil eingestellt ist, ist die Fahrtauglichkeit wieder gegeben, unter der Voraussetzung von regelmässigen (mindestens jährlichen) Kontrollen.

b) Sulfonylharnstoffe, Glinide :

Bedingt tauglich

Es besteht ein Risiko für eine Hypoglykämieereaktion insbesondere bei Älteren oder eingeschränkter Nierenfunktion. Zur Bescheinigung einer bedingten Fahrtauglichkeit müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Gute Einstellung der Therapie.
- Keine Folgeschäden.
- Gut informierte Person, welche das Risiko einer Hypoglykämie und deren Vermeidung durch eine adäquate Behandlung kennt.
- Keine Hinweise für Hypoglykämien in der Vergangenheit unter der laufenden Therapie.
- Regelmässige Blutzucker- oder Urinkontrollen durch den Patienten. Diese müssen dokumentiert werden.
- Regelmässige ärztliche Betreuung. In Zweifelsfällen sollte der Diabetologe für den Tauglichkeitsentscheid mit einbezogen werden.
- Untersuchung der Fahrtauglichkeit mindestens in 1-jährlichen Abständen, abhängig von der Stabilität der Krankheit.

Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen (z.B. Retinopathie, Nephropathie, cerebrale Angiopathie, periphere Neuropathie):

Untauglich

Therapie mit Insulin:

Untauglich

Anforderungsstufen 2 und 3:

Grundsätzlich gelten die gleichen Empfehlungen wie bei Anforderungsstufe 1.

Therapie mit Insulin:

Grundsätzlich besteht eine Untauglichkeit gemäss Richtlinie.

Bei sehr guter Einstellung des Patienten und guter Krankheitseinsicht sowie Compliance kann eine Tauglichkeit in Ausnahmefällen in Betracht gezogen werden. Zur Entscheidung sollte bei Anforderungsstufe 2 der Facharzt für Diabetologie beigezogen werden. Zusätzlich sind mindestens alle 6 Monate regelmässige Kontrollen durchzuführen.

Teil 2 Herz-Kreislauf – Krankheiten

A) Koronare Herzkrankheiten

Eine koronare Herzkrankheit liegt in folgenden Fällen vor:

- Anamnestische Angina pectoris;
- Status nach Myokardinfarkt;
- Status nach Koronardilatation (PTCA) und Stenting;
- Status nach Myokardrevaskularisierung;
- andere, seltene Formen.

Anforderungsstufe 1:

Erstuntersuchung:

Untauglich

Bewerber oder Bewerberinnen mit koronarer Herzkrankheit (s. unten) erfüllen die Voraussetzungen zum sicheren Führen eines Triebfahrzeuges in der Regel nicht. Gibt es beim gesunden Bewerber oder Bewerberinnen anamnestische Hinweise für eine durchgemachte kardiologische Erkrankung so müssen zwingend die medizinischen Akten beschafft werden, die Auskunft geben über die Diagnose, durchgeführte Therapie und Prognose. Bei Hinweisen auf ein mögliches Wiederauftreten, eine Progredienz des Leidens oder bei Gefahr eines plötzlichen Zusammenbruchs der Leistungsfähigkeit ist die Tauglichkeit nicht gegeben. Im Zweifelsfall ist eine kardiologische Abklärung zu veranlassen.

Periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung:

Untauglich

Bei einer koronaren Herzkrankheit sind Triebfahrzeugführende der Anforderungsstufe 1 als untauglich einzustufen. An eine allfällige Arbeitswiederaufnahme zum Führen von Triebfahrzeugen ist frühestens 3 Monate nach Ereignis (Myokardinfarkt, PTCA, CABG, manifeste Angina pectoris) zu denken. Nach einem zweiten Herzinfarkt ist die Voraussetzung zum direkten Führen von Triebfahrzeugen in der Regel nicht mehr gegeben.

Voraussetzungen für eine bedingte Tauglichkeit und somit Wiederaufnahme der Tätigkeit zum Führen von Triebfahrzeugen der Anforderungsstufe 1:

a) Subjektive Tauglichkeitskriterien:

Der Patient muss

- frei von Beschwerden sein,
- frei von Symptomen wie Depressionen oder Angst sein,
- über ein günstiges soziales und familiäres Umfeld verfügen
- sich der Belastung am Arbeitsplatz gewachsen fühlen.

b) Objektive Tauglichkeitskriterien:

▪ **Anamnese:**

- Keine medikamentöse Herzbehandlung ausser: Betablocker, Calciumantagonisten, Nitraten, Angiotensin-II-Antagonisten, ACE-Hemmer und/oder Thrombocytenaggregationshemmer.
- Antikoagulation mit Marcoumar oder Sintrom ausnahmsweise möglich, wenn Antikoagulation stabil (mindestens 75% aller Werte im Zielbereich) und wenn keine unbehandelte Hypertonie besteht.
- Keine Häufung von relevanten Herz-Kreislauftrisiken: Starkes Rauchen, ausgeprägtes Übergewicht (BMI>35), Bewegungsmangel, nicht oder unbefriedigt eingestellte Hypertonie (mit oder ohne Behandlung), hohe Blutfettwerte, Diabetes.

▪ **Klinische Untersuchung:**

- Normaler Herz-Kreislaufbefund

▪ **Röntgen Thorax:**

- Normaler Befund (ausser nicht-relevante Veränderungen)

▪ **Ruhe EKG:**

- Keine relevante Störungen der Reizleitung, Reizausbreitung und Repolarisation
- Keine komplexe Arrhythmien

▪ **Ergometrie:**

- Womöglich Ramp-Protokoll (präzisere Messung und Vergleichbarkeit der Leistung)
- Leistungsfähigkeit mindestens 8 MET (1 MET (metabolisches Aequivalent) entspricht einem Sauerstoffverbrauch von 3.5 ml/Kg/min.)
- Belastungsdauer mind. 8 Min. (davon 2 Min. 8 MET oder mehr)
- Keine typischen pektanginösen Beschwerden
- Keine ST-Senkung von > 0.1 mV
- Keine komplexe Arrhythmien
- Supraventrikulär: Cave Tachykardien, inklusive Vorhofflimmern und Vorhofflattern, auch wenn nicht symptomatisch (im Zweifelsfall kardiologische Abklärung)

- Ventrikulär: Cave anhaltende Kammertachykardien > 30 sec.
- Keine Störungen der Reizleitung oder Reizausbreitung unter Belastung
- Normales Blutdruckverhalten (Anstieg systolisch um > 30 mmHg, kein Abfall um > 20 mmHg unter Belastung, maximal systolisch 240 mmHg, Normalisierung innerhalb von 5 Min. nach Belastung)

▪ **Holter EKG:**

- Keine repetitive supraventrikuläre oder ventrikuläre Arrhythmien
- Keine höhergradige Blockierungen (AV-Block 2 Typ Mobitz, paroxysmaler totaler AV-Block, permanenter totaler AV-Block)
- Keine Pausen > 3 Sec. im Wachzustand
- Keine Zeichen der stummen Ischämie

Die oben genannten Untersuchungen sind **obligat** und dienen als Grundlage für den Tauglichkeitsentscheid. Sofern allerdings im Verlauf der Abklärung ein Befund festgestellt wird, der die Fahrtauglichkeit ausschliesst, soll auf weitere Untersuchungen verzichtet werden.

Wenn die linksventrikuläre Auswurfaktion (LVEF) seit dem Ereignis durch den behandelnden Arzt nicht bereits bestimmt worden ist (echokardiographisch, szintigraphisch oder koronarangiographisch) oder wenn Hinweise darauf bestehen, dass sie sich seither signifikant verändert hat, **muss die Echokardiographie als zusätzliche obligate Untersuchung durchgeführt werden.**

▪ **Echokardiographie:**

- Keine Vergrößerung des linken Vorhofs > 2.4 cm/m² oder > 4.5 cm
- Keine Vergrößerung des linken Ventrikels enddiastolisch > 3.4 cm/m² oder > 6 cm
- Keine signifikante Vergrößerung des rechten Vorhofs und des rechten Ventrikels
- Kein hämodynamisch signifikantes Klappenvitium, keine pulmonal-arterielle Hypertonie (Gradient zwischen rechtem Ventrikel und rechtem Vorhof > 30 mmHg)
- Keine Linkshypertrophie (LV-Muskelmasse > 150 g/ m² für Männer, bzw. 110 g/ m² für Frauen, Formel Penn-Convention)
- Keine Auswurfaktion < 40 %
- Kein Kammeraneurisma, kein intrakavitärer Thrombus

Nachkontrollen:

Werden die objektiven und subjektiven Tauglichkeitskriterien erfüllt, so kann eine bedingte Tauglichkeit ausgesprochen werden. Bedingung ist, dass Triebfahrzeugführende sich regelmässigen Nachkontrollen im Abstand von 3 bis höchstens 6 Monaten (abhängig vom individuellen Befund) sowie einer Rückfallprophylaxe unterziehen: Regelmässige körperliche Aktivität, Reduktion oder Aufgabe eines allfälligen Nikotinkonsums, medikamentöse Behandlung bei Hyper- bzw. Dyslipidämie und/oder bei leichten, gut eingestellten Fällen von Diabetes mellitus Typ II.

Art und Frequenz der Nachkontrollen:

a) Beim Hausarzt / nachbehandelnden Arzt:

Vierteljährlich oder beim Auftreten verdächtiger Symptome

Inhalt: - gezielte Anamnese auf kardiale Symptomatik, Kontrolle des Medikamentenverbrauchs (spez. Nitrate), Untersuchung der Kreislauforgane, EKG (sofern als notwendig erachtet)

b) Beim zuständigen Vertrauensarzt und bei einem Kardiologen:

Jährlich

Inhalt:

- Anamnese
- Klinische Untersuchung
- Ruhe-EKG
- Ergometrie
- Radiologische Herz-Lungenuntersuchung bei entsprechender Indikation
- Holter-EKG, bei entsprechender Indikation
- Echokardiogramm, bei entsprechender Indikation

Sofern im Verlauf der Nachkontrolle zusätzliche kardiologische Untersuchungen durchgeführt worden sind, so sind sie folgendermassen zu bewerten:

Koronarangiographie

Folgende Befunde führen zu Untauglichkeit für das Führen von Triebfahrzeugen:

- Hauptstammstenose
- Proximale Stenose von > 50 % in einem Hauptgefäss
- signifikante Stenose in 3 oder mehr Nebengefässen und Auswurffraktion von < 50%

Nuklearmedizinische Untersuchung

Radionuklidventrikulographie oder Perfusionsszintigraphie unter Belastung:

- keine neu auftretende regionale Bewegungsstörungen unter Belastung
- keine Verschlechterung der Auswurffraktion unter Belastung
- für Perfusionsszintigraphie: keine unter Belastung auftretenden Perfusionsausfälle

Alternativ: Stress-Echokardiographie (in geübten Händen der Szintigraphie ebenbürtig).
Tauglichkeit gegeben, wenn unter Belastung keine signifikante regionale oder globale Bewegungsstörungen auftreten.

Anforderungsstufen 2 und 3:

Erstuntersuchung:

Untauglich

Personen mit manifester koronarer Herzkrankheit, die sich für die sicherheitsrelevanten Tätigkeiten bewerben, sind a priori untauglich. Zu berücksichtigen ist insbesondere, dass die Tätigkeit im Bahnbereich verschiedene, für das Herz-Kreislaufsystem ungünstige Belastungsfaktoren aufweist, die zu einer Verschlimmerung der Krankheit führen können: Unregelmässige Arbeitszeiten, Nachtarbeit, psychomentele Belastung durch Kundenkontakt, Hektik durch rigide zeitliche Vorgaben, hohe körperliche Belastung im Rangierdienst, ungünstige klimatische Bedingungen, häufiger abrupter Wechsel zwischen Wärme und Kälte. Zudem sind auch Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen.

Besteht lediglich Verdacht auf KHK, dann steht es dem Bewerber frei, sich kardiologisch abklären zu lassen (auf Kosten der Krankenversicherung) und sich bei negativem Befund wieder zu bewerben.

Periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung:

Untauglich

Leidet eine Person der Anforderungsstufen 2 und 3 unter einer koronaren Herzkrankheit, so ist sie als untauglich einzustufen. An eine allfällige Arbeitswiederaufnahme in einer sicherheitsrelevanten Tätigkeit ist frühestens 3 Monate nach Ereignis (Myokardinfarkt, PTCA, CABG, manifeste Angina pectoris) zu denken, sofern keine wesentliche Einschränkung der Leistungs- und Regulationsfähigkeit besteht und die Gefahr einer akuten Verschlimmerung als minimal eingestuft werden kann.

Bedingung für eine Arbeitswiederaufnahme ist eine entsprechende kardiologische Beurteilung, die auch zur Häufigkeit von Nachkontrollen beim (nach-) behandelnden Arzt Stellung nehmen sollte. Eine Tauglichkeit kann nur unter der Bedingung ausgesprochen werden, dass sich der Betroffene jährlichen Nachkontrollen beim zuständigen Vertrauensarzt unterzieht, wobei insbesondere die Herz- Kreislaufsituation zu beurteilen ist.

B) Hypertonie

Anforderungsstufe 1

Erstuntersuchung:

Bedingt tauglich

Wenn ein Bewerber trotz adäquater medikamentöser Behandlung Blutdruckwerte von über 160/95 mm Hg aufweist, so ist die Tauglichkeit für die Anforderungsstufe 1 nicht gegeben, da sich bei solchen Blutdruckwerten erfahrungsgemäss Blutungszwischenfälle, Kreislaufversagen und Netzhautschäden häufen. Wird erstmals eine Hypertonie von > 160/95 mm Hg festgestellt, so ist eine provisorische Untauglichkeit auszusprechen. Eine erneute Tauglichkeitsbeurteilung kann erfolgen, wenn eine antihypertensive Therapie erfolgreich eingeleitet wurde.

Periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung:

Bedingt tauglich

Der Blutdruck muss bei Lokführern periodisch gemessen werden. Um verlässliche Werte zu erhalten muss der Mittelwert von mindestens 3 Messungen zu verschiedenen Zeiten bestimmt werden, um von arterieller Hypertonie sprechen zu können.

Alle Werte über 160/95 benötigen weitere Abklärungen. Sekundäre Organschäden (deutliche linksventrikuläre Hypertrophie, Zeichen einer gestörten Nierenfunktion, starke Augenhintergrundveränderungen (Blutungen und Exsudate)) sind Ausschlusskriterien zum Führen von Triebfahrzeugen. Triebfahrzeugführende mit einem ständig über 160/95 mm Hg liegenden Blutdruck können nur dann als tauglich erklärt werden, wenn keine sekundäre Organschäden vorliegen. Bei solchen Personen kann nur eine bedingte Tauglichkeit ausgesprochen werden (vertrauensärztliche Nachkontrolle bereits nach 1 Jahr).

Anforderungsstufen 2 und 3:

Erstuntersuchung:

Bedingt tauglich

Wenn ein Bewerber trotz adäquater medikamentöser Behandlung Blutdruckwerte von über 160/95 mm Hg aufweist, so ist die Tauglichkeit für Anforderungsstufe 2 und 3 nicht gegeben. Wird erstmals eine Hypertonie von > 160/95 mm Hg festgestellt, so ist eine provisorische Untauglichkeit auszusprechen. Eine erneute Tauglichkeitsbeurteilung kann erfolgen, wenn eine antihypertensive Therapie erfolgreich eingeleitet wurde.

Periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung:

Bedingt tauglich

Der Blutdruck muss beim Personal mit sicherheitsrelevanten Tätigkeiten (Anforderungsstufen 2 und 3) anlässlich einer periodischen Untersuchung gemessen werden. Alle Werte über 160/95 benötigen weitere Abklärungen. Bei sekundären Organschäden (deutliche linksventrikuläre Hypertrophie, Zeichen einer gestörten Nierenfunktion, starke Augenhintergrundveränderungen (Blutungen und Exsudate)) ist in der Regel die Tauglichkeit nicht gegeben. In Ausnahmefällen kann allenfalls eine bedingte Tauglichkeit ausgesprochen

werden, falls eine entsprechende fachärztliche Beurteilung vorliegt und eine jährliche Nachkontrolle erfolgt.

C) Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)

Anforderungsstufe 1:

Erstuntersuchung:

Untauglich

Eine PAVK wird heute nicht mehr als isolierte Erkrankung eines oder mehrerer Gefässe aufgefasst, sondern ist ein anerkannter Risikofaktor für atheromatöse Veränderungen in allen anderen Gefässbezirken- Die Gefahr ist gross, dass zum Beispiel die Koronarien oder die Hirnarterien betroffen sind. Ein Bewerber mit symptomatischer PAVK ist daher als untauglich einzustufen. Eine Ausnahme kann gemacht werden, falls mit entsprechenden angiologischen und kardiologischen Untersuchungen zweifelsfrei eine weitergehende Gefässbeteiligung ausgeschlossen werden kann.

Periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung:

Bedingt tauglich

Bestehen keine Hinweise auf Beteiligung der Herzkranzgefässe oder der Hirngefässe, kann eine bedingte Tauglichkeit (jährliche vertrauensärztliche Nachkontrollen) ausgesprochen werden. Hierzu ist eine kardiologische Beurteilung sowie eine Doppler-Ultraschall-Untersuchung zur Abklärung der Carotis - Strombahn zu veranlassen. Voraussetzung für eine Tauglichkeitserklärung ist zudem, dass die PAVK stabil ist und sie unter der üblichen beruflichen Belastung keine relevanten Beschwerden erzeugt. Im Falle einer Beteiligung der thorakalen oder abdominalen Aorta sind jährliche Ultraschallkontrollen erforderlich. Liegt ein Aneurisma von klinischer Relevanz vor ist der Betreffende untauglich. Nach erfolgter Bypass-Operation oder Gefässwiederherstellung kann der Bewerber, bei offensichtlich vollständiger Rehabilitation und Fehlen sonstiger Untauglichkeitshinweisen, nach erneuter Untersuchung seine Fahrtätigkeit wieder aufnehmen.

Anforderungsstufen 2 und 3:

Erstuntersuchung:

Untauglich

Bei Vorliegen einer PAVK von klinischer Relevanz ist die Gefahr gross, dass weitere arterielle Gefässe wie zum Beispiel die Koronarien oder die Hirnarterien betroffen sind. Ein Bewerber mit PAVK ist daher als untauglich einzustufen. Eine Ausnahme kann gemacht werden, falls mit entsprechenden angiologischen und kardiologischen Untersuchungen zweifelsfrei eine weitergehende Gefässbeteiligung ausgeschlossen werden kann.

Periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung:

Bedingt tauglich

Bei erstmaligem Auftreten sollte eine fachärztliche Abklärung erfolgen. Falls dadurch eine Tauglichkeit bejaht werden kann sind jährliche Nachkontrollen zu veranlassen. Eine Person der Anforderungsstufen 2 und 3 mit PAVK ist in der Regel wegen seines arteriellen Gefässleidens bei den üblichen beruflichen Belastungen so behindert, dass die Tauglichkeit nicht gegeben ist. Ausnahmen sind möglich, falls das Leiden stabil ist und zu keiner Einschränkung der Mobilität führt. In einem solchen Fall ist eine entsprechende fachärztliche Abklärung durchzuführen, die auch der Frage nachgeht, ob und in welchem Ausmass eine Beteiligung der Herzkranzgefässe vorliegt.

D) Herzrhythmusstörungen und EKG-Veränderungen

Anforderungsstufe 1:

Erstuntersuchung, periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung:

Folgende Befunde schliessen eine Tätigkeit als Triebfahrzeugführende der Anforderungsstufe 1 aus:

Anhaltende ventrikuläre Tachykardie (Dauer > 30 sec):

Immer untauglich

Nicht anhaltende ventrikuläre Tachykardie (Dauer < 30 sec):

In der Regel untauglich, in folgenden Fällen bedingt zulässig:

- bei asymptomatischer Tachykardie aus dem rechtsventrikulären Ausflusstrakt, wenn eine eingehende kardiologische Beurteilung keinen Hinweis auf KHK oder auf ein anderes strukturelles Herzleiden ergibt.
- bei Paaren oder sehr kurzen Tachykardien (3 oder höchstens 4 Schläge), wenn eine eingehende kardiologische Beurteilung keinen Hinweis auf KHK oder auf ein anderes strukturelles Herzleiden ergibt

- polymorphe Ventrikuläre Extrasystolie: Wenn nur vereinzelt auftretend (Polymorphie und < 20 VES/Std.) und alle obligaten Untersuchungen negativ ausgefallen sind.

Einfache Ventrikuläre Extrastolie (zu beachten insbesondere: Auftreten in Salven, polytope Extrasystolien, früheinfallende Extrasystolen, Bigeminus, und solche, die unter Belastung auftreten): Solche Extrastolen können nur dann als harmlos bewertet werden, falls die betroffene Person asymptomatisch ist und eine zu Grunde liegende organische Herzerkrankung ausgeschlossen werden kann; hierfür ist eine kardiologische Abklärung notwendig.

Supraventrikuläre Tachykardie:

Untauglich, solange symptomatisch.

Unter gut verträglicher medikamentöser Therapie bzw. nach erfolgreicher Ablationsbehandlung in der Regel wieder bedingt fahrtauglich (jährliche kardiologische Kontrollen), sofern eine entsprechende kardiologische Beurteilung vorliegt.

(Paroxysmales) Vorhofflimmern, -flattern:

Untauglich, solange symptomatisch. Zudem ist zu beachten, dass beim Übergang von Vorhofflimmern in den Sinusrhythmus Präsynkopen auftreten können.

Eine bedingte Tauglichkeit (regelmässige Nachkontrollen) kann nur ausgesprochen werden, wenn die Situation stabil ist und eine entsprechende kardiologische Beurteilung vorliegt. Wenn ein nach menschlichem Ermessen einmaliges Ereignis das Vorhofflimmern bzw. -flattern ausgelöst hat, kann nach einer Rezidiv-freien Zeit von mind. 3 Monaten, bei Vorliegen einer entsprechenden kardiologischen Beurteilung eine bedingte Fahrtauglichkeit in Betracht gezogen werden.

Hochgradige Überleitungsstörungen (- Linksschenkelblock, mit Ausnahme von beschwerdefreien Patienten ohne zu Grunde liegende Herzerkrankung; - AV-Block 2. (Typ Mobitz) und 3. Grades; - auf einer Herzerkrankung beruhender Rechtsschenkelblock). Besonders gefährlich ist die Kombination von Linksschenkelblock und AV-Block 1°, vor allem wenn sich die PQ-Zeit unter Belastung nicht normalisiert oder sogar verlängert.

Eine bedingte Tauglichkeit (regelmässige Nachkontrollen) kann nur bei Vorliegen einer entsprechenden kardiologischen Beurteilung ausgesprochen werden.

Rechtsschenkelblock unter Belastung:

Bedingte Tauglichkeit (jährliche vertrauensärztliche Nachkontrollen) nach Ausschluss einer KHK möglich; im Zweifelsfall kardiologische Beurteilung.

AV-Block 2° Typ Mobitz; AV-Block 3°, persistierend oder paroxysmal.

Bedingte Tauglichkeit (Nachkontrollen!) nach Schrittmachereineinbau und wenn kein zusätzliches kardiales Problem besteht, wobei eine Wartefrist von mindestens 6 Wochen einzuhalten ist.

Pausen > 3 Sekunden im Wachzustand: Rhythmologische Abklärung zwingend; auch bei gehäuften Pausen von 2 –3 Sek. zu empfehlen. *Tauglichkeit* nur bei Vorliegen einer entsprechenden kardiologischen Beurteilung.

WPW-Syndrom: Nach erfolgreicher Ablation des akzessorischen Bündels kann eine *bedingte Tauglichkeit* (Nachkontrollen !) attestiert werden, sofern nicht zusätzliche andere kardiologische Probleme bestehen (eine entsprechende kardiologische Beurteilung muss vorliegen).

Brugada-Syndrom: Bei uns sehr selten. Bei entsprechenden Hinweisen im EKG *provisorisch untauglich*, bis zum Ausschluss der Verdachtsdiagnose. Bei Bestätigung der Verdachtsdiagnose *definitiv untauglich*.

Medikamentöse Behandlung mit Antiarrhythmika:

untauglich bei Therapie mit Antiarrhythmika der Klassen I (Lokalanästhetika) und III (Repolarisationshemmer, z.B. Amiodaron) (Klassifizierung nach Williams). Eine Ausnahme kann allenfalls bei Cordarone gemacht werden, wenn kein strukturelles Herzleiden vorliegt, der Patient die Behandlung problemlos verträgt, wenn keine Hyperthyreose auftritt und wenn in mindestens jährlichen Abständen kardiologisch kontrolliert wird.

Träger von Herzschrittmachern:

Die Schrittmacherabhängigkeit ist definiert als Auftreten von Symptomen oder fehlendes Einsetzen eines adäquaten Ersatzrhythmus nach abrupter Schrittmacherinhibition:

Klasse I	Kein Ersatzrhythmus beim Ausfall des Schrittmachers
Klasse II	Langsamer ventrikulärer Ersatzrhythmus bei totalem AV-Block im Sinusrhythmus oder im Vorhofflimmern
Klasse III	Ersatzrhythmus mit weniger hochgradiger AV-Blockierung, Arrhythmie oder Sinusbradykardie von weniger als 50 Schlägen / min.
Klasse IV	Sinusrhythmus mit einer Frequenz von mehr als 50 als Ersatzrhythmus (= keine Schrittmacherabhängigkeit)

Das Risiko eines Versagens liegt in der Grössenordnung von 0.024 – 1.44 % / Jahr, wobei dieses Risiko in den ersten 6 Monaten nach Implantation am grössten ist.

Das Risiko einer elektromagnetischen Interferenz mit der Schrittmacherfunktion wurde bei der SBB 1984 und 1995 untersucht, ohne irgendwelche Wechselwirkungen nachweisen zu können.

Empfehlung bezüglich *Tauglichkeit*:

Bei Schrittmacherabhängigkeit der Klasse IV bestehen keine Einschränkungen, sofern damit keine fassbare organische Herzkrankheit verbunden ist.

Bei Schrittmacherabhängigkeit III kann bei einwandfreier Funktion und der Absenz einer zu Grunde liegenden organischen Herzkrankheit nach einer Wartefrist von 6 Wochen eine

erneute Tauglichkeit ausgesprochen werden, unter der Bedingung jährlicher Kontrollen der Schrittmacherfunktion, wobei im Zweifelsfall ein Holter-EKG während 24 h verlangt werden muss.

Bei Schrittmacherabhängigkeit der Klassen I und II sind die Voraussetzungen für eine Fahrtauglichkeit in der Regel nicht gegeben.

Beim Auftreten von Symptomen wie Schwindelanfälle, Palpitationen oder anstrengungsabhängigen Brustschmerzen muss sich der Schrittmacherträger arbeitsunfähig melden und eine ärztliche Abklärung veranlassen.

Implantierte Kardioverter sind unvereinbar mit einer Fahrtauglichkeit.

Anforderungsstufen 2 und 3:

Erstuntersuchung, periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung:

Es gelten die gleichen Empfehlungen wie bei Anforderungsstufe 1. Allerdings ist der Entscheidungsspielraum grösser. Die eigene Sicherheit von Personen mit sicherheitsrelevanten Tätigkeiten steht im Vordergrund. Im Zweifelsfall sollte ein Kardiologe beigezogen werden.

E) Herzklappenerkrankungen

Anforderungsstufe 1:

Erstuntersuchung, periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung:

Grundsätzlich müssen alle Herzvitien (angeboren oder erworben) kardiologisch abgeklärt werden. Auch nach operativen Eingriffen im Bereich der Herzklappen bzw. nach Herzklappenersatz muss überprüft werden, ob kein Hinweis auf Herzschäden und/oder Funktionsverlust bestehen.

Aortenstenose (und schwere Pulmonalstenose)

Eine hämodynamisch signifikante Aortenstenose (oder Pulmonalstenose) führt zu *Untauglichkeit* als Triebfahrzeugführer der Anforderungsstufe 1. Bei milden Formen einer Aortenstenose kann eine *bedingte Tauglichkeit* (alljährliche kardiologische Kontrollen) ausgesprochen werden, falls folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Flussgeschwindigkeit an der Aortenklappe < 3.0 m/sec (gilt auch für Pulmonalklappe), wo bei eine begleitende leichte Insuffizienz toleriert werden kann.
- Normale Leistungsfähigkeit (mindestens 8 MET während mind. 2 Min.) bei der Ergometrie (bei Aortenstenose leichten Grades ist diese Untersuchung unproblematisch).

- Keine zusätzliche pathologische Befunde in Ruhe-EKG, Echokardiographie, Ergometrie und klinischer Untersuchung.
- Keine signifikante Linksherzhypertrophie bzw. Dilatation des linken Ventrikels.
- Anamnestisch keine Hinweise auf transiente ischämische Attacken (TIA) bzw. präsynkopale oder synkopale Ereignisse.
- Anamnestisch keine Hinweise auf periphere Embolien.

Aorteninsuffizienz

Eine Aorteninsuffizienz wird lange problemlos toleriert, oft überhört und ist nicht mit einem erhöhten Risiko von Synkopen verbunden. Bei einer leichtgradigen Aorteninsuffizienz kann eine bedingte Tauglichkeit (kardiologische Kontrolle mindestens alle 2 Jahre) ausgesprochen werden, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Keine relevante Aortendilatation im Stammbereich (eine Dilatation der Aorta ascendens auf mehr als 4.5 cm (Norm bis 3.7 cm) erfordert die Beurteilung durch einen Kardiologen und muss nach seinem Ermessen entweder halbjährlich oder jährlich nachkontrolliert werden, sofern nicht die Indikation zum Klappenersatz (bzw. Klappenrekonstruktion) gegeben ist.
- Keine Evidenz für Volumenüberlastung des linken Ventrikels (im Echokardiogramm diastolisch nicht über 7.0 cm, systolisch nicht über 5 cm; die ergometrische Leistungsfähigkeit darf nicht eingeschränkt sein [Anforderung 8 MET während mind. 2 Min.]). Oberhalb dieser Grenzwerte muss jeder Fall individuell beurteilt werden, wobei das Auftreten einer Herzinsuffizienz auch nach erfolgreicher Rekompensation die Fahruntauglichkeit nach sich zieht.

Mitralstenose

Eine diagnostisch gesicherte Mitralstenose (in der Regel rheumatischer Aetiologie, auch ohne entsprechende Anamnese) ist heute ein seltenes Krankheitsbild. Sie führt in der Regel zu Untauglichkeit für Anforderungsstufe 1, da die Gefahr eines plötzlichen Vorhofflimmerns und cerebraler Embolisierung besteht. Überdies kann das plötzliche Einsetzen eines Vorhofflimmerns bei Patienten mit Mitralstenose zu einer Synkope führen.

Eine leichte Mitralstenose kann im Rahmen von Kontroll- oder ausserordentlichen Untersuchungen toleriert werden, sofern die mitrale Klappenöffnungsfläche $> 2.0 \text{ cm}^2$ beträgt.

Mitralinsuffizienz

Eine Mitralinsuffizienz ist heute selten vergesellschaftet mit einer Mitralstenose. Meistens liegt ein Mitralklappenprolaps zu Grunde.

Eine signifikante Mitralsuffizienz führt in der Regel zu Untauglichkeit als Triebfahrzeugführer der Anforderungsstufe 1. Eine bedingte Tauglichkeit (jährliche kardiologische Kontrollen) kann bei Vorliegen einer Mitralsuffizienz ausgesprochen werden, falls folgende Bedingungen erfüllt sind (kardiologische Beurteilung notwendig):

- Normale Ergometrie (mind. 8 MET während 2 Min.)
- Enddiastolischer Durchmesser des linken Ventrikels < 6.5 cm
- Ventrikuläre Auswurfsfraktion > 40 %
- Keine Zeichen einer manifesten koronaren Herzkrankheit
- Kein Vorhofflimmern
- Anamnestisch keine transiente ischämische Attacken (TIA)

Anforderungsstufen 2 und 3:

Erstuntersuchung, periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung:

Es gelten die gleichen Empfehlungen wie bei der Anforderungsstufe 1. Allerdings ist der Entscheidungsspielraum grösser. Die eigene Sicherheit steht im Vordergrund. Im Zweifelsfall sollte ein Kardiologe beigezogen werden.

F Synkopen unklarer Ursache

Einmaliges Ereignis: Ist trotz ausführlicher diagnostischer Abklärung (kardiologisch, neurologisch) keine Ursache feststellbar, so gilt für Anforderungsstufen 1, 2 sowie für Anforderungsstufe 3 nur bei Fahrdienstleitern und Rangierern mit Alleinarbeit:

Befristete Untauglichkeit für 1 Jahr.

Danach hat eine erneute vertrauensärztliche Beurteilung zu erfolgen. Bei Fehlen von Hinweisen auf weitere Ereignisse und der Abwesenheit von Befunden, die für die Tauglichkeit relevant sind, kann eine erneute Tauglichkeit gesprochen werden.

Auftreten eines zweiten Ereignisses:

untauglich (Anforderungsstufen 1,2 und 3 (3 nur bei Alleinarbeit als Fahrdienstleiter oder Rangierer)

Teil 3 Neurologische Erkrankungen

Erstuntersuchung:

Anforderungsstufen 1, 2 und 3:

Besteht eine der nachfolgenden neurologischen Erkrankungen, so muss eine *Untauglichkeit* bescheinigt werden.

- kognitive Einschränkungen und Demenz
- Intellektuelle Leistungsminderung
- Progressive Erkrankung des Nervensystems
- Epilepsie
- Status nach Hirninfarkt oder transitorisch ischämischer Attacke
- Multiple Sklerose
- Parkinson
- Andere Erkrankungen mit zerebraler Dysfunktion
- Schwere Kopfverletzungen oder intrakranielle Operationen (Epilepsierisiko)
- Rückenmarksverletzungen oder Verletzungen peripherer Nerven mit die Tauglichkeit beeinträchtigenden neurologischen Ausfällen

Periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung

Nach der Richtlinie medizinische Tauglichkeitsuntersuchungen führen Anfallsleiden und weitere Erkrankungen oder Schäden des zentralen oder peripheren Nervensystems mit wesentlichen Funktionseinschränkungen und/oder der Gefahr einer akuten Verschlimmerung zu *Untauglichkeit*. Die untenstehenden Empfehlungen gelten als Entscheidungshilfe zur Beurteilung von allfälligen Ausnahmen.

Bei neurologischen Fällen ist in der Regel auch eine **verkehrspsychologische Tauglichkeitsprüfung** zu veranlassen.

A) Epilepsie

A1) Erstmaliger unprovoked oder provoked Anfall

Anforderungsstufe 1:

Untauglich

Personen mit einer sicherheitsrelevanten Tätigkeit der Anforderungsstufe 1 sind nach einem einmaligen Anfall (provoked oder unprovoked, bei unauffälligen neurologischen Befunden) für ihre Tätigkeit untauglich. Ein Neu- oder Wiedermalassung kann erfolgen, wenn sich

während 5 Jahren kein weiterer Anfall ereignete. Voraussetzung für die Wiedezulassung ist das Vorliegen eines neurologischen Gutachtens und eine periodische neurologische Überprüfung (Verlaufszeugnisse).

Anforderungsstufe 2:

Untauglich

Personen mit einer sicherheitsrelevanten Tätigkeit der Anforderungsstufe 2 sind nach einem einmaligen Anfall (provoziert oder unprovoziert, bei unauffälligen neurologischen Befunden) für ihre Tätigkeit untauglich. Ein Neu- oder Wiedezulassung kann erfolgen, wenn sich während 2 Jahren kein weiterer Anfall ereignete. Voraussetzung für die Wiedezulassung ist das Vorliegen eines neurologischen Gutachtens und eine periodische neurologische Überprüfung (Verlaufszeugnisse).

Anforderungsstufe 3:

Untauglich

Personen mit einer sicherheitsrelevanten Tätigkeit der Anforderungsstufe 3 sind nach einem einmaligen Anfall (provoziert oder unprovoziert) für ihre Tätigkeit untauglich. Ein Neu- oder Wiedezulassung kann nach einem einmaligen, unprovozierten Anfall erfolgen, wenn sich während 6 Monaten kein weiterer Anfall ereignete. Nach einem einmaligen, provozierten Anfall (z.B. Schlafmangel, Fieber, prokonvulsive Medikation, oder bei einem posttraumatischen oder postoperativen Frühanfall (innerhalb einer Woche) kann eine Wiedezulassung erfolgen, falls sich während 2 Monaten kein weiterer Anfall zeigte. Voraussetzung für die Wiedezulassung nach einem einmaligen unprovozierten oder provozierten Anfall ist das Vorliegen eines neurologischen Gutachtens und eine periodische neurologische Überprüfung (Verlaufszeugnisse).

A2) Manifeste Epilepsie

Anforderungsstufen 1 und 2:

Untauglich

Personen mit einer sicherheitsrelevanten Tätigkeit der Anforderungsstufen 1 und 2, die eine manifeste Epilepsie entwickeln, sind für ihre Tätigkeit untauglich. Besteht seit über 10 Jahren Anfallsfreiheit und ist die Person seit mindestens 5 Jahren frei von Antiepileptika, ist eine erneute Tauglichkeit gegeben, insofern der zuständige Neurologe ein dem Bevölkerungsdurchschnitt entsprechendes Anfallsrisiko bescheinigt.

Anforderungsstufe 3:

Untauglich

Personen mit einer sicherheitsrelevanten Tätigkeit der Anforderungsstufe 3, die eine manifeste Epilepsie entwickeln, sind für ihre Tätigkeit untauglich. Eine Neu- oder Wiedenzulassung (bedingte Tauglichkeit, mit oder ohne Antiepileptika) kann erfolgen, wenn eine Anfallsfreiheit von mindestens einem Jahr besteht. Voraussetzung für die Wiedenzulassung ist das Vorliegen eines neurologischen Gutachtens und eine periodische neurologische Überprüfung (Verlaufszeugnisse).

B) Kopfverletzungen oder Gehirnoperationen

Leichte Fälle: Leichte Gehirnerschütterung (Bewusstseinsverlust oder Amnesie < 30 Min.)

ohne bleibende Schäden, nach Rekonvaleszenz.

Tauglich

Persistierende Hirnschädigungen oder Krampfanfälle sowie schwerere Fälle

(Bewusstseinsverlust oder Amnesie > 24h, Subduralhämatom, contusio cerebri):

Untauglich

Eine Neu-Evaluation der Tauglichkeit kann auch bei kompletter Restitution von Hirnverletzungen und fehlendem Anfallsleiden bei Personen der **Anforderungsstufe 1** frühestens nach ½ Jahr erfolgen. In der Zwischenzeit dürfen solche Personen keine Fahrtätigkeit ausüben, da trotz kompletter Remission nach Hirnverletzung grundsätzlich eine erhöhte Krampfbereitschaft besteht. Voraussetzung für eine erneute Tauglichkeitsbescheinigung ist eine neurologische Beurteilung.

Bei Personen der **Anforderungsstufen 2 und 3** kann bei kompletter Restitution von Hirnverletzungen und fehlendem Anfallsleiden eine erneute Tauglichkeit bereits nach 3 Monaten erwogen werden.

C) Cerebrovaskuläre Erkrankungen / Schlaganfall

Untauglich

Diese Erkrankungen schliessen eine sicherheitsrelevante Tätigkeit wegen Ischämie- oder Blutungsgefahr in den **Anforderungsstufen 1, 2 und 3** aus.

Nach einer **transitorischen ischämischen Attacke (TIA)** besteht ein sehr hohes Rezidivrisiko sowie ein erhöhtes Risiko für Hirnschlag (ca. 5% pro Jahr), ebenso für kardiovaskuläre Ereignisse. Zudem können auch nach der Rückbildung der Symptome geringgradige Einschränkungen zurück bleiben.

Aneurysma oder arteriovenöse Malformation: Nach spontaner subarachnoidaler Hämorrhagie infolge Aneurysma oder arteriovenöser Malformation supratentoriell besteht ein hohes Epilepsierisiko. Eine chirurgische Therapie eines Aneurysma durch Craniotomie führt zusätzlich zu einem erhöhten Epilepsierisiko.

Hat sich der Zustand gebessert und ist über eine längere Beobachtungszeit (mind. 1 Jahr) stabil und ist das Risiko eines erneuten cerebrovaskulären Ereignisses gemäss neurologischer Abklärung dem Bevölkerungsdurchschnitt entsprechend, so kann erneut eine Tauglichkeit gegeben sein.

Infratentoriell gelegene Aneurysmen haben kein erhöhtes Epilepsierisiko. Nach erfolgreicher Behandlung und nach vollständiger Rekonvaleszenz ohne Ausfallerscheinungen ist die Fahrtauglichkeit wieder gegeben.

D) Cerebrale Neoplasien

Anforderungsstufen 1, 2 und 3:

Untauglich

Intracerebrale Tumore, ob benigne oder maligne, können mit fokalen Ausfällen assoziiert sein oder zu epileptischen Anfällen führen. Bei Diagnose eines intracerebralen Tumors besteht eine Untauglichkeit.

Handelt es sich um extracerebrale Neoplasien, kann allenfalls nach chirurgischer Therapie und vollständiger Rekonvaleszenz eine Neubeurteilung durchgeführt werden (vergl. Anhang 4, Teil 9). Dabei muss das Epilepsierisiko gemäss neurologischer Beurteilung dem Bevölkerungsdurchschnitt entsprechen.

E) Neurodegenerative Erkrankungen

Anforderungsstufen 1, 2 und 3:

Parkinson:

Bedingt tauglich

Diese Krankheit ist im Anfangsstadium und unter therapeutischer Kontrolle vereinbar mit einer Tauglichkeit, da die meisten extrapyramidalen Störungen einen zeitlich langgestreckten Verlauf aufweisen. Regelmässige Nachuntersuchungen (jährlich oder halbjährlich, je nach Verlauf) mit der Frage der Tauglichkeit müssen zur Bedingung gemacht werden. Bei Hinweisen auf cognitive Defizite (z.B. stark eingeschränkte Reaktionsfähigkeit) muss eine Untauglichkeit bescheinigt werden.

Demenzerkrankungen (insbes. Alzheimer-, Multiinfarkt-):

Untauglich

Bei Demenz besteht einerseits die Gefahr von verminderter Reaktionsleistung und mangelnder sensorischer Funktion, andererseits von Persönlichkeitsveränderungen mit Mangel an Einsicht und Kritikvermögen. Vergl. Kapitel Psychiatrische Erkrankungen (organisch bedingte psychische Störungen).

F) Multiple Sklerose

Anforderungsstufe 1:

Bei gesicherter Diagnose untauglich

Ausnahmsweise kann eine bedingte Tauglichkeit (kontinuierliche fachärztliche Betreuung sowie halbjährliche Tauglichkeitsuntersuchungen) ausgesprochen werden bei Personen, die sich in Remission befinden und dabei ihre normale Leistungsfähigkeit wiedererlangt haben. Handelt es sich um eine Erstmanifestation mit Retrobulbärneuritis, die vollständig ausgeheilt ist, so muss die betroffene Person hinsichtlich Gesichtsfeld und Farbsehen untersucht werden. Alle Verdachtsfälle von MS müssen kontinuierlich überwacht werden.

Anforderungsstufen 2 und 3:

Bedingte Tauglichkeit

Alle Verdachtsfälle von MS müssen kontinuierlich überwacht werden, ebenso Personen, die sich in Remission befinden und dabei ihre normale Leistungsfähigkeit wiedererlangt haben. Bei offensichtlich progredienter Entwicklung besteht eine Untauglichkeit. Handelt es sich um eine Erstmanifestation mit Retrobulbärneuritis, die vollständig ausgeheilt ist, so muss die betroffene Person hinsichtlich Gesichtsfeld und Farbsehen untersucht werden.

G) M. Menière und andere Fälle von wiederkehrendem Schwindel

Anforderungsstufen 1,2 und 3

Untauglich

Nur wenn von einem HNO-Spezialisten bestätigt wird, dass die Erkrankung sicher nicht mehr aktiv ist, kann die Tauglichkeit gegeben sein. Bei Anforderungsstufe 3 ist der Ermessens-Spielraum grösser.

H) Schlafapnoe-Syndrom

S. Anhang 4, Teil 10, Abschnitt D

I) Narkolepsie

Anforderungsstufen 1,2 und 3

Untauglich

Periodische Attacken von unüberwindbarem Schlaf müssen unweigerlich zur Untauglichkeit führen. Die Voraussetzungen für eine Wiederezulassung entsprechen denen einer Epilepsie (vergl. Abschnitt A)

K) Synkopen unklarer Ursache

s. Anhang 4 Teil 2 (Herz-Kreislauf - Erkrankungen), Abschnitt F

Teil 4 Psychiatrische Erkrankungen

Erstuntersuchung

Anforderungsstufen 1, 2 und 3:

Wenn sich in der Anamnese Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung ergeben, bei der ein erneutes Auftreten oder eine Progredienz nicht ausgeschlossen werden kann, oder wenn sich anlässlich der medizinischen Untersuchung entsprechende Anzeichen feststellen lassen, besteht eine Untauglichkeit.

Insbesondere ist auf folgende Erkrankungen zu achten:

- Organisch bedingte psychische Störungen
- Durch psychotrope Substanzen verursachte Verhaltens- und psychische Störungen
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- Affektive Störungen
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, z.B. Angststörungen und Panikstörungen
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Intelligenzminderung
- Entwicklungsstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Jugend

Periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung

Die untenstehenden Empfehlungen gelten als Entscheidungshilfe.

A) **Affektive Störung (unipolare, depressive Störung)**

Anforderungsstufen 1,2 und 3:

Schwere depressive Störungen:

befristet untauglich bis zum Abklingen der Symptome. Danach kann bei Vorliegen einer entsprechenden psychiatrischen Beurteilung eine bedingte Tauglichkeit ausgesprochen werden, mit halbjährlicher Nachuntersuchung. Nach Auftreten mehrerer schwerer depressiver Phasen muss eine *Untauglichkeit* ausgesprochen werden.

Leichte depressive Störungen

Bedingt tauglich, mit regelmässiger Nachbeurteilung

In leichten Fällen von Depression ohne Medikamente oder mit Medikamenten ohne Nebenwirkungen auf Gedächtnis, Reaktionszeit oder Vigilanz kann eine Tauglichkeit unter der Bedingung einer ständigen ärztlichen Betreuung und Kontrolle sowie jährlicher (in begründeten Fällen halbjährlicher) Nachbeurteilung ausgesprochen werden.

Grundsätzlich gilt: Jeder Fall muss individuell beurteilt werden. Bezüglich Depressionen sind viele Fälle vorübergehender Natur und folgen einer akuten Stressreaktion wie häuslichen Problemen oder plötzlichen Todesfällen. Dies führt nur zu einer befristeten Untauglichkeit.

B) Manisch-depressive Störungen

Anforderungsstufe 1:

Untauglich

Bei einer leichtgradigen Störung und erstmaligen Auftreten kann eine bedingte Tauglichkeit ausgesprochen werden, mit halbjährlicher Nachbeurteilung. Nach einer schweren Form einer solchen Störung von längerer Dauer muss eine *Untauglichkeit ausgesprochen werden*. Bei jeder schweren Depression, zum Beispiel mit depressiv-wahnhaften, depressiv-stuporösen Symptomen oder mit akuter Suizidalität sowie bei allen manischen Phasen (alle Schweregrade) sind die notwendigen psychischen Fähigkeiten so erheblich herabgesetzt, dass ein erhebliches Risiko des Fehlverhaltens besteht. Gerade die Manie ist durch riskantes Verhalten in **verschiedenen Lebensbereichen** gekennzeichnet.

Anforderungsstufen 2 und 3:

In der Regel untauglich

Bei einer leichtgradigen Störung und erstmaligen Auftreten kann danach eine bedingte Tauglichkeit ausgesprochen werden, mit halbjährlicher Nachbeurteilung. Nach einer schweren Form einer solchen Störung kann einer Person, die drei Jahre ohne Medikamente symptomfrei war (Anforderungsstufe 3: 1 Jahr), eine bedingte Tauglichkeit (mindestens eine Nachbegutachtung / Jahr) zugesprochen werden, falls eine entsprechende psychiatrische Beurteilung vorliegt. Dies ist ebenfalls möglich bei symptomfreien Personen, wenn deren medikamentöse Therapie keine Nebenwirkungen auf Gedächtnis, Reaktionszeit und Vigilanz hat.

C) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

- Angststörungen
- Panikstörung
- Zwangsstörung
- Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] u. a.

Anforderungsstufen 1, 2 und 3:

- **Schwere Störungen:**

Untauglich

Untauglichkeit besteht bei wiederholten Rückfällen oder chronischem Verlauf. Die Erkrankung selbst und ihre Behandlung mit Tranquilizern kann ein erhöhtes Risiko hinsichtlich Verminderung des Reaktionsvermögens und der Vigilanz bedeuten.

- **Leichtgradige Störungen**

Bedingt tauglich

Bedingte Tauglichkeit, sofern die Person ohne Medikamente auskommt, oder mit Medikamenten keine wesentlichen Nebenwirkungen bezüglich des Reaktionsvermögens und der Vigilanz aufweist: Es muss eine entsprechende psychiatrische Beurteilung vorliegen, und es müssen jährliche (in begründeten Fällen halbjährliche) verkehrsmedizinische Nachuntersuchungen durchgeführt werden.

D) Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

Anforderungsstufen 1,2 und 3:

Untauglich

Unter Schizophrenie fasst man eine Gruppe von Psychosen mit unterschiedlichem Schweregrad, verschiedenartigen Syndromen und uneinheitlichen Verläufen zusammen. Gemeinsam ist den Schizophrenien, dass alle psychischen Funktionen beeinträchtigt sein können (nicht nur das Denken), dass die Ich-Funktion in besonderer Weise gestört ist und die Realitätsbeziehungen beeinträchtigt sein können. Im Verlauf treten wiederholt oft akute Erkrankungen auf. Diese psychotischen Episoden können entweder ausheilen oder in Teilremission bzw. Residualzustände übergehen. Schwere psychotische Krankheitserscheinungen können das Realitätsurteil eines Menschen in erheblichem Mass beeinträchtigen. Schwere psychotische Körpermissempfindungen können die Aufmerksamkeit absorbieren und die Leistungsfähigkeit senken. Dazu kommen Antriebs- und Konzentrationsstörungen. Derartige psychotische Störungen können also zu Fehlleistungen führen und die allgemeine Leistungsfähigkeit unter das notwendige Mass herabsetzen.

E) Organisch bedingte psychische Störungen

- Demenz (vaskulär bedingt, Alzheimer-Krankheit oder im Rahmen anderer Erkrankungen)
- Hirnorganische Psychosen infolge AIDS oder Creutzfeld-Jacob-Krankheit

- Drogenpsychosen
- Amnestisches Syndrom (z.B. Korsakow-Syndrom)
- Psychosen infolge pathologischer Hirnprozesse (z.B. Tumore)

Anforderungsstufe 1:

Untauglich

Im Einzelfall, bei Vorliegen einer leichten (z.B. posttraumatischen), für das Führen von Triebfahrzeugen bedeutungslosen Störung ohne Gefahr einer Verschlechterung, kann allenfalls eine Tauglichkeit attestiert werden. Für einen solchen Entscheid muss eine fachärztliche Beurteilung (Psychiatrie) vorliegen, ergänzt durch eine neuropsychologische Zusatzuntersuchung. Zudem sind regelmässige Nachuntersuchungen anzuordnen.

Anforderungsstufen 2 und 3:

Untauglich

Im Einzelfall, bei Vorliegen einer leichten (z.B. posttraumatischen), für eine sicherheitsrelevante Tätigkeit bedeutungslosen Störung ohne Gefahr einer Verschlechterung, kann allenfalls eine Tauglichkeit attestiert werden. Für einen solchen Entscheid muss eine fachärztliche Beurteilung (Psychiatrie) vorliegen, allenfalls ergänzt durch eine neuropsychologische Zusatzuntersuchung. Zudem sind regelmässige Nachuntersuchungen anzuordnen.

Eine Neubeurteilung der Tauglichkeit ist möglich, wenn die Symptome der Psychose vollständig abgeklungen sind und eine Klärung der Pathogenese stattfinden konnte. Eine erneute Tauglichkeit kann attestiert werden, wenn keine Restsymptome der Psychose mehr nachweisbar sind und kein relevantes chronisch-hirnorganisches Psychosyndrom vorliegt.

In der Regel sollten Nachuntersuchungen in einem festen Intervall durchgeführt werden.

Teil 5 Suchtkrankheiten

Grundregelung

Gibt es Anzeichen für einen Missbrauch von psychotropen Substanzen wie Alkohol, Drogen und Psychopharmaka, besteht eine provisorische Untauglichkeit. Auch diesbezügliche Hinweise von Zeugen oder Vorgesetzten führen zu provisorischer Untauglichkeit.

Nachweis eines Drogenkonsums mittels Laboruntersuchung

Ergibt ein Drogen-Schnelltest aus der Urinprobe ein positives Ergebnis bezüglich der Substanzen wie Cannabinoide, Kokain, Opiate, Amphetamine, Benzodiazepine und wird der Betäubungsmittelkonsum verneint, so ist vor dem Tauglichkeitsentscheid eine zweite Bestimmung der nachgewiesenen Substanz aus der gleichen Urinprobe durchzuführen, und zwar gaschromatographisch. Gleiches gilt bei deklarerter Medikamenteneinnahme (insbesondere Antihistaminika und codeinhaltige Substanzen), um die Substanz zu präzisieren.

Muss aus rechtlichen Gründen festgestellt werden, ob wegen Drogenkonsum zu einem bestimmten Zeitpunkt eine Fahrunfähigkeit bestand, so ist eine entsprechende Bestimmung im Blut vorzunehmen. Eine Blutanalyse ist auch bei Cannabis-Nachweis indiziert um abzuklären, ob es sich um einen Gelegenheitskonsum handelt oder ob regelmässiger starker Konsum besteht (siehe unten).

Erstuntersuchung

Anforderungsstufen 1,2 und 3:

Gibt es sichere Anhaltspunkte für einen Missbrauch von psychotropen Substanzen wie Alkohol, Drogen (Cannabis vgl. unten) und Psychopharmaka, besteht eine *Untauglichkeit*.

Bei zurückliegendem Suchtleiden muss die Situation individuell beurteilt werden. Nur wenn seit längerer Zeit (> 3 Jahre, Anforderungsstufe 3: 1 Jahr) eine Abstinenz besteht, kann eine Tauglichkeit in Betracht gezogen werden.

Ausnahme Cannabis:

Wegen der geringen Suchtgefahr empfiehlt sich zur Tauglichkeitsabklärung ein Verfahren, das im Folgenden beschrieben wird. Dadurch soll eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung des Cannabiskonsums im Vergleich zum Alkoholkonsum (der innerhalb festgelegter Grenzen toleriert wird) vermieden werden. Es gilt insbesondere festzustellen, ob die geprüfte Person regelmässig Cannabis konsumiert (Gewohnheitsraucher) und somit für die sicherheitsrelevante Tätigkeit ungeeignet ist oder ob es sich um einen Gelegenheitsraucher handelt, der sehr wohl in der Lage sein sollte, auf einen sicherheitskritischen Cannabis-Konsum zu verzichten.

Die Probenahme bei der Erstuntersuchung in der Praxis erfolgt zweistufig. Urin wird asserviert und ein Schnelltest durchgeführt. Ist dieser für Cannabis positiv und verneint die Person einen regelmässigen Konsum, so wird zur Klärung des Konsumverhaltens sogleich eine Blutentnahme vorgenommen. Blut ist nämlich zurzeit diejenige Körperflüssigkeit, deren Analyse die zuverlässigsten Aussagen über Zeitpunkt, Menge und Häufigkeit des Cannabis-Konsums erlaubt. Wird der Konsum durch die gaschromatographische Zweitbestimmung bestätigt, so wird das Blut in ein akkreditiertes Labor (z.B. Genf, Lausanne, St. Gallen, Zürich) gesandt, wo die Bestimmung der Konzentration von THC und des inaktiven Hauptmetaboliten Carboxy-THC erfolgt (Kosten für Einmalbestimmung: ca. CHF 100.-, Kosten für Doppelbestimmung, die in juristischer Hinsicht zuverlässigere Aussagen erlaubt: ca. CHF 200.-). Für die Beurteilung, ob es sich um einen Gewohnheitsraucher oder einen Gelegenheitsraucher handelt, wird insbesondere die Konzentration von Carboxy-THC im Serum herangezogen. Liegt der Wert > 5 µg/l so ist davon auszugehen, dass es sich um einen Gewohnheitsraucher handelt.

Tauglichkeitsentscheid bei Gelegenheitsrauchern: *Tauglich* (auf Formular 2b (VTE) und Formular 2c (ZSTEBV) ist zu vermerken: Gelegenheitsraucher Cannabis; allenfalls kann mit dem Betrieb vereinbart werden, dass während 6 Monaten unangemeldete Drogentests durchgeführt werden).

Periodische Untersuchung sowie ausserordentliche Untersuchung

Anforderungsstufen 1, 2 und 3:

A) Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit

Untauglich

Alkoholmissbrauch liegt vor, falls das Führen von Triebfahrzeugen und ein die Fahrfähigkeit beeinträchtigender Alkoholkonsum nicht hinreichend sicher getrennt werden kann. Die Beurteilung der Tauglichkeit bei einem Alkoholproblem beruht somit nicht ausschließlich auf einem Suchtnachweis.

Die Diagnose **Alkoholabhängigkeit** kann gestellt werden, wenn drei oder mehr der nachfolgenden Kriterien erfüllt sind:

- Starker Wunsch oder Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums (substanzspezifische Entzugssymptome oder Aufnahme der gleichen oder einer nahen verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mindern oder zu vermeiden).
- Nachweis einer Toleranzentwicklung.

- Vernachlässigung anderer Tätigkeiten oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen.

Wiedererlangen der Tauglichkeit nach Alkoholproblem:

Alkoholmissbrauch

Die Tauglichkeit ist gegeben, falls eine einmonatige Alkoholabstinenz nachgewiesen werden kann sowie unter der Bedingung, dass der Betroffene sich in Abständen von 4 - 8 Wochen einer ärztlichen Untersuchung mit Laborkontrollen unterzieht (Bestimmung von CDT, MCV, Gamma-GT, GOT und GPT). Dabei dürfen keine Befunde oder Laborwerte fortbestehen, die auf einen Alkoholmissbrauch hinweisen. Diese Verpflichtung ist mittels schriftlichen Vertrages festzulegen, der frühestens nach 2 Jahren ausläuft.

Alkoholabhängigkeit

Nach einem Jahr bestätigter Alkoholabstinenz sowie dem Nachweis einer erfolgreichen Entwöhnungsbehandlung (stationär oder im Rahmen anderer Einrichtungen für Suchtkranke) kann eine erneute Tauglichkeitsuntersuchung stattfinden. Bei Anforderungsstufe 3 sowie in besonders günstigen Fällen und bei ausgezeichneter Kooperation (Anerkennung des Problems sowie enge Zusammenarbeit zwischen Unternehmung, Mitarbeiter und Vertrauensarzt bzw. Vertrauensärztin) kann die Tauglichkeit bereits ab 6 Monaten neu beurteilt werden.

Die Tauglichkeit kann dann wieder erwogen werden, wenn der Nachweis einer dauernden Abstinenz erbracht wird. Es muss zur Bedingung gemacht werden, dass die betreffende Person regelmässig eine Beratungsstelle (Suchtberatung, Sozialdienst, Psychologe, Psychiater, Hausarzt) aufsucht und sich in Abständen von 4 - 8 Wochen Laborkontrollen unterzieht (Bestimmung von CDT, MCV, Gamma-GT, GOT und GPT). Zudem müssen jährliche (in begründeten Fällen halbjährliche) Nachbeurteilungen durch den Vertrauensarzt erfolgen. Diese Bedingungen müssen in einem schriftlichen Vertrag festgelegt werden (auch eine einjährige Alkoholabstinenz ist keine Garantie für einen dauerhaften Therapieerfolg, wenngleich die Rückfallquote im ersten Jahr am höchsten ist).

Eine Behandlung mit aversiven Substanzen (zum Beispiel Disulfiram) stellt kein Ausschlusskriterium für die Wiedererlangung der Tauglichkeit dar. Allerdings muss die Therapie wegen der Gefahr von Nebenwirkungen (z.B. Müdigkeit) längere Zeit vor Arbeitsaufnahme begonnen werden.

B) Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit

Drogenmissbrauch (Cannabis)

Gleiches Verfahren wie bei Erstuntersuchung.

Drogenabhängigkeit

Untauglich

Die Diagnose **Drogenabhängigkeit** kann gestellt werden, wenn drei oder mehr der nachfolgenden Kriterien erfüllt sind:

- Starker Wunsch oder Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums (substanzspezifische Entzugssymptome oder Aufnahme der gleichen oder einer nahen verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mindern oder zu vermeiden).
- Nachweis einer Toleranzentwicklung.
- Vernachlässigung anderer Tätigkeiten oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen.

Wiedererlangen der Tauglichkeit nach Drogenproblemen

Nach einem Jahr bestätigter Betäubungsmittelabstinenz sowie dem Nachweis einer erfolgreichen Entwöhnungsbehandlung (stationär oder im Rahmen anderer Einrichtungen für Suchtkranke) kann eine erneute Tauglichkeitsbeurteilung stattfinden. Die Tauglichkeit ist dann wieder gegeben, wenn der Nachweis einer dauernden Abstinenz erbracht wird, sowie unter der Bedingung einer regelmässigen ärztlichen Kontrolle sowie einer jährlichen (in begründeten Fällen halbjährlichen) Nachbeurteilung durch den Vertrauensarzt. Die Bedingungen müssen in einem schriftlichen Vertrag festgelegt werden.

Substitution / Therapie:

- Substitution mit Methadon: *Untauglich*
- Therapie mit Naltrexon: *Untauglich*

Andere psychotropen Substanzen

Jede verordnete Medikation mit möglichen Auswirkungen auf Wachsamkeit, kognitive und / oder motorische Funktionen muss sorgfältig beurteilt werden (Siehe Teil 6: Medikamente).

Vorgehen bei Cannabis-Konsum (THC)

Art der Untersuchung	Urin-THC (Screening)	Blut-Carboxy-THC	Entscheid	Bemerkungen	
Erstuntersuchung (Bewerbende) Anforderungsstufen 1, 2 und 3	positiv	positiv ¹⁾	untauglich	Unternehmen kann im Einzelfall eine bedingte Tauglichkeit mit Urinkontrollen (UK) erwägen	
	positiv	negativ	tauglich, mit Mitteilung an Betrieb: THC positiv	Auf Wunsch des Betriebs: UK für mindestens 6 Monate ²⁾	
Erstuntersuchung (Besitzstand, schon angestellt) Anforderungsstufe 1	positiv	positiv ¹⁾	befristet untauglich 6 Monate	UK für mindestens 6 Monate ²⁾	
	positiv	negativ	tauglich, mit Mitteilung an Betrieb: THC positiv	Auf Wunsch des Betriebs: UK für mindestens 6 Monate ²⁾	
	Anforderungsstufen 2 und 3,	positiv	positiv ¹⁾	befristet untauglich 3 Monate	UK für mindestens 3 Monate ²⁾
		positiv	negativ	tauglich, mit Mitteilung an Betrieb: THC positiv	Auf Wunsch des Betriebs: UK für mindestens 3 Monate ²⁾
Periodische Untersuchung Anforderungsstufen 1,2 und 3	positiv	positiv ¹⁾	wie unter Besitzstand	<i>Urinkontrolle nur bei Indikation bzw. nach Vorgabe Arbeitgeber</i> wie unter Besitzstand	
	positiv	negativ	wie unter Besitzstand	wie unter Besitzstand	

¹⁾ Positiv: Wenn THC-COOH > 5 ng/ ml

²⁾ Wenn 1x positiv: B-Probe gaschromatographisch, wenn Konsum bestritten wird – untauglich, wenn B-Probe positiv

Allgemeine Bemerkungen

1. Urinuntersuchung auf Drogen bei allen Erstuntersuchungen, unabhängig vom Alter
2. Urinkontrollen (unter Sicht) beim Hausarzt oder speziell bezeichneten Ärzten möglich
3. Blut-THC/Carboxy-THC-Bestimmungen in vom BAV anerkannten Labors
4. Die Kosten der Urinkontrollen (UK) sind arbeitsvertraglich zu regeln

Teil 6 Medikamente

Grundsätzliches

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

Mindestens 24 Stunden vor Beginn und während der Arbeit dürfen keine Psychopharmaka eingenommen werden (Ausnahme: Kurzwirkende Benzodiazepine, vgl. unten). Medikamente ohne negative Auswirkungen auf die Fahrtauglichkeit sollten mindestens einen Tag vor Arbeitsbeginn ausprobiert werden, um allfällige unerwünschte oder unerwartete individuelle Reaktionen zu erkennen.

Eine individuelle Beurteilung der Fahrtauglichkeit bei Einnahme von Medikamenten ist notwendig. In einzelnen Fällen bedingt die Grunderkrankung die Fahrtauglichkeit. In Zweifelsfällen ist eine verkehrspsychologische Untersuchung zu veranlassen.

Wenn der Arzt des Beschäftigten irgendeine psychotrope Medikation verschreibt, ist der Mitarbeitende verpflichtet, den zuständigen Vertrauensarzt zu informieren, damit dieser die Fahrtauglichkeit beurteilen kann.

Medikamente mit Auswirkungen auf die Fahrtauglichkeit:

A) Psychopharmaka (A1-A6)

Erstuntersuchung

Bei chronischer Einnahme von Psychopharmaka besteht *in der Regel eine Untauglichkeit*

Periodische Untersuchung sowie ausserordentliche Untersuchung

A1) Benzodiazepine

- a) Kurz wirkende: Flurazepam, Midazolam, Triazolam, Lormetazepam,, Temazepam,
- b) Zolpidem

Anforderungsstufen 1, 2 und 3:

Bedingt tauglich

Diese Substanzen werden als kurzwirkende Schlafmittel verwendet. Diese können nach der Einnahme eine Amnesie verursachen. Die Person ist nach der Einnahme der Medikamente zwar weckbar, kann sich aber später nicht mehr an ihre Handlungen erinnern. Zwischen Einnahme und Dienstantritt müssen mindestens 8 Stunden liegen. Sie dürfen nur in kleinen Dosen und unter ärztlicher Überwachung eingenommen werden. Der Patient muss bereits eine Erfahrung mit den Medikamenten haben und die Wirkungen und Nebenwirkungen kennen.

- b) Mittellang und lang wirkende: Oxazepam, Lorazepam, Bromazepam, Flunitrazepam, Nitrazepam

Anforderungsstufen 1,2 und 3:

Bei Dauerkonsum besteht eine *Untauglichkeit*

Handelt es sich nur um einen punktuellen Gebrauch, kann eine bedingte Tauglichkeit (regelmässige Kontrollen beim Hausarzt) attestiert werden, sofern von Seiten des Betroffenen wie auch seines behandelnden Arztes entsprechende Erfahrungen mit dem Medikament vorliegen, die keine wesentliche Beeinträchtigung bei sicherheitsrelevanten Tätigkeiten zeigten.

A2) Barbiturate

Anforderungsstufe 1:

Untauglich

Wegen der langen Halbwertszeiten besteht die Gefahr einer Kumulation mit negativen Auswirkungen auf die psychomotorischen Funktionssysteme.

Anforderungsstufen 2 und 3:

In der Regel untauglich. In Ausnahmefällen kann eine bedingte Tauglichkeit zugesprochen werden, sofern von Seiten des Bewerbers wie auch seines behandelnden Arztes entsprechende Erfahrungen mit dem Medikament vorliegen, die keine wesentliche Beeinträchtigung bei sicherheitsrelevanten Tätigkeiten zeigten.

A3) Neuroleptica

Anforderungsstufe 1:

In der Regel untauglich

Bereits die Grundkrankheit bedingt meistens eine Fahruntauglichkeit. Wenn dies nicht der Fall ist so kann in Ausnahmefällen, bei Vorliegen einer entsprechenden fachärztlichen Beurteilung, eine bedingte Tauglichkeit (regelmässige ärztliche Kontrollen, jährliche Nachkontrollen durch den Vertrauensarzt) attestiert werden.

Anforderungsstufen 2 und 3:

In der Regel untauglich

In Ausnahmefällen kann eine bedingte Tauglichkeit attestiert werden, sofern von Seiten des Bewerbers wie auch seines behandelnden Arztes entsprechende Erfahrungen mit dem Medikament vorliegen, die keine wesentliche Beeinträchtigung bei sicherheitsrelevanten Tätigkeiten zeigten.

A4) Antidepressiva

Anforderungsstufen 1, 2 und 3

Bedingt tauglich

Die Therapie muss mehrere Wochen vor Arbeitsaufnahme eingeleitet werden und der Patient muss die Wirkungen und Nebenwirkungen des Medikamentes kennen. Meistens ist bereits die Grundkrankheit ein Grund für die Dienstuntauglichkeit. In leichten Fällen von Depression mit Behandlung mittels Medikamenten ohne Nebenwirkungen auf Gedächtnis, Reaktionszeit oder Vigilanz kann eine Tauglichkeit unter der Bedingung einer ständigen Betreuung und Kontrolle durch den behandelnden Arzt sowie jährlicher (in begründeten Fällen halbjährlicher) Nachbeurteilung durch den Vertrauensarzt attestiert werden (Siehe Teil 5, Psychiatrische Erkrankungen’).

A5) Bupropion, Vareniclin Tartrat

Bedingt tauglich

Die Therapie mit Bupropion bzw. Vareniclin muss zwei Wochen vor Arbeitsaufnahme eingeleitet werden und der Patient muss die Wirkung und Nebenwirkungen des Medikamentes kennen.

Bupropion ist ein zentral wirkender Noradrenalin/Dopamin-Wiederaufnahmehemmer. Vareniclin wirkt sowohl agonistisch wie auch antagonistisch auf die neuronalen nikotinergen Acetylcholinrezeptoren. Eingesetzt werden die beiden Substanzen zur Raucherentwöhnung. Die Aufgabe des Rauchens geht häufig mit Nikotinentzugssymptomen wie z. B. Agitiertheit, Schlaflosigkeit und Tremor einher. An Nebenwirkungen sind insbesondere zu beachten: Angstzustände, Agitiertheit, Verwirrtheit, Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, Schwindel. Bei Bupropion besteht ein erhöhtes Risiko für Krampfanfälle. Weiter können auch Sehstörungen vorkommen. Die Einnahme von Vareniclin kann auch zu Schläfrigkeit führen.

A6) Psychostimulantien (Methylphenidat)

Die Einnahme von Methylphenidat (z.B. Ritalin®) wegen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) führt nicht per se zu einer Untauglichkeit, da Methylphenidat – eingenommen in der vorgeschriebenen Dosis und in geeigneter Applikationsform – die Fahrfähigkeit erfahrungsgemäss positiv beeinflusst.

Bei Bewerbern führt die Diagnose eines ADHS in der Regel zu einem Untauglichkeitsentscheid. Im Zweifelsfall hat der Entscheid auf der Basis des verkehrspsychologischen Gutachtens zu erfolgen bzw. ist ein solches zu veranlassen; dies gilt auch bei Personen, die schon länger im Fahrdienst tätig sind, bei denen aber erstmals die Einnahme von Methylphenidat festgestellt wird.

B) Antiepileptica

Anforderungsstufen 1, 2 und 3

In der Regel untauglich

Mit einer Beeinträchtigung zentralnervöser Funktionen sowie Sedation ist zu rechnen. Bereits die Grundkrankheit bedingt eine Fahruntauglichkeit. (Siehe Teil 3 Neurologische Erkrankungen). Bei Einnahme eines solchen Medikamentes für andere Indikationen (z.B. Migräne) ist allenfalls eine bedingte Tauglichkeit möglich, sofern von Seiten des Betroffenen wie auch seines behandelnden Arztes entsprechende Erfahrungen mit dem Medikament vorliegen, die keine wesentliche Beeinträchtigung bei sicherheitsrelevanten Tätigkeiten zeigten.

C) Antidiabetica

Siehe Teil 1: Diabetes mellitus

D) Antihypertensiva

Siehe Teil 2: Kardiovaskuläre Erkrankungen

E) Antiarrhythmika

Siehe Teil 2: Kardiovaskuläre Erkrankungen

F) Antihistaminika

Anforderungsstufen 1, 2 und 3

- a) Mit zentraler Wirkung (Antihistaminika der 1. Generation) wie Diphenhydramin, Dexchlorophenylamin, Clemastin Promethazin oder Ketotifen:**

Untauglich

- b) Selektive H1-Antagonisten (Antihistaminika der 2. Generation) wie Acricastin, Cetirizin Levoceterezin Emedastin, Loratadin Desloratadin Mizolastin**

Bedingt tauglich, unter der Voraussetzung, dass der Patient die Wirkung des neuen Medikamentes genau kennt, und keine die Fahrsicherheit beeinträchtigende Wirkung zu beobachten war.

G) Analgetika

Anforderungsstufen 1, 2 und 3

- a) Opiate, Opioide, Codein**

Untauglich

- b) Salicylate, Propyphenazon, Paracetamol**

Tauglich

Analgetica und Rheumamittel beeinflussen im Allgemeinen die Fahrtauglichkeit günstig, da die Aufmerksamkeit beim Fahren durch Schmerzen stark abgelenkt werden kann. Eine Gefährdung besteht durch Mischpräparate mit Barbituraten oder Codein.

H) Weitere

Anforderungsstufen 1, 2 und 3:

- a) Augentropfen (pupillenerweiternde)**

Untauglich

- b) Anästhetika**

Untauglich

Nach Lokalanästhesien (auch nach zahnärztlichen Behandlung) muss mindestens eine Periode von 12 Stunden, nach einer Vollnarkose von 48 Stunden verstreichen, bevor die Dienst- bzw. Fahrtauglichkeit wieder gegeben ist.

c) Antikoagulantien

Bedingt tauglich

Voraussetzung des Einsatzes ist eine gute Einstellung ohne grosse Schwankungen, gute Compliance des Patienten sowie engmaschige Kontrollen durch den Hausarzt. Häufig ist jedoch bereits die Grundkrankheit die Ursache für die Untauglichkeit.

Aspirin

Aspirin ist unproblematisch und hat keinen Einfluss auf die Dienst- bzw. Fahrtauglichkeit.

d) Antibiotika, Anti-infektiöse Agentien

Tauglichkeit gegeben, unter der Voraussetzung, dass der Patient die Wirkung des neuen Medikamentes genau kennt, und keine die Fahrsicherheit beeinträchtigende Wirkung zu beobachten war.

Hohe Dosen von anti-infektiösen Medikamenten können Benommenheit und Schwindel auslösen. Zudem ist oft schon die Grunderkrankung ein Grund für die vorübergehende Dienstuntauglichkeit.

e) Appetitzügler Amfepramon, Cathin, Phentermin, Phenylpropanolamin

Untauglich

Appetitzügler können zentralnervöse Wirkungen aufweisen wie Nervosität, Unruhe, Reizbarkeit, Verwirrtheit, Schwindelgefühle, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Tremor, Dyskinesie, Sehstörungen, Mydriasis, Dysphorien inkl. Angstzustände und Depressionen, Psychotische Reaktionen oder Psychosen, Krampfanfälle. Tauglichkeit kann ausnahmsweise gegeben sein, sofern der Patient die Wirkung des neuen Medikamentes genau kennt, und keine die Sicherheit beeinträchtigende Wirkung zu beobachten war.

f) Hustenmittel Codein

Untauglich

Codeinhaltige Hustenmittel sind zum Teil frei verkäuflich. In der Anamnese ist der Konsum solcher Medikamente zu erfragen und die Person entsprechend auf deren Auswirkungen auf die Diensttauglichkeit zu informieren.

g) Malariaphylaxe

Bedingt tauglich unter der Voraussetzung, dass die Ersteinnahme des entsprechenden Medikamentes an arbeitsfreien Tagen erfolgt.

Antimalariamittel – insbesondere Mefloquin - können zu akuten Psychosen, Angstzuständen und Verwirrung führen.

h) Muskelrelaxantien

Untauglich

Muskelrelaxantien haben signifikante sedierende Effekte. Tauglichkeit kann ausnahmsweise gegeben sein, sofern der Patient die Wirkung des neuen Medikamentes genau kennt, und keine die Sicherheit beeinträchtigende Wirkung zu beobachten war.

i) Parkinson-Medikamente

Untauglich

Diese Medikamente verursachen häufig Müdigkeit. Zudem besteht meistens bereits durch die Grundkrankheit eine Fahr- bzw. Dienstuntauglichkeit.

j) Sucht-Therapie

▪ Methadon

Untauglich

▪ Naltrexon

Untauglich

k) Zytostatika

Untauglich

Zytostatische Behandlungen können zu vermehrter Müdigkeit führen. Häufig ist bereits durch die Grundkrankheit die Tauglichkeit nicht gegeben. Bei Einnahme eines solchen Medikamentes für andere Indikationen (z.B. Methotrexat bei Krankheiten aus dem rheumatischen Formenkreis) ist allenfalls eine bedingte Tauglichkeit möglich, sofern von Seiten des Betroffenen wie auch seines behandelnden Arztes entsprechende Erfahrungen mit dem Medikament vorliegen, die keine wesentliche Beeinträchtigung bei sicherheitsrelevanten Tätigkeiten zeigten

Teil 7 Erkrankungen des Verdauungssystems

A) Magen-Darm Erkrankungen

Erstuntersuchung

Anforderungsstufen 1,2 und 3:

Untauglichkeit besteht bei:

- Therapieresistenten Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes mit funktionellen Auswirkungen (Darmpassagestörung; z.B. kolikartige Beschwerden, Diarrhoe, ..)
- Oesophaguserkrankungen mit Schluckstörungen und Störung des Allgemeinbefindens
- Therapieresistente Erkrankungen von Magen und Duodenum (Gastritis, Ulcus, Operationsfolgen wie Dumping-Syndrom)
- Therapieresistente Erkrankungen von Dünn- und Dickdarm (M. Crohn, Colitis ulcerosa u.a.)
- Therapieresistenten Erkrankungen des Pankreas
- Gastrointestinalen Erkrankungen mit chronischer oder akuter Blutungsgefahr oder mit Anämie

Periodische Untersuchungen, ausserordentliche Untersuchungen

Anforderungsstufen 1 und 2 und 3:

Therapieresistente oder rezidivierende Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes mit erheblichen funktionellen Auswirkungen führen in der Regel zur *Fahr- bzw.*

Dienstuntauglichkeit.

- Gastritis oder Magen- / Duodenalulcus.
Nach erfolgreicher Therapie und nachgewiesener Symptombefreiheit kann die Fahrtauglichkeit wieder gegeben sein. Eine Therapie mit Antacida oder Protonenpumpenblocker führt nicht zu einer Einschränkung der Tauglichkeit.
- Postoperatives Dumping-Syndrom:
Tauglichkeit nicht gegeben.
- Morbus Crohn / Colitis ulcerosa:
Im akuten Stadium besteht Untauglichkeit. Besteht Symptombefreiheit, so kann die Tauglichkeit neu beurteilt werden. Die Therapie mit Mesalazin hat keinen negativen Einfluss auf die Fahrtauglichkeit.

B) Lebererkrankungen

Anforderungsstufen 1,2 und 3:

Lebertransplantation

Untauglich

Erstuntersuchung

Untauglichkeit besteht bei:

- Akuter Lebererkrankung (bis zur vollständigen klinischen und funktionellen Ausheilung)
- Chronischen Lebererkrankungen mit funktionellen Auswirkungen (infektiös, genetisch, nutritiv toxisch usw.)
- Leberzirrhose oder hepatischer Encephalopathie

Die Tauglichkeit wird nicht eingeschränkt durch Bilirubinstoffwechselstörungen (M. Meulengracht).

Periodische Untersuchungen, ausserordentliche Untersuchungen

Besteht eine chronische Lebererkrankung mit beginnender Leberinsuffizienz (Muskelschwäche, Spider Naevi, Palmarerythem, Umgehungskreislauf (Caput medusae, Oesophagusvarizen), Ikterus, Ascites oder Zeichen einer Encephalopathie) ist die Person *untauglich*.

Die Tauglichkeit wird nicht eingeschränkt durch Bilirubinstoffwechselstörungen (M. Meulengracht).

Teil 8 Verhalten bei Blutspenden

Die Blutspendezentren der Schweiz geben für Blutspender und –spenderinnen, welche in einem Beruf mit erhöhten Sicherheitsrisiken arbeiten, die Empfehlung ab, erst nach Arbeitsschluss Blut zu spenden.

Personen der Anforderungsstufen 1, 2 und 3 haben das Blutspenden vor und während der Arbeitszeit (inklusive Pausen) zu unterlassen. Ist auf Betreiben des Blutspendezentrums ein Abweichen von dieser Regelung unumgänglich, kann die Arbeit erst nach einer Ruheschicht wieder aufgenommen werden.

Teil 9: Onkologische Erkrankungen

Allgemeine Bemerkungen

Personen mit sicherheitsrelevanten Tätigkeiten, die sich wegen eines Malignoms einer Therapie (Chirurgie, Radiotherapie, Chemotherapie) unterziehen sind als untauglich zu bezeichnen. Auch nach erfolgter Therapie besteht ein Sicherheitsrisiko wegen der Rezidivgefahr (lokal oder in Form von Metastasen), sofern eine solche zu einer plötzlichen Funktionsunfähigkeit führt. In der Flugmedizin wird in Bezug auf die Gefahr einer plötzlichen Funktionsunfähigkeit der Begriff des akzeptablen Risikos verwendet. Für unbegleitetes Fliegen wird ein Risiko von 0.1 % / Jahr im Sinne der Gefahr einer plötzlichen Funktionsunfähigkeit für den Berufsverkehr als akzeptabel erachtet, für begleitetes Fliegen ein solches von 1.0 % / Jahr. Auf die Schiene übertragen, wo entsprechende Sicherheitsvorkehrungen im Führerstand bestehen, soll das akzeptable Risiko für Anforderungsstufe 1 (Besitzstand) auf 1.0 % / Jahr festgelegt werden, wobei unter bestimmten Bedingungen (stabiler Zustand, Vorliegen eines onkologischen Gutachtens) eine bedingte Tauglichkeit ausgesprochen werden kann.

Rezidivgefahr (Tumor X, nach chirurgischer Resektion, ja nach Stadium bei Erst-Therapie) (Tab. 1):

Stadium	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5
1 (T1, N0)	5 %	2 %	1 %	1 %	1 %
2 (T2, N0)	15 %	10 %	7 %	5 %	3 %
3 (T1/2 N1)	30 %	20 %	15 %	10 %	5 %

Zielorgane für Metastasen gemäss Pathologie-Literatur (Tab. 2):

Zielorgan	Häufigkeit
Lokal und Lymphknoten	60%
Leber	20%
Lunge	5%
Knochen	5%
Knochenmark	0%
Gehirn	10%

Risiko für plötzliche Funktionsunfähigkeit (Tab. 3):

Zielorgan Metastase	Funktionsunfähigkeitsrisiko
Lokal und Lymphknoten	1%
Leber	5%
Lunge	5%
Knochen	5%
Knochenmark	20%
Gehirn	100%

Das Risiko einer plötzlichen Funktionsunfähigkeit wird folgendermassen berechnet:

Parameter:

- Tumor X - Rezidivgefahr, je nach Tumorstadium, in % (vergl. Tab 1)
- Häufigkeit der Metastasierung in spezifische Organe, als Anteil (x/100) (vergl. Tab 2)
- Funktionsunfähigkeitsrisiko durch Metastase in spezifischem Organ, als Anteil (x/100) (vergleiche Tab. 3)

$\text{Tumor X - Rezidivgefahr (\%)} \times \text{Inzidenz von Metastasen} \times \text{Risiko der Metastase für plötzliche Funktionsunfähigkeit} = \text{Geschätztes Funktionsunfähigkeitsrisiko}$

In Anlehnung an die flugmedizinischen Empfehlungen wird für das akzeptable Risiko einer plötzlichen Funktionsunfähigkeit folgende Regelung festgelegt:

a) Bewerber:

- Anforderungsstufe 1, Kat. B, B100, B80, B60: Akzeptables Risiko einer plötzlichen Funktionsunfähigkeit = 0.1 %
- Anforderungsstufen 2 und 3 sowie AS 1, Kat. A, A40: Akzeptables Risiko einer plötzlichen Funktionsunfähigkeit = 1.0 %

b) Besitzstand:

- Anforderungsstufe 1, Kat. B, B100, B80, B60: Akzeptables Risiko einer plötzlichen Funktionsunfähigkeit = 1.0 %
- Anforderungsstufe 2 und 3 sowie AS 1, Kat. A, A40: Fahrtauglichkeit ist auf Grund des klinischen Verlaufs

(in Remission, frei von Metastasen) und unter regelmässigen Kontrollen festzulegen.

Beispiel Hirnmetastasen (Zahlen aus Tab. 1-3):

Jahr 1 /Stadium 1: $5\%^* \times 10/100^{**} \times 100/100^{***} = 0.5\%$ Funktionsunfähigkeits-Risiko

Jahr 1 /Stadium 2: $15\%^* \times 10/100^{**} \times 100/100^{***} = 1.5\%$ Funktionsunfähigkeits-Risiko

Jahr1 / Stadium 3: $30\%^* \times 10/100^{**} \times 100/100^{***} = 3.0\%$ Funktionsunfähigkeits-Risiko

* Tab. 1 ** Tab. 2 *** Tab.3

0.5% Funktionsunfähigkeits-Risiko nur bedingt zulässig für Bewerber der Anforderungsstufe 1, Kat.B, B100, B80, B60; für alle anderen Kategorien uneingeschränkt zulässig. 1.5% bzw. 3.0% Funktionsunfähigkeits-Risiko unbedingt zulässig nur für Anforderungsstufe 2 (Besitzstand), nach Massgabe des klinischen Verlaufs (in Remission, frei von Metastasen).

Jahr 5/ Stadium 1: $1\%^* \times 10/100^{**} \times 100/100^{***} = 0.1\%$ Funktionsunfähigkeits-Risiko

Jahr 5 /Stadium 2: $3\%^* \times 10/100^{**} \times 100/100^{***} = 0.3\%$ Funktionsunfähigkeits-Risiko

Jahr 5 /Stadium 3: $5\%^* \times 10/100^{**} \times 100/100^{***} = 0.5\%$ Funktionsunfähigkeits-Risiko

Nach 5 Jahren hat sich das Rezidiv-Risiko verringert, so dass bei Stadium 1 eine unbedingte Zulassung für alle Anforderungsstufen aller Kategorien möglich ist. Bei Stadium 2 und 3 hingegen ist für Bewerber der Anforderungsstufe 1, Kat. B, B100, B80, B60 weiterhin nur eine bedingte Zulassung möglich.

A) Melanom

Eine unbedingte Wiederzulassung ist möglich, sofern bei Erstdiagnose keine Lymphknoten befallen waren. Das Stadium richtet sich nach der vertikalen Dicke des Excisates (gemäss Breslow).

Stadium 1: Vertikale Dicke 0.1-1.49 mm

Stadium 2: Vertikale Dicke 1.5-3.49 mm

Stadium 3: Vertikale Dicke > 3.5 mm

a) Bewerber:

- Zulassung AS1, Kat. B, B100, B80, B60:

Stadium 1: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 2 Jahre rezidivfrei

Stadium 2: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 6 Jahre rezidivfrei

Stadium 3: Unbedingte Zulassung nicht möglich

Zulassung AS1, Kat. A + AS2, AS3:

Stadium 1: Unbedingte Zulassung möglich noch erfolgter Resektion + rezidivfreien Intervall von $\frac{1}{2}$ J.

Stadium 2: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 1 Jahr rezidivfrei

Stadium 3: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 3 Jahre rezidivfrei

b) Besitzstand:

- Zulassung AS1, Kat. B, B80, B100:

Stadium 1: Unbedingte Zulassung möglich noch erfolgter Resektion

Stadium 2: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 1 Jahr rezidivfrei

Stadium 3: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 3 Jahre rezidivfrei

- Zulassung AS1, Kat. A + AS2 + AS3:

Fahrttauglichkeit auf Grund des klinischen Verlaufs und unter regelmässigen Kontrollen festlegen

B) Kolon- und Rektum-Karzinom

Das Risiko von Hirnmetastasen ist sehr gering und beträgt ca. 5%; am häufigsten kommt es zu Lebermetastasen (50%).

Stadium A (Dukes, nur Mucosa) = T1, N0 (TNM).

Stadium B (Dukes, Muskelwand) = T2/3/4, N0 (TNM)

Stadium C (Dukes, Lymphknoten) = T1/2/3/4, N 1/2/3 (TNM)

a) Bewerber:

Zulassung AS1, Kat. B, B80, B100:

Stadium A: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 1 Jahr rezidivfrei

Stadium B: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 4 Jahre rezidivfrei

Stadium C: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 6 Jahre rezidivfrei

Zulassung AS1, Kat. A + AS2, AS3:

Stadium A: Unbedingte Zulassung möglich noch erfolgter Resektion + rezidivfreien Intervall von ½ J.

Stadium B: Unbedingte Zulassung möglich noch erfolgter Resektion + rezidivfreien Intervall von ½ J.

Stadium C: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 1 Jahr rezidivfrei

b) Besitzstand:

Zulassung AS1, Kat. B, B80, B100:

Stadium A: Unbedingte Zulassung möglich noch erfolgter Resektion + rezidivfreien Intervall von ½ J.

Stadium B: Unbedingte Zulassung möglich noch erfolgter Resektion + rezidivfreien Intervall von ½ J.

Stadium C: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 1 Jahr rezidivfrei

Zulassung AS1, Kat. A + AS2, AS3:

Fahrttauglichkeit auf Grund des klinischen Verlaufs und unter regelmässigen Kontrollen festlegen

C) Hodentumor

Dank moderner Chemotherapie sind die meisten Hodentumoren kurabel (Heilungsrate ca. 90% nach Chemotherapie von Teratomen und Radiotherapie von Seminomen). Dank Tumor-Markern kann ein Rezidiv ziemlich zuverlässig erkannt werden. Bei einem Rezidivrisiko von ca. 25% kann bei emgmaschiger onkologischer Überwachung daher rasch reagiert werden.

Stadium I: Tu auf Hodengewebe beschränkt

Stadium II: Primär-Tu + abdominale Lymphknoten

Stadium III: Primär-Tu + supradiaphragmale Lymphknoten
Stadium IV: Extra-lymphatische Metastasen (hauptsächlich Lunge)

a) Bewerber:

Zulassung AS1, Kat. B, B80, B100:

Stadium I: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 1 Jahr rezidivfrei
Stadium II/III: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 4 Jahre rezidivfrei
Stadium IV: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 6 Jahre rezidivfrei

Zulassung AS1, Kat. A + AS2, AS3:

Stadium I: Unbedingte Zulassung möglich nach erfolgter Behandlung und einem rezidivfreien Intervall von ½ Jahr
Stadium II/III: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 1 Jahr rezidivfrei
Stadium IV: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 3 Jahre rezidivfrei

b) Besitzstand:

Zulassung AS1, Kat. B, B100, B80, B60:

Stadium I: Unbedingte Zulassung möglich nach erfolgter Behandlung und einem rezidivfreien Intervall von ½ Jahr
Stadium II/III: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 1 Jahr rezidivfrei
Stadium IV: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 3 Jahre rezidivfrei

Zulassung AS1, Kat. A, A40 + AS2, AS3:

Fahrtauglichkeit auf Grund des klinischen Verlaufs und unter regelmässigen Kontrollen festlegen

D) Hodgkin's Lymphom

Die Therapie des Hodgkin's Lymphoms hat sich in den letzten Jahrzehnten massiv verbessert. Die Heilungsrate, bezogen auf 5 Jahre nach Therapie beträgt 65 % (Stadium IV) bis 85 % (Stadium I).

Stadium I: Eine Körperregion betroffen
Stadium II: Zwei Körperregionen betroffen, auf gleicher Seite des Diaphragmas
Stadium III: Zwei Körperregionen betroffen, auf verschiedener Seite des Diaphragmas
Stadium IV: Extranodale Erkrankung (visceral)

a) Bewerber:

Zulassung AS1, Kat. B, B100, B80, B60:

Stadium I: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 4 Jahr rezidivfrei
Stadium II/III: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 5 Jahre rezidivfrei
Stadium IV: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 6 Jahre rezidivfrei

Zulassung AS1, Kat. A, A40 + AS2, AS3:

Unbedingte Zulassung möglich nach erfolgter Behandlung und einem rezidivfreien Intervall von ½ Jahr

b) Besitzstand:

Zulassung AS1, Kat. B, B100, B80, B60:

Unbedingte Zulassung möglich nach erfolgter Behandlung und einem rezidivfreien Intervall von ½ Jahr

Zulassung AS1, Kat. A, A40 + AS2, AS3:

Fahrtauglichkeit auf Grund des klinischen Verlaufs und unter regelmässigen Kontrollen festlegen

E) Non-Hodgkin-Lymphom

Die Rezidiv-Freiheit über 5 Jahre ist primär abhängig von der Histologie. Bei ‚Low-grade‘ Tumoren beträgt diese 60%, bei ‚intermediate grade‘ Einstufung 40 % und bei ‚high grade‘ Tumoren sinkt sie auf 25 %.

Low grade:	Kleinzellig
Intermediate grade:	Grosszellig
High grade:	Undifferenziert

a) Bewerber:

Zulassung AS1, Kat. B, B100, B80, B60:

Low grade:	Nur bedingte Zulassung möglich
Intermediate grade:	Nur bedingte Zulassung möglich
High grade:	Nur bedingte Zulassung möglich

Zulassung AS1, Kat. A, A40 + AS2, AS3:

Low grade:	Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 2 Jahre rezidivfrei
Intermediate grade:	Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 3 Jahre rezidivfrei
High grade:	Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 4 Jahre rezidivfrei

b) Besitzstand:

Zulassung AS1, Kat. B, B100, B80, B60:

Low grade:	Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 2 Jahre rezidivfrei
Intermediate grade:	Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 3 Jahre rezidivfrei
High grade:	Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 4 Jahre rezidivfrei

Zulassung AS1, Kat. A, A40 + AS2, AS3:

Fahrtauglichkeit auf Grund des klinischen Verlaufs und unter regelmässigen Kontrollen festlegen

F) Bronchus-Karzinom

Kleinzellige Bronchus-Karzinome haben bei Diagnosestellung in der Regel bereits metastasiert und werden nicht in die folgenden Betrachtungen einbezogen. Nicht-Kleinzeller metastasieren in Leber (40%), Nebennieren (30%), Gehirn (25%) und Knochen (20%). In Bezug auf Hirnmetastasen wird mit einer Hirnmetastasen - Inzidenz von 6 % gerechnet.

Stadium 1: T1/2, N0, M0

Stadium 2: T1/2, N1, M0

Stadium 3: Alle T/N, M0

a) Bewerber:

Zulassung AS1, Kat. B, B100, B80, B60:

Stadium 1: Nur bedingte Zulassung möglich

Stadium 2: Nur bedingte Zulassung möglich

Stadium 3: Nur bedingte Zulassung möglich

Zulassung AS1, Kat. A, A40 + AS2, AS3:

Stadium 1: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 2 Jahre rezidivfrei

Stadium 2: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 3 Jahre rezidivfrei

Stadium 3: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 5 Jahre rezidivfrei

b) Besitzstand:

Zulassung AS1, Kat. B, B100, B80, B60 :

Stadium 1: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 2 Jahre rezidivfrei

Stadium 2: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 3 Jahre rezidivfrei

Stadium 3: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 5 Jahre rezidivfrei

Zulassung AS1, Kat. A, A40 + AS2, AS3:

Fahrtauglichkeit auf Grund des klinischen Verlaufs und unter regelmässigen Kontrollen festlegen

G) Mamma-Karzinom

Die Berechnungen basieren auf den 5-Jahres-Überlebensraten in Abhängigkeit der Stadieneinteilung (Stadium 1 = 90%, Stadium 2 und 3 = 50%, Stadium 4 = 10%). In Stadium 4 beträgt die Gefahr von Hirnmetastasen ca. 20 %. Das Problem des Mamma-Karzinoms liegt darin, dass es noch viele Jahre nach Primärbehandlung zu einem Rezidiv kommen kann.

Stadium 1: Auf die Brust beschränkt

Stadien 2+3: Lokale Lymphknoten befallen

Stadium 4: Weitere Ausbreitung

a) Bewerber:

Zulassung AS1, Kat. B, B100, B80, B60:

Stadium 1: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 2 Jahre rezidivfrei

Stadium 2+3: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 6 Jahre rezidivfrei

Stadium 4: Nur bedingte Zulassung möglich

Zulassung AS1, Kat. A, A40 + AS2, AS3:

Stadium 1: Unbedingte Zulassung möglich nach erfolgter Behandlung und einem rezidivfreien Intervall von ½ Jahr

Stadium 2+3: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 1 Jahr rezidivfrei

Stadium 4: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 3 Jahre rezidivfrei

b) Besitzstand:

Zulassung AS1, Kat. B, B100, B80, B60:

Stadium 1: Unbedingte Zulassung möglich nach erfolgter Behandlung und einem rezidivfreien Intervall von ½ Jahr

Stadium 2+3: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 1 Jahr rezidivfrei

Stadium 4: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 3 Jahre rezidivfrei

Zulassung AS1, Kat. A, A40 + AS2, AS3:

Fahrtauglichkeit auf Grund des klinischen Verlaufs und unter regelmässigen Kontrollen festlegen

H) Nieren-Karzinom

Die 5-Jahres-Überlebensrate bei Stadium 1 oder 2 beträgt 70 %, diejenige bei Stadium 3 35 % und bei Stadium 4 10 %. Das Hirnmetastasen –Risiko beträgt 2 %.

Stadien 1/2: Innerhalb der Nierenkapsel bzw. innerhalb perirenalem Fettgewebe

Stadium 3: Blutgefässe der Nieren / regionale Lymphknoten betroffen

Stadium 4: Extranodaler Befall

a) Bewerber:

Zulassung AS1, Kat. B, B100, B80, B60:

Stadium 1/2: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 4 Jahre rezidivfrei

Stadium 3: Unbedingte Zulassung möglich, wenn > 5 Jahre rezidivfrei

Stadium 4: Nur bedingte Zulassung möglich

Zulassung AS1, Kat. A, A40 + AS2, AS3:

Unbedingte Zulassung möglich nach erfolgter Behandlung und einem rezidivfreien Intervall von ½ Jahr

b) Besitzstand:

Zulassung AS1, Kat. B, B100, B80, B60:

Unbedingte Zulassung möglich nach erfolgter Behandlung und einem rezidivfreien Intervall von ½ Jahr

Zulassung AS1, Kat. A, A40 + AS2, AS3:

Fahrtauglichkeit auf Grund des klinischen Verlaufs und unter regelmässigen Kontrollen festlegen

Teil 10 Krankheiten der Atmungsorgane

Pulmonale Erkrankungen können zu einer akuten Einschränkung der Dienstfähigkeit führen. Solche plötzliche Ereignisse sind zwar selten, aber trotzdem eine potentielle Gefahr für die Sicherheit im Bahnbetrieb, sei es in Folge eines Asthma-Anfalles, plötzlichen Hustenattacken bis hin zu Hustensynkopen sowie in Form einer Gasaustauschstörung (respiratorische Insuffizienz). Bei anamnestischen Anhaltspunkten für eine Lungenerkrankung sind weitere Abklärungen (bildgebende Verfahren, Lungenfunktionstestung, periphere O₂-Sättigung) angezeigt.

A) Asthma bronchiale

Erstuntersuchung, periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung:

Anforderungsstufen 1,2 und3:

Untauglich, wenn anamnestisch instabiles Asthma mit rezidivierenden Asthmaattacken

Eine bedingte Tauglichkeit (verkürzte Periodizität) kann ausgesprochen werden, falls folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Unter Medikation beschwerde- und anfallsfrei
- Anamnestisch keine gehäufte Asthma-Attacken und keine Hospitalisationen unter adäquater Therapie

B) Chronisch obstruktive Bronchitis (COB, COPD)

Erstuntersuchung, periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung:

Anforderungsstufen 1,2 und 3:

Untauglich bei schweren Formen einer COB

Leichte – mittelschwere Formen einer COB (Stadium I-II gemäss GOLD-Klassifizierung) mit Einschränkung der Lungenfunktion (FEV₁ > 50%) und peripherer O₂-Sättigung (Pulsoxi-metrie) > 90% führen zu einer *bedingten Tauglichkeit* (verkürzte Periodizität). Im Zweifelsfall ist ein fachärztliches Gutachten zu veranlassen.

C) Andere chronische Lungenerkrankungen mit funktionellen Einschränkungen, inkl. Emphysem, rezidivierender Pneumothorax

Erstuntersuchung:

Anforderungsstufen 1, 2 und 3:

Untauglich

Zulassung allenfalls möglich auf Grund eines entsprechenden pneumologischen Gutachtens.

Periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung:

Anforderungsstufen 1, 2 und 3:

Untauglich

Zulassung allenfalls möglich auf Grund eines entsprechenden pneumologischen Gutachtens.

D) Schlafapnoe-Syndrom (SAS)

Der Verdacht auf ein SAS ergibt sich bei einem erhöhten BMI (≥ 30), einem auffällig grossen Halsumfang (≥ 45 cm) und/ oder einer Waist-Hip-Ratio von > 1.0 bei Männern bzw. > 0.85 bei Frauen sowie Hinweisen auf eine Tagesschläfrigkeit (z.B. Epworth-Sleepiness-Scale). Im Zweifelsfall ist eine schlafmedizinische Abklärung zu veranlassen.

Erstuntersuchung:

Anforderungsstufe 1:

Untauglich (bei bestätigter Diagnose durch Facharzt)

Anforderungsstufe 2 und 3:

Zulassung in begründeten Ausnahmefällen möglich.

Periodische Untersuchung, ausserordentliche Untersuchung:

Anforderungsstufen 1, 2 und 3:

Bedingt tauglich

Bei Vorliegen mindestens eines erhöhten Wertes (BMI ≥ 30), Halsumfang ≥ 45 cm, Waist-Hip-Ratio von > 1.0 bei Männern und > 0.85 bei Frauen) ohne entsprechende Hinweise auf eine Tagesschläfrigkeit wird eine verkürzte Periodizität der vertrauensärztlichen Untersuchungen vorgeschlagen. Finden sich gleichzeitig Hinweise auf eine

Tagesschläfrigkeit, so ist zur Tauglichkeitsbeurteilung eine *schlafmedizinische Abklärung durch einen Facharzt* zu veranlassen. Wird die Verdachtsdiagnose eines SAS bestätigt so ist eine befristete Untauglichkeit von mindestens 4 Wochen festzulegen, um den Therapie-Erfolg mittels CPAP zu überprüfen. Die erneute, bedingte Tauglichkeit kann erst bestätigt werden, wenn die CPAP-Therapie konsequent und erfolgreich durchgeführt wird (schlafmedizinische Überprüfung) . Im Zweifelsfall ist mittels Maintenance of Wakefulness-Test (MWT, mit EEG-Ableitung) zu überprüfen, ob keine Tagesschläfrigkeit mehr besteht. Bei Vorliegen eines bereits diagnostizierten SAS: Besteht unter adäquater Therapie (z.B. CPAP) Symptombefreiheit, und bestehen von Seiten des Spezialisten keine Bedenken, so ist eine bedingte Tauglichkeit gegeben. Bedingung ist, dass der / die Betroffene sich zu einer kontinuierlichen Therapie und zu regelmässigen Kontrollen verpflichtet (schriftliche Vereinbarung). Der Erfolg der Therapie muss mittels fachärztlicher Abklärung regelmässig überprüft werden. Es sind jährliche Kontrollen in Bezug auf die Tauglichkeit vorzusehen. Ohne genügende Behandlung besteht eine Fahruntauglichkeit. Falls bezüglich des Therapie-Erfolgs Zweifel bestehen, kann der Maintenance of Wakefulness-Test (MWT) mit EEG-Ableitung oder allenfalls ein verkehrspsychologisches Gutachten Klarheit verschaffen.