

Schlafapnoe und Fahrtauglichkeit: Autofahren als Risiko

Dtsch Arztebl 2019; 116(7): [30]; DOI: 10.3238/PersPneumo.2019.02.15.005

[Huetten, Manuela](#)

[Newsletter abonnieren](#)[Newsletter abonnieren](#)[Zur Startseite](#)[Zur Startseite](#)

- [Artikel](#)
- [Grafiken/Tabellen](#)
- [Literatur](#)
- [Kommentare/Briefe](#)
- [Statistik](#)

Schlafstörungen beeinträchtigen die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen. Personen mit Schlafapnoe haben sogar eine 7-mal höhere Unfallrate als andere motorisierte Verkehrsteilnehmer. Doch wie wird die Fahrtauglichkeit geprüft?

Etwa 10 % der Bevölkerung erleben ihren Schlaf vorübergehend oder dauerhaft als nicht erholsam (1). Die häufigste Schlafstörung mit messbarer Tagesschläfrigkeit ist die obstruktive Schlafapnoe (OSA). Konzentrationsmängel, Ermüdung, verlangsamtes Reaktionsvermögen und der Sekundenschlaf können hinzukommen und im Straßenverkehr zum Problem werden. Betriebsärzte prüfen daher bei den Regeluntersuchungen auch die Fahrtauglichkeit.

Insbesondere bei Fahrzeugführern von Lkws, Omnibussen und Fahrzeugen zur Fahrgastbeförderung (Fahrzeugen der Gruppe 2) ist eine Tagesschläfrigkeit auszuschließen, um die Sicherheit im Straßenverkehr und den Schutz von Dritten zu gewährleisten. Für die Fahrzeuge der Gruppe 1 (Pkw und Zweiräder) gelten die gleichen Anforderungen, allerdings meist im privaten Kontext. Solche Tauglichkeitsuntersuchungen sind abzugrenzen von anderen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen (2).

Tagesschläfrigkeit bei Schlafapnoe

Die Eignung und/oder bedingte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen bei verschiedenen Erkrankungen ist seit 1998 durch die Fahrerlaubnisverordnung (FeV) geregelt. Darin wurde die „unbehandelte/behandelte Schlafapnoe mit ausgeprägter Vigilanzbeeinträchtigung“ erstmals berücksichtigt. Mit der Novellierung 2007 wurden die Einschränkungen präzisiert: Die messbare Tagesschläfrigkeit ist seitdem das entscheidende Kriterium, ob eine Teilnahme am Straßenverkehr möglich ist oder nicht.

Allerdings gibt es keine gesetzlichen Vorgaben, wie sie zu messen sei. Entsprechende Verunsicherungen konnten erst durch die Begutachtungsleitlinien (BGL) (3) plus Kommentar

(4) entschärft werden. Inzwischen wurde für den betriebsärztlichen Alltag in Zusammenarbeit mit Schlafmedizinerinnen und der DGUV (5) ein fester Algorithmus etabliert. Dieser ist auch für andere Verkehrsträger (Straßenbahn- und U-Bahn-Verkehr) zur Feststellung der Betriebsdiensttauglichkeit (6) verbindlich.

Im Rahmen der betriebsärztlichen Untersuchung wird den Probanden ein validierter Fragebogen (7), die Eppworth Sleepiness Scale (ESS), ausgehändigt. Er ist die Grundlage des Arzt-Probanden-Gesprächs, in dem zusätzlich 4 Fragen obligat zu stellen sind:

1. Schnarchen Sie, oder wurde Ihnen berichtet, dass Sie schnarchen?
2. Hatten Sie schon einmal Atemaussetzer?
3. Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit?
4. Sind Sie schon einmal ungewollt in „unangemessenen“ Situationen – zum Beispiel in einem Gespräch – eingeschlafen?

Die ESS dient der ersten Einschätzung für den Schweregrad einer Schlafapnoe und für die Dringlichkeit einer weiteren Abklärung (pathologisch ab 11 Punkten).

Weitere Risikofaktoren wie Hypertonie, Übergewicht, morgendliche Kopfschmerzen, Erektionsstörungen, verminderte Leistungsfähigkeit oder Nykturie (8) sprechen zusätzlich für eine relevante Schlaf-atemstörung und erfordern spezifische Abklärungen. Die bestehende Fahrtauglichkeit kann in der Regel erhalten bleiben. Nur wenn von „Sekundenschlaf“ oder ungewolltem Einschlafen berichtet wird, besteht sofort Fahruntauglichkeit für alle sicherheitsrelevanten Fahrtätigkeiten.

Eine weitere Herausforderung ist die Beurteilung von älteren Kraftfahrern, da Komorbiditäten (Depressionen, COPD, Hypertonie, kardiovaskuläre oder neurodegenerative Erkrankungen) Schläfrigkeit am Steuer befördern können. Ein Vigilanztest kann hier Klarheit schaffen, zum Beispiel verdeutlichen, dass Schläfrigkeit besteht, und den Probanden motivieren, sich einer weiteren Diagnostik zu stellen. Der Test sollte mindestens 30 Minuten dauern.

Die sich anschließende, fachärztliche Abklärung ist nicht mehr Aufgabe der Betriebsärzte – es sei denn, es handelt sich um einen Pneumologen mit verkehrsmedizinischer Qualifikation. Die Überweisung erfolgt durch den Hausarzt. Wie bei allen Screeninguntersuchungen sind Betriebsärzte auf eine gute Zusammenarbeit mit den Fachkollegen angewiesen.

Tabelle

Auszug aus Anlage 4 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) (9)

[Bild vergrößern](#) [Alle Bilder](#)

Es ist wünschenswert, dass die Hausärzte hier auf unsere Expertise vertrauen und Betroffene ohne weitere zeitaufwendige Voruntersuchungen überweisen. Gegebenenfalls können Atemaussetzer mit einem MicroMesam-Gerät geprüft werden. Allerdings muss Konsens darüber bestehen: Eine derartige Untersuchung kann nur für eine zusätzliche Motivation zur weiteren Abklärung bei dem Betroffenen eingesetzt werden. Eine tatsächliche Messung der Tagesschläfrigkeit findet bei dieser Untersuchung nicht statt.

Nach Abklärung durch die externen Fachkollegen muss durch den Betriebsarzt festgestellt werden, ob der Beschäftigte wieder an seinem Arbeitsplatz einsatzfähig ist. Voraussetzungen für den Wiedereinsatz im Fahrdienst mit Personenbeförderung sind:

- der Bericht aus dem Schlaflabor beziehungsweise eine fachärztliche Stellungnahme,
- ein positiver Vigilanztest sowie
- die persönliche Rückmeldung des Betroffenen zur Verbesserung seiner Befindlichkeit.

Ist eine Schlafapnoe diagnostiziert und mit einer N-CPAP-Maske therapiert, besteht in der Regel sofort uneingeschränkte Tauglichkeit. Vereinzelt werden auch Unterkieferaufbisschienen angewandt, zum Beispiel wenn eine Maskenunverträglichkeit besteht. Der Beschäftigte muss darüber aufgeklärt werden, dass seine Einsatzfähigkeit erneut infrage gestellt sein kann, wenn sich die Risikofaktoren ändern oder er die Therapie/Maske/Schiene nicht einsetzt.

Zu den betriebsärztlichen Nachuntersuchungen, die nach 12 Monaten stattfinden sollten und vom Betriebsarzt initiiert werden können, erhält der Beschäftigte erneut den ESS-Fragebogen. Zudem sollte bei Maskenträgern die Auswertung der Gerätwartung vorgelegt werden, um die Nutzungsdauer und Nutzungshäufigkeit zu überprüfen.

Anfangs war angedacht, auch im Rahmen der Nachuntersuchungen eine erneute Vorstellung im Schlaflabor zu veranlassen, was sich als unrealistisch (Kapazitätsengpässe) und auch als nicht notwendig herausgestellt hat. Nur bei veränderten Risikofaktoren (Beispiel: sehr starke Gewichtszunahme) sollte eine erneute Vorstellung bei einem Lungenfacharzt oder im Schlaflabor unter anderem zur Anpassung der Maskenbeatmung oder zur Therapieanpassung erfolgen.

Für Betriebsärzte in Verkehrsunternehmen ist die „Abklärung zum Ausschluss von Tagesschläfrigkeit“ inzwischen voll integrierter Bestandteil der Fahrtauglichkeitsuntersuchungen. Das Tool wird „as usual“ mit einer hohen Qualität eingesetzt.

Fazit

- Bei messbar auffälliger Tagesschläfrigkeit dürfen Betroffene nicht am Straßenverkehr teilnehmen.
- Bei einer unbehandelten Schlafapnoe mit Tagesschläfrigkeit sind Betroffene fahruntauglich.
- Nur wenn die Schlafapnoe erfolgreich behandelt wird und die Tagesschläfrigkeit behoben ist, besteht wieder Fahrtauglichkeit.
- Hierfür sind regelmäßige ärztliche Kontrollen empfehlenswert und sinnvoll. ■

DOI: 10.3238/PersPneumo.2019.02.15.005

Dr. med. Manuela Huetten

Leitende Betriebsärztin der Berliner Verkehrsbetriebe (BVG)

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur im Internet:

www.aerzteblatt.de/lit0719