



# NACHRICHTEN FÜR LUFTFAHRER

## TEIL II

49. Jahrgang

Offenbach a.M., 20. September 2001

### **Richtlinie des Bundesministeriums für Verkehr, Bau -und Wohnungswesen für die Feststellung der körperlichen Tauglichkeit des Personals in den Verwendungsbereichen Flugdatenbearbeitung, Flugberatung, Fluginformationsdienst sowie in der Inbetriebhaltung flugsicherungstechnischer Einrichtungen im Bereich der operationellen Flugsicherung**

#### **Allgemeines**

Zum Nachweis der körperlichen Tauglichkeit in der Flugdatenbearbeitung, Flugberatung, im Fluginformationsdienst sowie in der Inbetriebhaltung flugsicherungstechnischer Einrichtungen im Bereich der operationellen Flugsicherung ist ein Tauglichkeitszeugnis vorzulegen. Das Tauglichkeitszeugnis wird aufgrund ärztlicher Untersuchung ausgestellt, die als Erstuntersuchung und - unterschieden nach Verwendungsbereichen und Lebensalter - als periodische Nachuntersuchung vorzunehmen ist. Tauglichkeitsuntersuchungen sind durch Fachärzte für Arbeitsmedizin oder Betriebsärzte oder Fliegerärzte bzw. durch Fachärzte für Allgemeinmedizin, oder innere Medizin, die die Ermächtigung zur Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen besitzen, durchzuführen. Die in den Verwendungsbereichen unterschiedlichen Zeiten von Erst- und Nachuntersuchung sowie die medizinischen Gründe, die zur Untauglichkeit führen, sind in der folgenden Richtlinie geregelt. Der untersuchende Arzt sollte dem Bewerber präventiv-medizinische Erkenntnisse aus der Untersuchung mitteilen.

#### **Personal in der Flugdatenbearbeitung oder im Fluginformationsdienst :**

Die körperliche Tauglichkeit ist vor der Einstellung in einer Erstuntersuchung festzustellen. Mit Vollendung des 30. Lebensjahres bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres sind im 5 - Jahreszyklus und ab dem 45. Lebensjahr bis zum altersbedingten Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis im 3 - Jahreszyklus Nachuntersuchungen durchzuführen.

#### **Personal in der Flugberatung:**

Die körperliche Tauglichkeit ist vor der Einstellung in einer Erstuntersuchung festzustellen. Mit Vollendung des 35. Lebensjahres ist eine einmalige Nachuntersuchung und mit Vollendung des 45. Lebensjahres bis zum altersbedingten Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis sind im 5 - Jahreszyklus Nachuntersuchungen durchzuführen.

#### **Personal in der Inbetriebhaltung flugsicherungstechnischer Einrichtungen:**

Die körperliche Tauglichkeit ist vor der Einstellung in einer Erstuntersuchung festzustellen. Mit Vollendung des 35. Lebensjahres bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres sind im 5 - Jahreszyklus und ab dem 45. Lebensjahr bis zum altersbedingten Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis im 3 - Jahreszyklus Nachuntersuchungen durchzuführen.

#### **Für alle vorgenannten Verwendungsbereiche:**

Falls vom Arzt eine kürzere Frist für erforderlich gehalten wird,

kann eine vorzeitige Nachuntersuchung veranlaßt werden. Auch beim Vorliegen besonderer Gründe, die Zweifel an dem Fortbestehen der körperlichen Tauglichkeit aufkommen lassen, ist eine vorzeitige Nachuntersuchung entsprechend dieser Richtlinie durchzuführen.

Das Gesamtergebnis der Untersuchungen ist in einem Gesundheitszeugnis nach Anlage 1 niederzulegen.

Das Gesundheitszeugnis ist der DFS Deutsche Flugsicherung GmbH zu übermitteln und unbefristet aufzubewahren.

Der untersuchende Arzt hat das Ergebnis der Untersuchung ("**Tauglich**", "**Tauglich mit Auflagen**" oder "**Nichttauglich**") auf dem Zeugnis nach Anlage 1 zu vermerken. Das Ergebnis hat unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht in seiner Begründung eine in sich schlüssige, nachvollziehbare und für einen medizinischen Laien verständliche Aussage zu enthalten. Die Berechtigung(en) wird / werden mit Auflagen gültig, wenn die sichere Wahrnehmung der Aufgaben in der Flugdatenbearbeitung, Flugberatung, im Fluginformationsdienst sowie in der Inbetriebhaltung flugsicherungstechnischer Einrichtungen von der Einhaltung bestimmter Voraussetzungen abhängig ist.

Zur Durchführung des Untersuchungsauftrags wird dem untersuchenden Arzt ein Untersuchungsblatt über die Einzeluntersuchungen und deren Ergebnisse zur Verfügung gestellt ( Anlage 2. ) Dieses Untersuchungsblatt enthält auch die allgemeinen Angaben, die gesundheitliche Vorgeschichte und die Erklärung des zu Untersuchenden, ob er bereits früher auf körperliche Tauglichkeit in der Flugdatenbearbeitung, im Fluginformationsdienst sowie in der Inbetriebhaltung flugsicherungstechnischer Einrichtungen im Bereich der operationellen Flugsicherung untersucht worden ist und mit welchem Ergebnis. Die Angaben sind von dem zu Untersuchenden durch Unterschrift zu bestätigen. Wird durch Abgabe einer falschen Erklärung versucht, die Ausstellung eines Tauglichkeitszeugnisses zu erschleichen, sind die DFS Deutsche Flugsicherung GmbH und das Luftfahrt-Bundesamt unverzüglich zu benachrichtigen.

Das Untersuchungsblatt hat der untersuchende Arzt für Zwecke der Nachuntersuchung bei sich aufzubewahren.

Stellt der untersuchende Arzt im Rahmen der Tauglichkeitsuntersuchung bei dem Bewerber eine neurologische oder psychische Auffälligkeit fest, veranlaßt er die neurologische oder psychiatrische Untersuchung durch einen Neurologen oder Psychiater und informiert gleichzeitig die DFS über die veranlasste Untersuchung.

Der neurologischen oder psychiatrischen Eignungsuntersuchung sind die Ausführungen der Nr. 9 bis 11 zugrunde zu legen. Der Neurologe oder Psychiater teilt das Ergebnis seiner Untersuchungen "**Tauglich**", "**Tauglich mit Auflagen**" oder "**Nichttauglich**" der DFS Deutsche Flugsicherung GmbH mit. Auch dieses Ergebnis ist unbegrenzt aufzubewahren.

## Körperliche Anforderungen

**Das Personal in den Verwendungsbereichen Flugdatenbearbeitung, Flugberatung, Fluginformationsdienst sowie in der Inbetriebhaltung flugsicherungstechnischer Einrichtungen in der operationellen Flugsicherung muß sowohl geistig als auch körperlich tauglich sein, um den durch eine Berechtigung definierten Tätigkeitsumfang wahrnehmen zu können.**

Zu jeder Tauglichkeitsuntersuchung gehören die physikalische Untersuchung des ganzen Körpers, die Bestimmung der Blutsenkungsgeschwindigkeit, ein vollständiges Blutbild, ein vollständiger Urinstatus, eine Spirometrie einschließlich Tiffeneau-Wert und die Messung des Blutdrucks in Ruhe, liegend. Bei der Erstuntersuchung sind zusätzlich die Leberenzymwerte, die Nierenretentionswerte und der Nüchternblutzucker zu bestimmen. Bei Nachuntersuchungen sollte der Bestimmung dieser Laborwerte eine begründete Indikation vorliegen.

### Zu gesundheitlichen Bedenken führen folgende Mängel:

#### Nr. 1

Unbehandelte schlafbezogene Atmungsstörungen (Schlafapnoesyndrome) und dadurch verursachte ausgeprägte Vigilanzbeeinträchtigungen.

#### Nr. 2

Diabetes mellitus mit erheblichen Schwankungen der Blutzuckerwerte, insbesondere mit Neigung zur Hypoglykämie.

#### Nr. 3

Chronischer Alkoholmißbrauch oder Drogenabhängigkeit oder andere Suchtformen.

#### Nr. 4

Dauerbehandlung mit Medikamenten, die die selbstverantwortliche Tätigkeit am Arbeitsplatz oder in der Inbetriebhaltung flugsicherungstechnischer Einrichtungen einschränken.

#### Nr. 5

Erkrankungen oder Veränderungen des Herzens oder des Kreislaufs mit erheblicher Einschränkung der Leistungs- oder Regulationsfähigkeit, Blutdruckveränderungen stärkeren Grades.

#### Nr. 6

Erhebliche Einschränkung der Beweglichkeit, Verlust oder Herabsetzung der erforderlichen Kraft eines für die Durchführung der Tätigkeit am Arbeitsplatz oder in der Inbetriebhaltung flugsicherungstechnischer Einrichtungen wichtigen Gliedes.

#### Nr. 7

Unterschreiten der Mindestanforderungen an das Hörvermögen entsprechend der **Anforderungsstufe 2** der **Berufsgenossenschaftlichen Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen** nach **G 25** Tabelle 1 und 2.

#### Nr. 8

Unterschreiten der Mindestanforderungen an das Sehvermögen entsprechend der **Anforderungsstufe 2** der **Berufsgenossenschaftlichen Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen** nach **G 25** Tabelle 1 und 2.

#### Nr. 9

Bewußtseins- oder Gleichgewichtsstörungen sowie Anfallsleiden jeglicher Ursache.

#### Nr. 10

Erkrankungen oder Schäden des zentralen oder peripheren Nervensystems mit wesentlichen Funktionsstörungen, insbesondere organische Krankheiten des Gehirns oder des Rückenmarks und deren Folgezustände, funktionelle Störungen nach Schädel- oder Hirnverletzungen, Hirndurchblutungsstörungen.

#### Nr. 11

Gemüts- oder Geisteskrankheiten, auch wenn diese abgeklungen sind, jedoch ein Rückfall nicht hinreichend sicher ausgeschlossen werden kann, abnormer Wesensart oder abnormen Verhaltensweisen erheblichen Grades.

### Tauglichkeit

ist gegeben, wenn keine Gesundheitsstörung der Nummern 1 bis 11 vorliegt.

### Tauglich mit Auflagen

Hier handelt es sich um Erkrankungen oder Störungen im Bereich der Nummern 1 bis 11, soweit eine Wiederherstellung oder ausreichende Besserung zu erwarten ist.

### Oder

Beim Auftreten von Schäden oder Schwächen im Bereich der Nummern 1 bis 11, wenn unter Berücksichtigung besonderer Voraussetzungen (z. B. Beschaffenheit des Arbeitsplatzes, verkürzte Nachuntersuchungsfristen, spezifische Auflagen) und aufgrund der Gefährdungsbeurteilung nicht zu befürchten ist, daß diese Person sich selbst oder Dritte gefährdet.

**Die Auflagen sind im Gesundheitszeugnis unter "Begründung" eindeutig zu qualifizieren. Es muß klar erkennbar sein, für welche Tätigkeiten der Proband nicht herangezogen werden darf.**

### Nichttauglichkeit

ist gegeben, wenn Erkrankungen oder Störungen im Bereich der Nummern 1 bis 11 vorliegen, die unter Berücksichtigung von besonderen Voraussetzungen (z. B. Beschaffenheit des Arbeitsplatzes, verkürzte Nachuntersuchungsfristen, spezifische Auflagen) aufgrund der Gefährdungsbeurteilung zu befürchten ist, daß diese Person sich selbst oder Dritte gefährdet.

Die Richtlinie tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Bonn, den 25.08.2001

LS 16/60.43.13

Bundesministerium für Verkehr, Bau -und Wohnungswesen

i. A. R a d u s c h

# Gesundheitszeugnis

Herr/Frau \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

wurde am \_\_\_\_\_ auf Veranlassung \_\_\_\_\_

nach der Tauglichkeitsrichtlinie des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen für das Personal in den Verwendungsbereichen Flugdatenbearbeitung, Flugberatung, Fluginformationsdienst sowie in der Inbetriebhaltung flugsicherungstechnischer Einrichtungen im Bereich der operationellen Flugsicherung untersucht.

## Ergebnis der Untersuchung:

Tauglich

Tauglich mit Auflagen

Nichttauglich

**Begründung:** (Tauglichkeit mit Auflagen, Ergebnis einer psychologischen Beurteilung)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des untersuchenden Arztes, Stempel)

<b>STEMPEL DES UNTERSUCHENDEN ARZTES</b>				<b>RAUM FÜR ÄRZTLICHE ORDNUNGSVERMERKE</b>																																																																													
Erlaubnis				Familienname																																																																													
				bisher				erstrebt																																																																									
FLUGDATENBEARBEITUNG				Vorname																																																																													
FLUGBERATUNG																																																																																	
FLUGINFORMATIONSDIEST				Anschrift (Straße, PLZ, Ort)																																																																													
INBETRIEBHALTUNG FST																																																																																	
Arbeitgeber			seit			Geburtsdatum     .    .																																																																											
			Tag Monat Jahr																																																																														
Letzte Tauglichkeitsuntersuchung				<input type="checkbox"/> keine				<input type="checkbox"/> Erst-U.				<input type="checkbox"/> Nach-U.																																																																					
Name des Arztes/Anschrift:																																																																																	
Datum:																																																																																	
<p><b>Trafen oder treffen gegenwärtig eine oder mehrere der folgenden Tatsachen für Sie zu?</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:80%;"></th> <th style="width:5%;">nein</th> <th style="width:5%;">ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Häufige oder starke Kopfschmerzen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Kopf- oder sonstiger Unfall</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bewußtseinsstörung oder Bewußtlosigkeit</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Augenbeschwerden</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ohrenbeschwerden</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Heuschnupfen/Allergie</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Asthma/häufige Bronchitis</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Herzbeschwerden</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Blutdruck erhöht/erniedrigt</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Magen/Darm/Lebererkrankungen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nierenstein(e), Blut im Urin</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Zucker oder Eiweiß im Urin</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Epilepsie/Anfälle</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nervliche Beschwerden</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gewöhnung an Medikamente oder Suchtmittel</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gewöhnung an Alkohol</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Selbsttötungsversuch</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Erkrankung von Gelenken/Wirbelsäule</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Häufige Hautausschläge</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sonstige Erkrankungen</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>																	nein	ja	Häufige oder starke Kopfschmerzen			Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle			Kopf- oder sonstiger Unfall			Bewußtseinsstörung oder Bewußtlosigkeit			Augenbeschwerden			Ohrenbeschwerden			Heuschnupfen/Allergie			Asthma/häufige Bronchitis			Herzbeschwerden			Blutdruck erhöht/erniedrigt			Magen/Darm/Lebererkrankungen			Nierenstein(e), Blut im Urin			Zucker oder Eiweiß im Urin			Epilepsie/Anfälle			Nervliche Beschwerden			Gewöhnung an Medikamente oder Suchtmittel			Gewöhnung an Alkohol			Selbsttötungsversuch			Erkrankung von Gelenken/Wirbelsäule			Häufige Hautausschläge			Sonstige Erkrankungen		
	nein	ja																																																																															
Häufige oder starke Kopfschmerzen																																																																																	
Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle																																																																																	
Kopf- oder sonstiger Unfall																																																																																	
Bewußtseinsstörung oder Bewußtlosigkeit																																																																																	
Augenbeschwerden																																																																																	
Ohrenbeschwerden																																																																																	
Heuschnupfen/Allergie																																																																																	
Asthma/häufige Bronchitis																																																																																	
Herzbeschwerden																																																																																	
Blutdruck erhöht/erniedrigt																																																																																	
Magen/Darm/Lebererkrankungen																																																																																	
Nierenstein(e), Blut im Urin																																																																																	
Zucker oder Eiweiß im Urin																																																																																	
Epilepsie/Anfälle																																																																																	
Nervliche Beschwerden																																																																																	
Gewöhnung an Medikamente oder Suchtmittel																																																																																	
Gewöhnung an Alkohol																																																																																	
Selbsttötungsversuch																																																																																	
Erkrankung von Gelenken/Wirbelsäule																																																																																	
Häufige Hautausschläge																																																																																	
Sonstige Erkrankungen																																																																																	
<p><b>Ärztliche Behandlung letzte 5 Jahre:</b></p> <p>von - bis      Name/ Anschrift von Klinik/Arzt      <input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja (Grund der Behandlung eintragen)</p> <p> </p>																																																																																	
<p><b>Regelmäßige Einnahme von Medikamenten</b>      <input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">Mittel</th> <th style="width:25%;">Grund</th> <th style="width:15%;">von - bis</th> <th style="width:15%;">Dosis</th> <th style="width:20%;">Hausarzt (Name, Anschrift, Tel.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>																Mittel	Grund	von - bis	Dosis	Hausarzt (Name, Anschrift, Tel.)																																																													
Mittel	Grund	von - bis	Dosis	Hausarzt (Name, Anschrift, Tel.)																																																																													
<p>Wer bei dieser Untersuchung wesentlich falsche, unvollkommene oder zur Irreführung geeignete Angaben macht, setzt sich der Gefahr des Widerrufs der Erlaubnis aus. Die Feststellung über Nichttauglichkeit oder eingeschränkte Tauglichkeit des Bewerbers wird der Deutsche Flugsicherung GmbH durch Übersendung des Gesundheitszeugnisses mitgeteilt. der Bewerber bestätigt durch seine Unterschrift, daß er hiervon Kenntnis genommen hat und mit der vorgesehenen Handhabung einverstanden ist.</p>												<p>Ort, Datum</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Unterschrift des Bewerbers)</p>																																																																					

Anlage 2 - Formularrückseite

Name		Sonstige Vermerke			
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Größe (cm)	Gewicht (kg)	Körperbau <input type="checkbox"/> grazil <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> starkknochig	
Augenfarbe	Halsumfang (cm)	Brustumfang (cm) (insp.) (exsp.)		Leibesumfang (cm)	<input type="checkbox"/> Ergänzungsblatt angelegt

Bei pathologischem Befund ankreuzen	
Kopf - Gesicht - Hals	
Nasenhöhle - Nasenrachen	
Nasennebenhöhlen	
Mundhöhle - Rachen - Kehlkopf	
Äußeres Ohr - Labyrinth	
Tuben - Trommelfelle - Mittelohr	
Augen - brechende Medien	
Augenhintergrund	
Pupillenreaktion - Iris	
Augenbewegung - Nystagmus	
Brustkorb - Lungen	
Herz - Geräusche - Aktion	
Gefäße - Gefäßgeräusche	
Bauchdecken - Bauchorgane	
Enddarm - Anus - Prostata	
Innersekretorische Drüsen	
Harn- und Geschlechtsorgane	
Gliedmaßen und Gelenke	
Wirbelsäule - Rumpfmuskulatur	
Narben - bes. Kennzeichen	
Lymphknoten - Haut	
Nervensystem	
Psychischer Gesamteindruck	
Allgemeinzustand	
EKG - Befund vom:	
Rö. Thorax vom:	

<b>Atem- und Kreislauffunktionen</b>		im Liegen RR /	HF /min	Art der Belastung			
VK L	Tiffenau-Wert	im Stehen nach 1 Min. RR /	HF /min				
FEV 1 L	%	nach Belastung RR /	HF /min				
<b>Hörvermögen</b>		Audiometrie (kHz)	0,5	1	2	3	4
Re	Flüsterspr. m	Umgangsspr. m					
Li	Flüsterspr. m	Umgangsspr. m					
<b>Sehvermögen</b>		Ferne		Nähe		Bemerkungen	
	Visus	Korrektur	Visus	Korrektur	Visus	Gesichtsfeld	Augeninnendruck
Re							mm Hg
Li							mm Hg
Farbsehen	Ishihara		Anom.-Q.	Beurteilung			
Heterophorie	Entfernung (m)	hor.	vert.				
Raumsehen		Adaption		Akkommodation			

<b>Urin</b>	<b>Blut</b>	<b>Leuco</b>	<b>SGOT</b>	<b>Blutzucker nü.</b>
EW	Hb g %	davon Eos %	mU	mg %
Z	Ery Mio.	%	SGPT mU	BZ n. Belastg. mg %
Ubg-K	HbE yy	%	y-GT mU	mg %
Sed.	BSG / n.W.	%	Chol mg %	
			Trigl. mg %	
Lues-R				

Zusatzuntersuchungen:

Auflagen	Tauglichkeitsgrad
	als:
Hiermit bestätige ich, daß ich den Obengenannten gemäß der gültigen Richtlinie des BMVBW für die Feststellung der Tauglichkeit des FS-Personals (FDB u. FST) untersucht und alle erhobenen Befunde berücksichtigt habe.	Datum: Unterschrift: