



Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin



Kann – darf (!?) mein Patient eigentlich noch Auto fahren?

... und andere Fragen zur Verkehrstauglichkeit –

Hausärztliche Entscheidungen zwischen Verantwortung, Fürsorge und Schweigepflicht

Dr. med. Hans-Otto Wagner

FA für Allgemeinmedizin

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

- Einstieg am Beispiel der Demenz
 - Begriffe
 - Fakten
 - Konflikte
 - Strategien
 - Grundsätzliches und juristische Aspekte
- Häufige Beratungsanlässe
 - Grundsätzliches
 - Dokumentation
 - Arzneimittel
 - Krankheiten
- Orientierende ärztliche Untersuchung nach Anlage 5 FeV / Screening

Wurden Ihnen Honorare oder Übernachtungskosten für einen Kongress oder eine Fortbildungsveranstaltung durch ein Unternehmen der Gesundheitswirtschaft gezahlt oder erstattet?

NEIN

Hausärzte und Hausärztinnen sind oft die ersten Ansprechpartner für Menschen mit

- Gedächtnisbeschwerden oder Demenz
- oder (potentiellen) kognitiven Einschränkungen (Erkrankungen, Medikation, Alkoholproblemen)

Sie sind oft als erste damit konfrontiert und könnten das Problem der Fahrsicherheit **z.B. bei Demenz** bereits früh ansprechen

Je früher das Thema besprochen wird, desto mehr Gewicht könnte in der hausärztlichen Begleitung auf die Aspekte der Autonomie, Mobilität und sozialen Teilhabe gelegt werden

➤ Weil:

Wenn es so weit gekommen ist, dass dringender Handlungsbedarf besteht, steht hausärztliches Handeln zum Nachteil der Patientenzentrierung im Vordergrund

76, weiblich

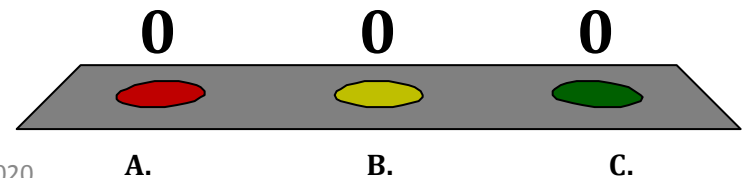
- KHK, Z.n. NSTEMI 2005/Stent
- gut eingestellte Hypertonie (155/95)
- Rheuma
- symptomlose Karotisstenose
- stabil, keine Symptome, Multimedikation
- kommt mit dem Auto in die Praxis

Würden Sie die Fahrtauglichkeit (prospektiv) ansprechen?

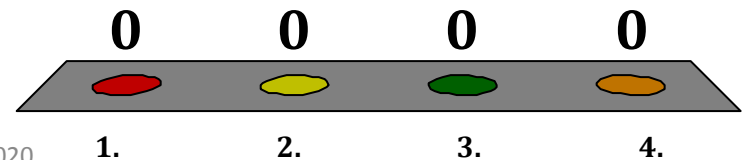
Würden Sie die Fahrtauglichkeit (prospektiv) ansprechen?

Fall 1

- A. Ja
- B. Nein
- C. Kann ich mich so nicht festlegen



1. Patienten könnten das Vertrauen verlieren
2. Patienten könnten in Zukunft Probleme verschweigen
3. Ich habe dazu keinen Auftrag
4. Es gibt keine gesicherten Erkenntnisse für eine derartige Intervention



Je früher das Thema besprochen wird, desto mehr Gewicht könnte in der hausärztlichen Begleitung auf die Aspekte der Autonomie, Mobilität und sozialen Teilhabe gelegt werden

➤ **Allerdings:**

Könnte der Patient schon früh alarmiert werden und u. U. Vertrauen verlieren

Die Begriffe Fahreignung, Fahrtauglichkeit oder Fahrsicherheit sind keine rechtlich geschützten Begriffe

Die Begriffe **Fahreignung**, Fahrtauglichkeit oder Fahrsicherheit sind keine rechtlich geschützten Begriffe

Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV)

Fahreignung = zeitlich stabile, situationsunabhängige generelle Disposition zum Führen eines Kraftfahrzeugs

- *„Werden Tatsachen bekannt, die Bedenken ... kann die Fahrerlaubnisbehörde ... ärztlichen Gutachtens ... anordnen“*

Die Beurteilung der **Fahreignung** an sich ist in der **Hausarztpraxis nicht möglich.**

Ausnahme:

- **Mittlere und schwere Demenz** (hier besteht Konsens, dass dann definitionsgemäß die Fahreignung nicht mehr gegeben ist) = **indirekte Beurteilung der Fahreignung**

Die Begriffe Fahreignung, **Fahrtauglichkeit** oder Fahrsicherheit sind keine rechtlich geschützten Begriffe

Fahrtauglichkeit = situations- und zeitabhängige Fähigkeit zum Führen eines Fahrzeugs zu einem bestimmten Zeitpunkt

- z.B. eingeschränkt bei Alkohol, Medikamenten, Krankheit, kognitiven Störungen, ...

Die **grundsätzliche Fahreignung** kann im **leichten Stadium** zwar gegeben sein, die **Fahrtauglichkeit in bestimmten Situation aber nicht** oder nur eingeschränkt, z.B. aufgrund von Medikamenten, die die psychophysischen Fähigkeiten vorübergehend beeinträchtigen (durch Müdigkeit, Schwindel etc.).

- Diese grundsätzliche **Fahreignung ist spätestens ab mittleren Stadium nicht mehr gegeben** aufgrund ausgeprägter psychophysischer (v.a. kognitiver) Funktionseinschränkung.

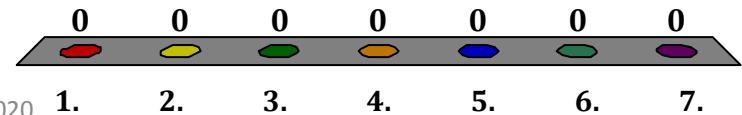
Die Begriffe Fahreignung, Fahrtauglichkeit oder **Fahrsicherheit** sind keine rechtlich geschützten Begriffe

FeV und Strafgesetzbuch

„Wer sich infolge körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen nicht sicher im Verkehr bewegen kann ...“

Für welche Gruppe hielten Sie eine (evtl. regelmäßige) Überprüfung der Fahrtauglichkeit angebracht

1. 20-jährige
2. Patienten mit Herz-Kreislauf-erkrankungen
3. > 80-jährige
4. Patienten mit Multimedikation
5. Patienten mit psychischen Erkrankungen
6. Bei Therapie mit Opiaten
7. Nur bei Fahrer in der Personenbeförderung



- Relevante Persönlichkeitsmerkmale und/oder psychophysischen Funktionen
z.B. bei schwerer Demenz: **Fahreignung grundsätzlich nein!**
- Medikamente: **Fahrtauglichkeit?**
- **Fahrsicherheit?** Frage nach Red Flags



- Ältere Menschen **stellen nicht per se ein größeres Verkehrsrisiko** dar als jüngere Menschen.
- Der relative Anteil der Hauptverursacher/innen im höheren Alter (> 75) nimmt allerdings zu.
- Der Anteil an allen Unfällen mit Personenschaden aufgrund fahrerischen Fehlverhaltens **nimmt mit dem Alter ab**.
- Liegt die **Fahrleistung pro Jahr über 3.000 km**, bleibt das Unfallrisiko ab einem Alter von 30 Jahren auch bis ins hohe Alter relativ konstant niedrig.

- Einstieg am Beispiel der Demenz
 - Begriffe
 - Fakten
 - **Konflikte**
 - **Strategien**
 - **Grundsätzliches und juristische Aspekte**
- Häufige Beratungsanlässe
 - Grundsätzliches
 - Dokumentation
 - Arzneimittel
 - Krankheiten
- Orientierende ärztliche Untersuchung nach Anlage 5 FeV / Screening
- Besonderheiten bei der Probenentnahme im forensischen Bereich (CTU)

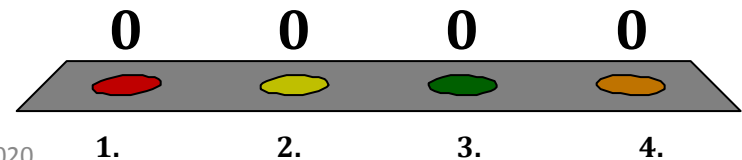
70, männlich

- Leichte Demenz (MMST 25 Punkte)
- Hypertonie, Spinalkanalstenose
- Keine sonstigen körperlichen Symptome
- Medikation: Betablocker, Diuretikum, Rivastigmin, Tilidin
- Lebt alleine mit seiner Frau, kommen gut zurecht, er fährt mit dem Auto 5 km zum Einkaufen, seine Ehefrau hat keinen Führerschein

Ehefrau: Er sei sehr vergesslich, habe sie neulich beim Einkaufen vergessen, sei einfach nach Hause gefahren und habe sie in der Nachbarschaft gesucht. Beim Einfahren in die Garage “touchiere” er gelegentlich die Garage, keine anderen Unfälle bisher (unfallfrei seit 30 Jahren)

Sie sprechen den Patienten an.
Er ist empört und fragt Sie wer so einen Quatsch
erzähle?

1. Sie lassen es (vorerst) auf sich beruhen
2. Sie erkennen eine Gefahr (Demenz + Medikation) und reden mit der Tochter
3. Sie nehmen sich vor beim nächsten Mal das Thema feinfühlicher anzugehen
4. Sie verbieten dem Patienten das Autofahren



Kein Demenztest und auch kein verkehrspsychologisches Kurzverfahren ist bei Hausarztpatienten (mit leichter Demenz) bzgl. Fahrsicherheit **validiert**

Zwei Möglichkeiten:

1. Indirekte Bewertung der **Fahrtauglichkeit** über die Medikation
2. Fokussierung auf **Fahrsicherheit** über verhaltensnahe Parameter

- Fachinformation (www.fachinfo.de)
- Kurze [Liste des ADAC](#)
- Detaillierte [Wirkstofflisten](#) (Einteilung in vier Gefährdungskategorien) *

➤ **Allerdings:**

Es kann (prinzipiell) **jedes Medikament** (und natürlich jede Erkrankung) die Fahrtüchtigkeit beeinflussen

* Europäisches Konsortialprojekt mit 1.541 Arzneistoffen: **DRUID** (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines) 2012

Aufklärung über die potentielle Beeinträchtigung der
Fahrtüchtigkeit aufgrund der aktuellen Medikation !

Detaillierte Wirkstofflisten (Einteilung in vier
Gefährdungskategorien) *

- **Patient**
- **Angehörige**

Anhaltspunkte für die Fahrsicherheit (bei leichter Demenz)

Beobachtungen und Berichte:

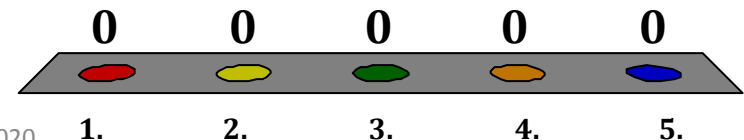
➤ **Red Flags / Fahrsicherheitsrelevante Auffälligkeiten:**

Berichte von Patienten, Angehörigen, Medizinische Fachangestellte und eigene Beobachtungen

2. Verhaltensnahe Parameter

Red Flags / Fahrsicherheitsrelevante Auffälligkeiten (eine Auswahl):
Berichte von Patient*in, Angehörigen, Medizinische Fachangestellte und eigene Beobachtungen
unangebrachte Geschwindigkeit
langsame Reaktion
Verkehrszeichen falsch deuten oder übersehen (z.B. bei Grün halten)
Unsicherheit auf neuen oder stark befahrenen Strecken
nicht blinken beim Abbiegen oder Spurwechsel
Pedale falsch nutzen
Probleme, mehrere Funktionen beim Fahren zu bedienen
Unsicherheiten beim Rückwärtsfahren
zu dichtes Auffahren
häufige „Beinahe-Unfälle“
Außenspiegel abfahren und andere Blebschäden
Vorfahrt missachten
Verirren während einer Autofahrt
Beifahrer*innen fühlen sich unsicher oder wollen nicht mehr mitfahren
Hupen oder verärgerte Gesten anderer Verkehrsteilnehmer

1. Schweigepflicht
2. Eigene Unsicherheit
3. Fürsorge für andere (und den Patienten)
4. Gefährdung der Patientenautonomie
5. Vertrauensverlust (z.B. auch, wenn ihr Vorgehen bei anderen bekannt wird)



❖ **Mobilität** erhalten

dadurch:

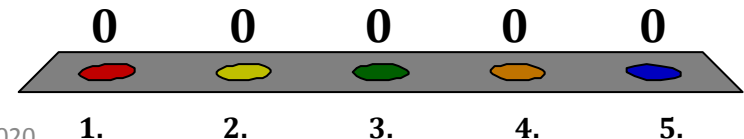
❖ **Autonomie** wahren

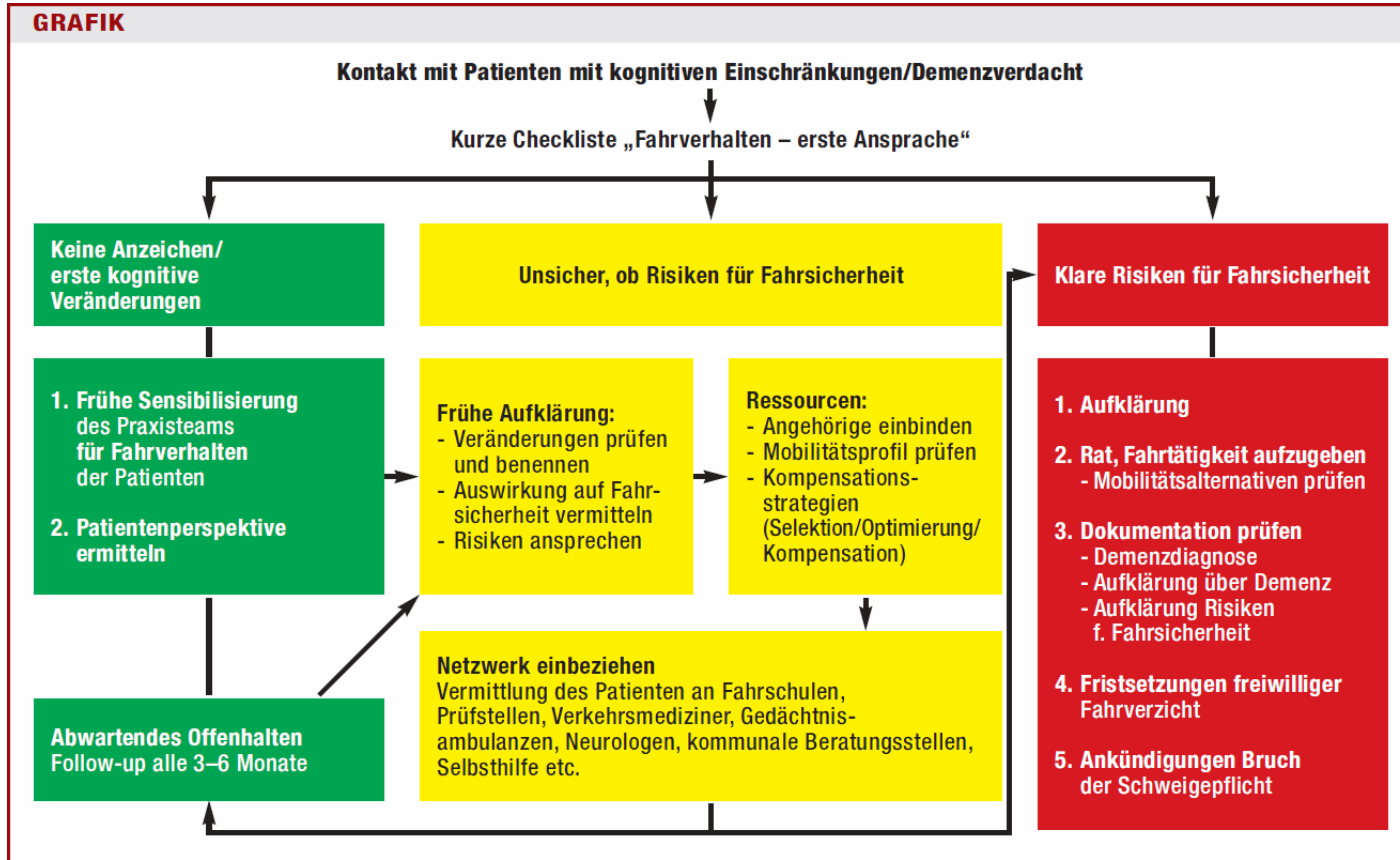
❖ **Soziale Teilhabe** erhalten

→ möglicher Konflikt mit Sicherheit

für Patient/in und/oder andere Verkehrsteilnehmende

1. Sie dokumentieren alles sehr genau
2. Sie lassen sich das von dem Patienten unterschreiben (dass Sie ihn aufgeklärt haben)
3. Sie reden “unter der Hand” mit Angehörigen
4. Sie “drohen” mit einem Bruch der Schweigepflicht
5. Sie melden “anonym” an die Verkehrsbehörde
6. Sie sind unsicher und lavieren sich durch





Algorithmus zur Vorgehensweise in der Hausarztpraxis

(nach [47], mod. nach dem kanadischen The Champlain Dementia Network: The Driving and Dementia Tool Kit, 2009 [28])

© HO Wagner 2020

„Wie ist das denn bei Ihnen mit dem Autofahren?“

„Wieviel sind Sie früher so gefahren? Und beruflich?“,

„Wie erleben Sie das Autofahren jetzt?“

„Was bedeutet Autofahren für Sie?“

- Abwartendes Offenhalten
- Evtl. Einschätzung des Schweregrades der Demenz
- Red Flags?
- Abwendbar gefährlicher Verlauf?



- Aufklärung
- Rat Fahrtätigkeit aufzugeben
- Dokumentation
- Diagnose
- Medikation

Klare Risiken für Fahrsicherheit

1. Aufklärung
2. Rat, Fahrtätigkeit aufzugeben
- Mobilitätsalternativen prüfen
3. Dokumentation prüfen
- Demenzdiagnose
- Aufklärung über Demenz
- Aufklärung Risiken
f. Fahrsicherheit
4. Fristsetzungen freiwilliger
Fahrverzicht
5. Ankündigungen Bruch
der Schweigepflicht



Mögliche Eskalation

- **Dokumentierte und bezugte** Aufklärung über die Demenzerkrankung und die damit verbundene fehlende Fahreignung / Fahrtauglichkeit / Fahrsicherheit
- **Dokumentierte und bezugte** Fristsetzungen zum freiwilligen Fahrverzicht und zur Meldung an die Behörde
- **Dokumentierte und bezugte** Ankündigungen des Bruchs der Schweigepflicht und der Mitteilung an das Straßenverkehrsamt

Klare Risiken für Fahrsicherheit

1. Aufklärung
2. Rat, Fahrtätigkeit aufzugeben
- Mobilitätsalternativen prüfen
3. Dokumentation prüfen
- Demenzdiagnose
- Aufklärung über Demenz
- Aufklärung Risiken f. Fahrsicherheit
4. Fristsetzungen freiwilliger Fahrverzicht
5. Ankündigungen Bruch der Schweigepflicht

Ein Möglichkeit bei Freiwilligkeit

- Fahrsicherheitstraining
- Fahrverhaltensproben (bei geschulten Fahrlehrer)
- Mobilitätschecks
 - **Vertraulich**
 - Nicht rechtsverbindlich
 - Reflektion eigener Kompetenzen

Demenz: Niedrigprävalenz (!) in der Hausarztpraxis

- Selbst bei über 75-Jährigen ist der Wunsch um Thematisierung der Erkrankung oder ihrer Symptome nicht unter den Top 20 der häufigen Beratungsanlässe
- Trotzdem sollten die Gespräche zur Fahrsicherheit als kontinuierlicher Prozess Bestandteil der Beratungen sein
- Dokumentation

... Patient

(mit zunehmenden kognitiven Einschränkungen):

- Autonomie wahren
- Patientenwillen respektieren
- Mobilität so lange wie möglich erhalten

... Patient

(mit zunehmenden kognitiven Einschränkungen):

- Konflikt entschärfen
- Beurteilung kritisch prüfen
- gemeinsames Gespräch

Beurteilung der Fahrtauglichkeit
(außer bei Red Flags und höheren Demenzgraden)
in der Hausarztpraxis nicht möglich

- Beratungsstellen (Fahrtauglichkeit, -sicherheit)
- **eigene Verantwortung (oder der Angehörigen!)**

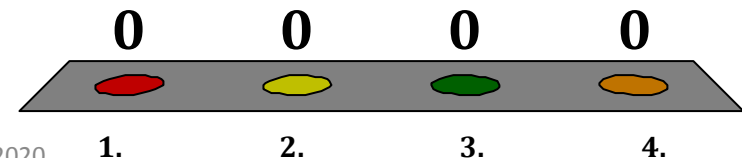
69, männlich

- Zumindest leichte Demenz wahrscheinlich (bisher Testung verweigert)
- Stabile KHK, Z.n. TIA, Depression, Schlafstörung, Schwindelattacken, Neuralgie,
- Bierkonsum eher viel
- Medikation: Betablocker, ASS, Statin, Duloxetin, Mirtazepin, Pregabalin
- Alleinstehend, fährt weite Strecken mit seinem SUV

Ist aufgeklärt über die Problematik des Autofahrens, erscheint aber wenig einsichtig

Hatte neulich einen Verkehrsunfall (nach seinen Angaben ohne Personenschaden ohne eigene Schuld)

1. Sprechen das Thema nicht weiter an
2. Planen ein erneutes Gespräch
3. Erwägen die Möglichkeit einer Meldung an die Verkehrsbehörde
4. Sprechen eine solche Möglichkeit im Gespräch an



In Deutschland sind Hausärzte nicht zur Überprüfung der Fahrtauglichkeit verpflichtet

- Primär (!) zu beachten ist die ärztliche Schweigepflicht (§203 StGB)

- Grundsätzlich ist der Bruch der Schweigepflicht strafbewehrt und kann im Einzelfall richterlich überprüft werden
 - Primar (!) zu beachten ist die ärztliche Schweigepflicht (§203 StGB)
- Es besteht keine Offenbarungspflicht (nur in sehr seltenen Ausnahmefällen)

- Ein Bruch dieser Schweigepflicht ist nur bei Gefährdung der Sicherheit (Patient und andere) **in Betracht zu ziehen***
 - sogen. Offenbarungsbefugnis
- Als Grundlage für diesen Bruch kann der rechtfertigende Notstand (§34 StGB) herangezogen werden

- Einstieg am Beispiel der Demenz
 - Begriffe
 - Fakten
 - Konflikte
 - Strategien
 - Grundsätzliches und juristische Aspekte
- **Häufige Beratungsanlässe**
 - **Grundsätzliches**
 - **Dokumentation**
 - Arzneimittel
 - Krankheiten
- Orientierende ärztliche Untersuchung nach Anlage 5 FeV / Screening
- Besonderheiten bei der Probenentnahme im forensischen Bereich (CTU)

Eine regelmäßige Überprüfung der Fahreignung ist in Deutschland für Inhaber der Fahrerlaubnisklasse B nicht vorgesehen

Aber:

§ 2 (1) FeV: “Wer sich infolge körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn Vorsorge getroffen ist, ...“

Eine Begutachtung erfolgt nur nach anlassgebenden Zweifeln an der Fahreignung durch Veranlassung der Fahrerlaubnisbehörde

Aber:

Vor dem Hintergrund der unabhängigen Begutachtung der Fahreignung erscheint eine **Verlagerung der Begutachtungsverfahren in die Hausarztpraxis nicht sinnvoll**

- Generell bestimmt der Patient den Umfang des Behandlungsauftrages
- Selbstbestimmungsrecht
- GKV: **Kurative** Medizin
WANZ: wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig
- Systemperspektive (Berufsordnung): Schutz des Patienten

Die Thematisierung oder ein Auftrag zur Beurteilung der Fahrtauglichkeit gehört nicht dazu

- und kann im Zweifelsfall nur aus der Systemperspektive begründet werden
- und/oder im Zusammenhang mit den Aufklärungspflichten

Nach der Fahrerlaubnisverordnung ist jeder Verkehrsteilnehmer verpflichtet **selbstständig und eigenverantwortlich** zu prüfen (oder prüfen zu lassen) ob Fahrtauglichkeit besteht

- z.B. muss bei Müdigkeit eine Fahrpause eingelegt werden
- oder auch bei nur geringen Mengen Alkohol

Die gilt grundsätzlich auch bei jeder Art von Erkrankungen (oder Symptomen) und Medikamenteneinnahme

Mündliche Aufklärung ist meist ausreichend oder (evtl.) kurze Dokumentation, z.B.

- wenn es wichtig erscheint, dass sie stattgefunden hat, weil der Patient uneinsichtig erscheint
- sie vom „Normalen“ abweicht (individuelle Risikoerhöhung)

Ausnahmen:

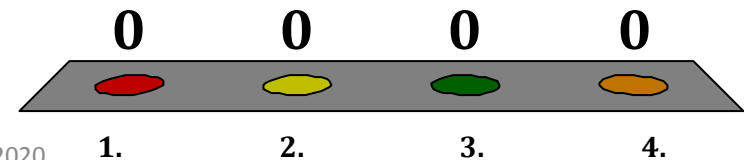
- Kognitive Einschränkung
- Unmittelbare Gefahr (im Verzuge)

69, männlich

- Stabile KHK, Z.n. TIA, Depression, Schlafstörung, Schwindelattacken, Neuralgie,
- **Bierkonsum eher viel, hatte neulich in der Praxis einen Foetor alcoholicus, obwohl er mit dem Auto gekommen war**
- Medikation: Betablocker, ASS, Statin, Rivastigmin, Duloxetin, Mirtazepin, Pregabalin
- Fettleber
- Alleinstehend, fährt weite Strecken mit seinem SUV

Ist aufgeklärt über die Problematik des Autofahrens, erscheint aber wenig einsichtig
Hatte neulich einen Verkehrsunfall (nach seinen Angaben ohne Personenschaden ohne eigene Schuld)

1. Sprechen das Thema nicht weiter an
2. Planen ein erneutes Gespräch
3. Erwägen die Möglichkeit einer Meldung an die Verkehrsbehörde
4. Sprechen eine solche Möglichkeit im Gespräch an



Aufzuzeichnen sind alle (aus fachlicher Sicht) für die derzeitige und künftige Behandlung **wesentlichen Maßnahmen** und deren Ergebnisse

- Insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen
- Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen
- Einwilligungen und Aufklärungen
- ...

- Anhand der vorliegenden Dokumentation wird immer von der Annahme ausgegangen, dass nicht dokumentierte Umstände oder Tatsachen entweder unbedeutend waren oder nicht stattgefunden haben.
- **Es muss allerdings natürlich nicht alles was gesprochen, erörtert, erklärt, untersucht und vereinbart wurde lückenlos aufgeschrieben werden!**

- Grundsätzlich muss die Behandlung nachvollziehbar sein
- Abwägung zwischen effizienter Patientenbetreuung und den Anforderungen der Dokumentationspflicht
- **so viel wie nötig und so kurz und knapp wie möglich**
- Abweichungen vom „Normalen“ sind dokumentationspflichtig und „Normales“ immer dann, wenn es wichtig ist (z.B. dass es stattgefunden hat)

Insofern ist die Dokumentation von Routinen nicht erforderlich, also das was zum üblichen Standard gehört.

Da ist das Gespräch ausreichend, z.B.:

- Normale Dosierung bei medikamentöser Therapie
- Hinweise auf die UAW und die Risiken (Fahrtüchtigkeit)
- Normale Kontrollen
- Wiederkommen bei ausbleibender Besserung

Ansonsten würde die Dokumentation von Textbausteinen bestimmt

- weder sind normale Aufklärungen und routinemäßige ärztliche Hinweise dokumentationspflichtig
- noch sind in der Hausarztpraxis i.d.R. Unterschriften erforderlich

- Einstieg am Beispiel der Demenz
 - Begriffe
 - Fakten
 - Konflikte
 - Strategien
 - Grundsätzliches und juristische Aspekte
- Häufige Beratungsanlässe
 - Grundsätzliches
 - Dokumentation
 - **Arzneimittel**
 - **Krankheiten**
- Orientierende ärztliche Untersuchung nach Anlage 5 FeV / Screening
- Besonderheiten bei der Probenentnahme im forensischen Bereich (CTU)

- Fachinformation (www.fachinfo.de)
- Kurze [Liste des ADAC](#)
- Detaillierte [Wirkstofflisten](#) (Einteilung in vier Gefährdungskategorien) *

➤ **Allerdings** kann (prinzipiell)
jedes Medikament (und natürlich jede Erkrankung)
die Fahrtüchtigkeit beeinflussen



Project No. TREN-05-FP6TR-S07.61320-518404-DRUID

DRUID

Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines

Integrated Project 1.6. Sustainable Development, Global Change and Ecosystem 1.6.2: Sustainable Surface Transport

6th Framework Programme

Deliverable 4.4.1

Classification of medicinal drugs and driving: Co-ordination and synthesis report.

Medikamente und Fahrtüchtigkeit

DRUID CATEGORIZATION OF MEDICINES ACCORDING TO THEIR EFFECT ON FITNESS TO DRIVE






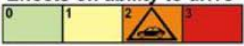
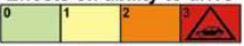
				
	Category 0	Category 1	Category 2	Category 3
Categories	Presumed to be safe or unlikely to produce an effect on fitness to drive.	Likely to produce minor adverse effects on fitness to drive.	Likely to produce moderate adverse effect on fitness to drive.	Likely to produce severe effects on fitness to drive or presumed to be potentially dangerous.
Information for physicians and pharmacists Information on how to advise their patients	- Confirm that the medicine will be safe for driving, provided that combinations with alcohol and other psychotropic medicines are excluded.	- Inform the patient that impairing side effects may occur especially during the first days and that they have a negative influence on his/her driving ability. - Give the patient the advice not to drive if these side effects occur.	- Inform the patient about the possible impairing side effects and the negative influence on his/her driving ability. - Advise the patient not to drive during the first few days of the treatment. - If possible prescribe a safer medicine, if effective and acceptable by the patient.	- Inform the patient about the possible impairing side effects and the negative influence on his/her driving ability. - Urgently advise the patient not to drive. - Consider prescribing a safer medicine, if acceptable by the patient.
Warning for patients	[no warning needed]	Warning level 1 Do not drive without having read the relevant section on driving impairment in the package insert.	Warning level 2 Do not drive without advice of a health care professional. Read the relevant sections on driving impairment in the package insert before consulting the physician or pharmacist	Warning level 3 Do not drive. Seek medical advice after a period of treatment about the conditions to restart driving again.
		Effects on ability to drive  Be careful! Read the patient information leaflet before driving	Effects on ability to drive  Be very careful! Don't drive without the advice of your GP or pharmacist	Effects on ability to drive  Attention: danger! Do not drive. Seek medical advice before driving again

Abb. 2: Vorschlag der DRUID-Gruppe für ein europäisches Kategorien- und Kennzeichnungssystem inkl. entsprechender Informationen für Ärzte/innen (Ravera et al 2012)

Medikamente und Fahrtüchtigkeit

DRUID CATEGORIZATION OF MEDICINES ACCORDING TO THEIR EFFECT ON FITNESS TO DRIVE

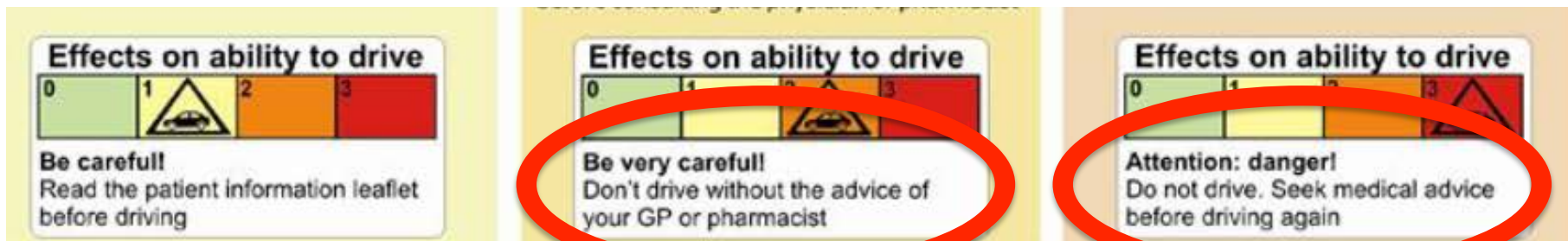


Abb. 2: Vorschlag der DRUID-Gruppe für ein europäisches Kategorien- und Kennzeichnungssystem inkl. entsprechender Informationen für Ärzte/innen (Ravera et al 2012)

ADAC

Verkehrsexperten informieren

Medikamente im Straßenverkehr

- Mit Chemie den Alltag meistern?
- Fahrtüchtig nur mit Medikamenten
- Wenn Sie Medikamente nehmen müssen

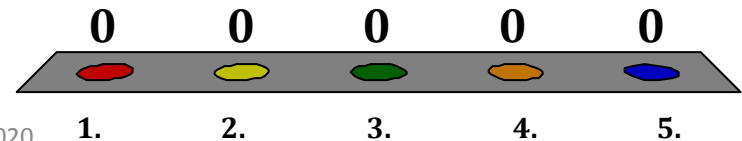
+ = schwach ++ = wenig +++ = mäßig ++++ = deutlich

Wirkstoffklasse bzw. Wirkstoff	verkehrswichtige Wirkung*	Fachinformationen
Analgetika (Schmerzmittel), zentral und peripher		
Opiate: Morphin, Codein Opioide: Fentanyl, Substitutionsstoffe (Methadon, Buprenorphin), Oxycodon, Hydromorphon, Tilidin, Tramadol	++ bis ++++	Häufig Kombinationspräparate mit anregenden oder beruhigenden Substanzen. Mit Coffein z. B. machen sie bei nachlassender Wirkung des Coffeins plötzlich sehr müde. Gefährdung durch Schmerzunempfindlichkeit (Analgesie), Ruhigstellung (Sedierung), bei abruptem Absetzen nach längerfristiger Einnahme ggf. Auslösung von Entzugssymptomen.

Generelles Fahrverbot gilt – selbst wenn Sie sich fit fühlen –

- in den ersten 24 Stunden nach einer Narkose (auch bei ambulanten Operationen).
- nach Augenuntersuchungen, bei denen der Arzt die Pupille mit Tropfen weit gestellt hat. Die Augen sind durch die Weitstellung blendempfindlich, die Sehschärfe ist reduziert.
- bei Einnahme von starken Schmerzmitteln (Morphin-Abkömmlinge oder Opioide Analgetika). Bei Neu- oder Umstellung einer chronischen Schmerzmedikation spricht der behandelnde Arzt Empfehlungen zur Länge einer vorübergehenden oder anhaltenden Fahruntauglichkeit aus.

1. Sie klären mündlich über die Möglichkeit der Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit auf und dokumentieren das nicht
2. Sie klären mündlich über die Möglichkeit der Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit auf und dokumentieren das
3. Sie lassen sich das von dem Patienten unterschreiben (dass Sie ihn aufgeklärt haben)
4. Sie sagen ihm, dass er (zunächst nicht fahrtüchtig ist)
5. Sie verbieten ihm (vorübergehend) das Autofahren



Aufklärung über die potentielle Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit !

- Mündlich (mündiger Patient oder Betreuungsperson)
 - (im Zweifelsfall, besonders bei riskanten Arzneimittel auch schriftlich)
- Ein Rezept ist keine Anordnung, sondern eine Empfehlung, ein Angebot
- Patient entscheidet selbst über die Einnahme (Autonomie!)
- d.h. er ist auch selbst verantwortlich

- Einstieg am Beispiel der Demenz
 - Begriffe
 - Fakten
 - Konflikte
 - Strategien
 - Grundsätzliches und juristische Aspekte
- Häufige Beratungsanlässe
 - Grundsätzliches
 - Dokumentation
 - Arzneimittel
 - **Krankheiten**
- Orientierende ärztliche Untersuchung nach Anlage 5 FeV / Screening
- Besonderheiten bei der Probenentnahme im forensischen Bereich (CTU)

- Demenz
- Sehstörung
- Kardiologische, neurologische und psychiatrische Erkrankungen
- Diabetes
- Hörstörung
- Medikamenteneinnahme
- u.a.

	Führerschein A, A1, A2, B, BE, AM, L und T
	Mindestanforderung bei Erwerb des Führerschein
Sehen	
Visus	0,7 / 0,7
Farbsehen	Kein Ausschluss
Gesichtsfeld	Untersuchung nur, wenn Sehtest nicht bestanden
Hören	Grundsätzlich keine Einschränkung der Fahrtauglichkeit *

Einzelempfehlungen zu: (relevant für Begutachtungen)

- Arrhythmien
- Hypertonie
- Myokardinfarkt
- Herzinsuffizienz
- Epilepsie
- Z.n. Alkoholabhängigkeit
- u.v.a.m.

Unfallrisiko: ca. 1,2-fach höher als für die Allgemeinbevölkerung

- Dies ist im Vergleich zu den Auswirkungen anderer Erkrankungen auf die Unfallhäufigkeit im Straßenverkehr sehr niedrig

Fahrttüchtigkeit: bei stabiler Stoffwechsellage

Aufklärung:

- Hypoglykämie-Risiken (möglicherweise Fahruntüchtigkeit)
- Komorbiditäten (Retinopathie)

Aufklärung und Eigenverantwortung!

- Fahrantritt nur bei Wohlbefinden
- Blutzucker-Kontrolle vor Fahrantritt
- Protokollheft führen
- Mitführen von Blutzucker-Messgerät
- Mitführen von Traubenzucker u. ä.
- Regelmäßige Pausen und Blutzucker-Kontrollen
- Fahrtabbruch bei hypoglykämischen Zeichen
- Sicher die Behandlung der Hypoglykämie beherrschen

Nach § 315 c StGB **macht sich strafbar**, wer im Straßenverkehr ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge geistiger oder körperlicher Mängel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, und dadurch Leib oder Leben eines anderen Menschen oder fremde Sachen von bedeutendem Wert gefährdet.

Mutmaßliche Ursachen:

- 38 % Epilepsie
 - 21 % Ohnmacht, Bewusstlosigkeit (Blackout)
 - 18 % Insulinpflichtiger Diabetes
 - 8 % kardial
 - 7 % Schlaganfall
 - 7 % sonstige
- Herzerkrankungen waren meist schon vor dem Unfall bekannt
 - In 65 % der Fälle kam es zu einem Unfall
 - 36 % der Fahrer verstarben akut an ihrer Erkrankung
- Hitosugi M et al: Sudden illness while driving a vehicle - a retrospective analysis of commercial drivers in Japan. Scand J Work Environ Health
 - Petch MC (on behalf of the task force, 1998) Driving and heart disease. Eur Heart J 19: 1165–1177. PMID: 9740339

Wenn zu erwarten ist, dass:

- Durch **Beeinträchtigungen** der körperlich-geistigen (psychischen) Leistungsfähigkeit die Anforderungen beim Führen eines Kraftfahrzeuges **nicht mehr gegeben** sind
- In einem absehbaren Zeitraum die **Gefahr des plötzlichen Versagens** (z. B. hirnorganische Anfälle, apoplektische Insulte, anfallsartige Schwindelzustände und Schockzustände, Bewusstseinstrübungen oder Bewusstseinsverlust u. Ä.) relevant ist

85, männlich

- keine Hinweise für Demenz (bisher auch keine Testung)
- stabile KHK, Stent, Z.n. TIA, COPD (GOLD B), Hypertonie, Diabetes mellitus, Gonarthrose, Benigne Prostatahyperthrophie, ÖGD
- Gehör nicht geprüft, Brille (Augenarzt)
- Medikation: Betablocker, ASS, Statin, Metformin, Formoterol-DA, Tiotrobium-DA, Diclofenac, Tamsulosin, Omeprazol
- RR 160/100 mmHg, HbA1c 8,5 %

Patient fährt Auto, oft, auch weitere Strecken, keine Unfälle bekannt

1. Es besteht im Prinzip Fahrtüchtigkeit
2. Ich spreche das Autofahren von mir aus nicht an
3. Ich frage nach evtl. Symptomatik (Synkopen, Schwindel, ...)
4. Ich mache einen MMST
5. Ich rate zu einer Fahrtauglichkeitsuntersuchung
6. Ich spreche das Autofahren von mir aus an
7. Ich rate hier grundsätzlich vom Autofahren ab
8. Wenn keine Red Flags vorliegen, spreche ich das Thema Autofahren nicht an



Die Gefährdung der Fahrsicherheit, bzw. die Frage nach der Fahrtüchtigkeit ist **weniger abhängig von der Art der Grunderkrankung**, sondern mehr vom **Grad der Beeinträchtigung**, deren „**Stabilität**“ (Diabetes, Hypertonie, KHK usw.) und der **Symptomatik** (Schwindel, synkopale Zustände usw.).

Dies gilt auch bei

➤ Multimorbidität

und für die

➤ Medikation

Es gibt nur wenige Erkrankungen und „Zustände“, die mit einem grundsätzlichen Fahrverbot belegt sind:

z.B.:

- Alkohol- und Drogeneinfluss
- Direkt nach einer Narkose oder nach einer Augenuntersuchung mit Erweiterung der Pupille
- Neuverordnung von Opiaten
- Symptomatik in Ruhe (Herzinsuffizienz, COPD, ...)
- Akute Psychose
- Suizidalität
- ...

- Im Vordergrund steht die (subjektive!) **Risikoeinschätzung**:
 - Red Flags, Aufklärung und Gespräch
 - Nicht die Beurteilung der Fahrtüchtigkeit
- **Die Aufklärung beinhaltet im Prinzip den Hinweis auf § 315 c StGB (Eigenverantwortung) = regelhafter Standard (!)**
- Bei einer (haus-)ärztliche Beziehung ist das Gespräch zielführender als die Eskalation
- „Leichtfertige Drohungen“ führen zum Vertrauensverlust und unwahren Angaben, bzw. Verschweigen von Problemen

Problem / Risiko:

- Alkoholabusus
- Sicherheitswidrigen Einstellungen
- Mangelnder Einsicht
- Einschränkende Persönlichkeitsmerkmale
- Kognitive Einschränkungen

Trotzdem:

Auflagen und Beschränkungen können von erheblich einschneidender Wirkung sein. Die Notwendigkeit für entsprechende Maßnahmen (Bruch der Schweigepflicht) muss darum beweisbar sein



Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Vielen Dank

Kann – darf (!?) mein Patient eigentlich noch Auto fahren?

... und andere Fragen zur Verkehrstauglichkeit – Hausärztliche Entscheidungen zwischen Verantwortung, Fürsorge und Schweigepflicht

Dr. med. Hans-Otto Wagner

FA für Allgemeinmedizin

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf