



Dr. Otmar Huth

Fast jeder Bürger über 18 Jahre verfügt inzwischen über eine Fahrerlaubnis und ist Führer eines Kraftfahrzeugs. Dennoch spielt diese Tatsache in der ärztlichen Praxis meist eine untergeordnete Rolle. Demgegenüber sieht die Rechtsprechung den Arzt in der Haftung, wenn er bei erkennbaren Einschränkungen der Fahreignung den Patienten nicht ausreichend aufklärt oder einen behandelten Patienten nicht ausreichend überwacht. Es gibt eine Reihe von Erkrankungen, die die Fahreignung einschränken oder sogar aufheben. Das gilt insbesondere für altersbedingte, langsam fortschreitende Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen.

Neues aus der Verkehrsmedizin

Bei allen Patientenkontakten sollte der Aspekt der Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeugs Berücksichtigung finden, da der größte Teil der Patienten inzwischen im Besitz einer Fahrerlaubnis ist. Die Fahrtauglichkeit als momentane Fähigkeit, ein Fahrzeug sicher zu steuern, spielt zum Beispiel bei operativen Eingriffen oder Verabreichung von Medikamenten in der Praxis eine erhebliche Rolle. In solchen Fällen trifft den Arzt auch die Verantwortung, wann er den Patienten wieder ein Fahrzeug führen lässt.

Die Fragestellung nach der Fahrerlaubnis gehört zur Sozialanamnese und Hinweise auf die Fahreignung einschränkende oder ausschließende Erkrankungen muss ein Bestandteil der Beratung des Patienten sein.

Im Rahmen der Fahrerlaubnis wird bei den Anforderungen an die Fahreignung unterschieden zwischen

Gruppe 1:

Führer von Fahrzeugen der Klassen A, A1, B, BE, M, S, L und T und

Gruppe 2:

Führer von Fahrzeugen der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E und der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (Abbildung 1).

Der Arzt kommt in der Praxis mit der Verkehrsmedizin auf jeden Fall in Berührung, wenn im Rahmen der Erteilung oder Verlängerung der Fahrerlaubnis der Gruppe 2, die alle fünf Jahre notwendig wird, eine Bescheinigung nach Anlage 5 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) für die Fahrerlaubnisbehörde fällig wird oder gelegentlich, wenn er bei Problemen im Straßenverkehr vom Patienten darauf angesprochen wird.

Die Rechtsgrundlage für die Bescheinigungen nach Anlage 5 der FeV ist die FeV selbst. Eine weitere Qualifikation als die Approbation als Arzt ist dabei nicht notwendig. Daher ist die Kenntnis der Begutachtungs-Leitlinien notwendig. Bei der Untersuchung nach Anlage 5 sind genaue Kenntnisse der Anforderungen der FeV erforderlich, um beurteilen zu können, ob sich hinsichtlich der Fahreignung gesundheitliche Zweifel ergeben. Deshalb darf diese Be-

scheinung nicht leichtfertig abgezeichnet werden, sondern der untersuchende Arzt muss sich der Verantwortung gegenüber der Verkehrssicherheit bewusst sein und im Zweifel eine weitere Abklärung der Fahreignung empfehlen.

Über die jeweils aktuelle Fassung der FeV informiert das Bundesministerium der Justiz kostenlos im Internet unter www.gesetze-im-internet.de.

In den Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung, die unter www.bast.de als Download zur Verfügung stehen, werden die körperlichen und geistigen Mängel behandelt, die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit eines Kraftfahrers haben können und zu längerfristigen Beeinträchtigungen oder zur Aufhebung der Fahreignung führen.

Sie dienen als Nachschlagewerk für Begutachtende, sind aber auch zur Beratung von Patienten hilfreich, weil sie den aktuellen Beurteilungsstand im Hinblick auf die Fahreignung wiedergeben.

Im Folgenden soll eine kurze Auflistung der Erkrankungen mit ihren Auswirkungen auf die Fahreignung erfolgen, um Anhaltspunkte für die Beratung von Kraftfahrern zu geben.

Sehvermögen

Das Sehvermögen ist eine zentrale Voraussetzung beim Führen eines Kraftfahrzeugs und wird sowohl durch verschiedene Erkrankungen als auch durch zunehmende Altersveränderungen beeinträchtigt.

Die Befragung von Kraftfahrern zu ihrem Sehvermögen zeigt immer wieder, dass die Selbsteinschätzung, wie gut das eigene Sehvermögen noch ist, in vielen Fällen nicht dem tatsächlichen Sehvermögen entspricht (zum Beispiel Lachenmayr Reduced visual function causes higher risks of traffic accidents). Da sich Verschlechterungen langsam entwickeln, werden sie häufig von Betroffenen nicht wahrgenommen und mancher, der sein Sehvermögen gut einschätzt, ist in Wahrheit fahruntüchtig.

Nach Bestehen des Führerscheintests beim Erwerb der Fahrerlaubnis ist eine Überprüfung der Sehfähigkeit für Inhaber der Gruppe 1 dann nicht mehr vorgeschrieben. Für Bewerber der Gruppe 2 ist ein vollständiges augenärztliches Gutachten nach Anlage 6 FeV zum Erwerb der Fahrerlaubnis und dann alle fünf Jahre zur Verlängerung erforderlich. Für jeden Verkehrsteilnehmer ist eine solche Überprüfung sinnvoll.



Sehtest

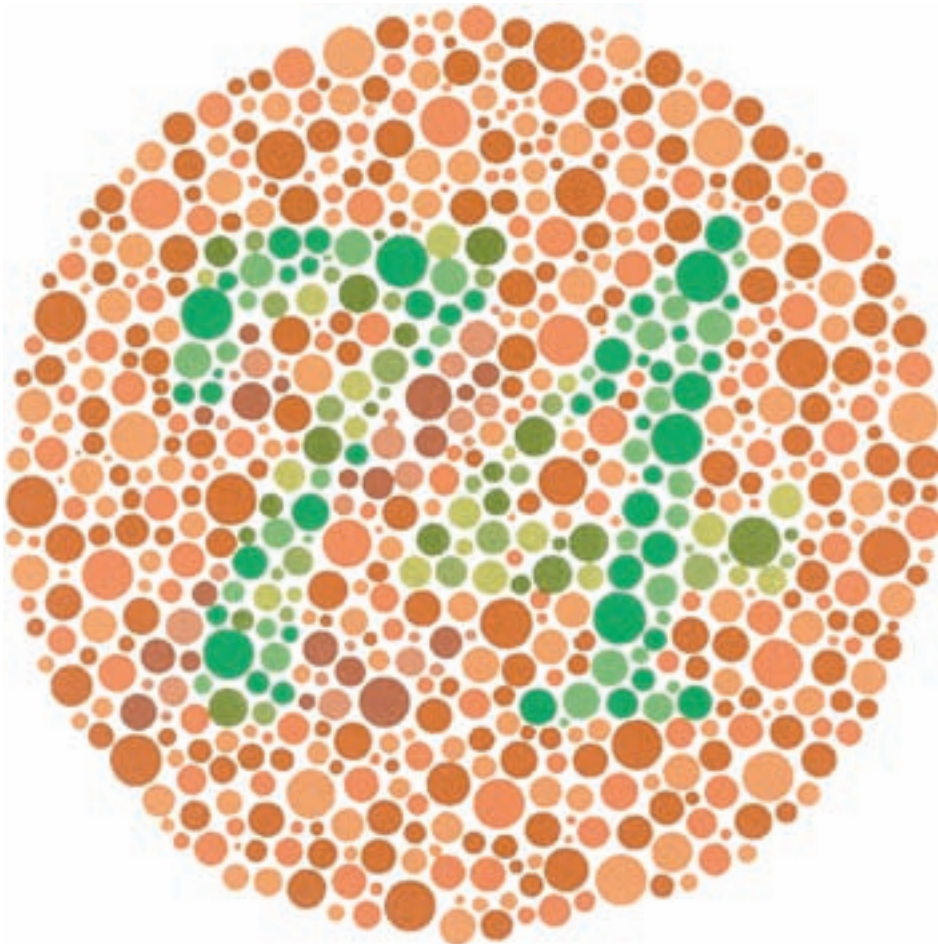
Für eine Fahrerlaubnis der Gruppe 1 ist der Sehtest bestanden, wenn die zentrale Tagessehschärfe mit oder ohne Sehhilfe mindestens den in der FeV Anlage 6 Nr. 1.1 genannten Wert, derzeit 0,7/0,7 erreicht. Die Mindestwerte, mit denen ein Führen von Fahrzeugen dieser Gruppe noch möglich ist, liegen bei einer Sehschärfe von 0,5 auf dem besseren Auge oder beidäugig.

Werden der Fahrerlaubnisbehörde Tatsachen bekannt, die Bedenken begründen, dass ein Fahrerlaubnisinhaber die Anforderungen an das Sehvermögen nach Anlage 6 nicht erfüllt oder dass andere Beeinträchtigungen des Sehvermögens bestehen, die die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen beeinträchtigen, kann die Fahrerlaubnisbehörde zur Vorbereitung der Entscheidung über die Erteilung oder Verlängerung der Fahrerlaubnis oder über die Anordnung von Beschränkungen oder Auflagen die Beibringung eines augenärztlichen Gutachtens anordnen.

Erkrankungen des Auges, wie Glaukom, Makuladegeneration, Katarakt, Retinopathien, aber auch Folgen sonstiger Erkrankungen im Hinblick auf das Sehvermögen, wie Schlaganfall, Hirntumore, Migräne, Kopfverletzungen oder Diabetes mellitus, können die Sehschärfe beeinflussen, das Gesichtsfeld einschränken oder das Dämmerungssehen vermindern und damit die Fahreignung einschränken oder ausschließen.

Die 16 EU-Führerschein-Klassen	
A Kraftfahrräder (auch mit Beiwagen) mit mehr als 50 cm ³ oder mit bauartbedingter Höchstgeschwindigkeit mit mehr als 45 km/h gegebenenfalls beschränkt auf 25 kW als Starterführerscheine	D Kraftfahrzeuge zur Personenbeförderung mit mehr als acht Fahrgastplätzen, auch mit Anhänger bis 750 kg
A1 Kraftfahrräder der Klasse A bis 125 cm ³ und bis 11 kW (Leichtkrafträder); für 16- bis 17-jährige 60 km/h bauartbedingte Höchstgeschwindigkeit	DE Kombinationen aus Zugfahrzeug der Klasse D und Anhänger über 750 kg
B Kfz bis 3,5 t und neun Sitzen, auch mit Anhänger bis 750 kg, oder wenn das zul. Gesamtgewicht des Anhängers das Leergewicht des Zugfahrzeugs nicht übersteigt und das zul. Gewicht des Zuges 3,5 t nicht übersteigt	D1 Kraftfahrzeuge zur Personenbeförderung mit mehr als acht und max. 16 Fahrgastplätzen, auch mit Anhänger bis 750 kg
BE Kombinationen aus einem Zugfahrzeug der Klasse B und einem Anhänger, die als Gespann nicht unter B fallen	D1E Zugfahrzeug der Klasse D1 mit Anhänger über 750 kg, sofern das Gesamtgewicht des Anhängers nicht höher als das Leergewicht des Zugfahrzeugs ist und die Kombination D1 nicht überschreitet
C Kraftfahrzeuge über 3,5 t, auch mit Anhänger bis 750 kg	B Kleinkraftfahrräder und Fahreräder mit Hilfsmotor bis 50 cm ³ /45 km/h
CE Kombinationen aus Zugfahrzeug der Klasse C und einem Anhänger über 750 kg	E Selbstfahrende Arbeitsmaschinen und Stapler bis 25 km/h; land- und forstwirtschaftliche Zugmaschinen bis 32 km/h, mit Anhänger bis 25 km/h
CE Kraftfahrzeuge zwischen 3,5 und 7,5 t, auch mit Anhänger bis 750 kg	S Dreirädrige Kleinkraftfahrräder und vier- oder sechsrädrige Leichtkraftfahrzeuge (Mofas und Quads) bis 50 cm ³ Hubraum bzw. 4 kW, Höchstgeschwindigkeit bis 45 km/h, Leergewicht max. 350 kg (ohne Batterien bei E-Autos)
C1E Kombinationen aus Zugfahrzeug der Klasse C1 und Anhänger über 750 kg, sofern das Gewicht des Anhängers nicht höher als das Leergewicht des Zugfahrzeugs ist und die Kombination D1 nicht überschreitet	T Land- und forstwirtschaftliche Zugmaschinen bis 60 km/h und selbstfahrende Arbeitsmaschinen bis 60 km/h, auch mit Anhängern

Abbildung 1



Ishihara-Farbtafel, die zur Prüfung des Farbsehens verwendet wird, bei denen ein Normalsichtiger die Zahl 74 und ein Rotgrünblinder die Zahl 21 erkennt. Foto: Wikipedia

Deshalb sollte bei allen Erkrankungen, die eine Beeinträchtigung des Sehvermögens nach sich ziehen können, in jedem Fall eine augenärztliche Untersuchung angeraten werden. Bei Einäugigkeit ist ein räumliches Sehen nicht möglich, weshalb dabei Fahrzeuge der Gruppe 2 in der Regel nicht mehr geführt werden dürfen.

Bei der Untersuchung des Sehvermögens ist auf Sehschärfe, Gesichtsfeld, Dämmerungs- oder Kontrastsehen, Blendungsempfindlichkeit, Diplopie sowie andere Störungen der Sehfunktion zu achten, die ein sicheres Führen von Kraftfahrzeugen in Frage stellen können.

Die Untersuchung des Dämmerungssehvermögens wurde neu in die FEV aufgenommen, gefordert wird ein ausreichendes Kontrast- oder Dämmerungssehvermögen für Bewerber und Inhaber der Gruppe 2.

Nicht jede Einschränkung des Sehvermögens führt aber dazu, dass der Betroffene die Fahr-eignung verliert.

Bei Rotblindheit oder Rotschwäche mit einem Anomaliequotienten unter 0,5 ist eine Aufklärung des Betroffenen über die mögliche Gefährdung erforderlich, ein Ausschluss der Fahr-eignung wird durch Farbenblindheit nicht mehr verursacht, in dieser Frage hat sich die Vorgabe der FeV geändert.

Hörvermögen

Eine Gehörlosigkeit oder hochgradige Schwerhörigkeit schließt nur die Fahrerlaubnis zur Personenbeförderung aus, die aber nach einer dreijährigen Fahrpraxis mit einem Kraftfahrzeug der Klasse B erworben werden kann, sofern keine weiteren schwerwiegenden Mängel, insbesondere Sehstörungen, Störungen des Gleichgewichts oder intellektuelle Leistungseinschränkungen vorliegen.

Bewegungseinschränkungen

Bewegungseinschränkungen führen im Allgemeinen nicht zu einem Ausschluss der Fahr-eignung, solange sie nicht mit erheblichen weiteren Störungen verbunden sind. Allerdings sind gelegentlich Veränderungen am Fahrzeug erforderlich, für die dann eine behördliche Genehmigung und Eintragung in die Fahrzeugpapiere notwendig ist.

Herz-Kreislauferkrankungen

Herz-Kreislauferkrankungen führen dann zu Auswirkungen auf die Fahr-eignung, wenn sie die Ursache von akuten Unterbrechungen der Blutversorgung des Gehirns darstellen und durch längerfristige Minderperfusion des Gehirns die Leistungsfähigkeit beeinflussen.

Beim Vorliegen von Herzrhythmusstörungen darf der Betroffene ein Kraftfahrzeug der Gruppe 1 nach erfolgreicher Behandlung durch Medikamente oder Schrittmacherimplantation und nach einer dreimonatigen Stabilisierung wieder führen.

Bei Implantation eines Kardioverter/Defibrillators (ICD) ist hinsichtlich der Fahr-eignung zu unterscheiden, wie hoch das Risiko einer Entladung einzuschätzen ist. Patienten, bei denen eine prophylaktische Implantation erfolgt ist und das Risiko einer Schockabgabe als gering einzustufen ist, können weiterhin ein Kraftfahrzeug der Gruppe 1 führen. Bei mittlerem Risiko ist eine längere Symptomfreiheit zu fordern, bevor ein Kraftfahrzeug sicher geführt werden kann. Patienten mit hohem Risiko für eine Entladung oder hämodynamisch instabile tachykarde Rhythmusstörungen können ein Kraftfahrzeug nicht sicher führen.

Für das Führen von Fahrzeugen der Gruppe 2 sind die Voraussetzungen für ICD-Patienten nicht gegeben.

Die Hypertonie führt zum Ausschluss der Fahr-eignung, wenn der Patient ständig diastolische Werte über 130 mm Hg aufweist, bei Werten über 100 mm Hg wird er den Anforderungen zum Führen von Fahrzeugen der Gruppe 2 nicht gerecht. Werte über 100 mm Hg lassen die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 dann annehmen, wenn keine Insulte in der Vergangenheit, keine krankhaften Nierenbefunde, keine Linksherzhypertrophie und keine Veränderungen des Augenhintergrunds vorliegen. Bei arterieller Hypertonie ist auf eine möglichst gleichmäßige Einstellung des Blutdrucks zu achten, um große Druckschwankungen, die für die Retina schädlich sind, zu vermeiden.

Bei einer Herzleistungsschwäche, die bereits in Ruhe Symptome zeigt, ist der Patient nicht in der Lage, den Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Dies begründet sich in der Hauptsache mit der stets vorhandenen Möglichkeit eines plötzlichen körperlichen Leistungsveragens, aber auch mit der allgemeinen Absenkung der psychophysischen Leistungsfähigkeit.

Diabetes mellitus

Bei der Beurteilung von Patienten, die an Diabetes mellitus erkrankt sind, ist zu unterscheiden zwischen der Behandlung mit oralen Antidiabetika und der Behandlung mit Insulin einerseits und andererseits zwischen Patienten, die Fahrzeuge der Gruppe 1 führen und solchen, die Fahrzeuge der Gruppe 2 führen.

Die Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung geben vor, dass ein Diabetiker, der zu schweren Stoffwechselentgleisungen mit Hypoglykämien verbunden mit Kontrollverlust, Verhaltensstörungen oder Bewusstseinsstörungen oder Hyperglykämien mit ausgeprägten Symptomen neigt, nicht in der Lage ist, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Auch nach einer Stoffwechseldekompensation oder einer Diabetes-Neueinstellung muss eine ausgeglichene Stoffwechsellage vorliegen, bevor die Voraussetzungen zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen wieder erfüllt sein können.

Bei ausgeglichener Stoffwechsellage sind im Umgang mit der Erkrankung informierte Diabetiker, die mit Diät, oralen Antidiabetika oder mit Insulin behandelt werden, in der Lage, Kraftfahrzeuge der Gruppe 1 sicher zu führen. Für Patienten, die Fahrzeuge der Gruppe 2 führen, gelten strengere Voraussetzungen.

Diabetiker, die mit oralen Antidiabetika behandelt werden, sind in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 gerecht zu werden, wenn eine gute Stoffwechselführung ohne Hypoglykämien über drei Monate vorlag. Wer als Diabetiker mit Insulin behandelt wird, ist in der Regel nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Fahrzeugen der Gruppe 2 gerecht zu werden. Ausnahmen setzen außergewöhnliche Umstände voraus, die in einem ausführlichen Gutachten im Einzelnen zu beschreiben sind.

Wesentlich bei der Betreuung von Diabetikern ist die Kontrolle möglicher Folgeschäden aufgrund mikro- oder makroangiopathischer Veränderungen mit verkehrsrelevanter Aus-

prägung, wie Störungen des Sehvermögens in Form von diabetischer Retinopathie oder Makulopathie, zentrale und periphere Durchblutungsstörungen, kardiovaskuläre Risiken oder Niereninsuffizienz.

Für die Praxis ist eine gute Stoffwechselein- stellung, soweit möglich in den Normbereich, anzustreben. Dabei ist allerdings auch darauf zu achten, dass Hypoglykämien, die sich auf die Bewusstseinslage oder die Leistungsfähigkeit auswirken, vermieden werden.

Empfehlenswert sind für Diabetiker, insbesondere für solche, die als Kraftfahrer tätig sein wollen, Schulungsmaßnahmen wie Hypoglykämie-Wahrnehmungstrainings.

Der insulinpflichtige Diabetiker sollte jeweils vor Fahrtantritt, bei längeren Fahrten alle zwei Stunden, den Blutzucker messen und doku-

mentieren. Zur Bekämpfung von Unterzuckerungen sollte er immer leicht resorbierbare Kohlenhydrate mitführen. Da Alkohol Hypoglykämien induzieren kann, sollte darauf verzichtet werden.

Kreislaufabhängige Störungen der Hirntätigkeit

Patienten, die als Folge einer Hirnblutung oder –ischämie an relevanten neurologischen oder neuropsychologischen Ausfällen leiden, sind zum Führen von Fahrzeugen aller Klassen ungeeignet. Beim Vorliegen sowohl von Blutungen, als auch von Durchblutungsstörungen muss feststehen, dass keine erhöhte Rezidiv- gefahr besteht, bevor die Fahreignung wieder angenommen werden kann. Wichtig ist dabei die Diagnostik des Grundleidens. Regelmäßig ist zu prüfen, ob sich Sehschärfebeeinträchti-

Anzeige

Wo andere
aufhören, machen
wir weiter.

Der Unterschied liegt im Detail.
Und im Detail liegt der wahre
Mehrwert.



PRIVATABRECHUNG VON EXPERTEN FÜR EXPERTEN



Medas GmbH | Messerschmittstraße 4 | 80992 München | www.medas.de

Epilepsie!

Foto: DOC RABE Media – Fotolia.com

gungen, Ausfälle des Gesichtsfelds oder Doppelbilder durch die Erkrankung ergeben haben. Da es sich bei Hirnblutungen oder Durchblutungsstörungen immer um Erkrankungen handelt, die mit einer erhöhten Rückfallgefahr verbunden sind, bleibt die Eignung zu Führen von Fahrzeugen der Gruppe 2 dauerhaft ausgeschlossen.

Anfallsleiden

Die Beurteilung der Anfallsleiden hat sich auch in den Begutachtungsleitlinien entsprechend den wissenschaftlichen Erkenntnissen gewandelt.

Epilepsien sind komplexe Erkrankungen des Gehirns mit dem Leitsymptom epileptischer Anfälle, einhergehend mit Störungen des Bewusstseins und der Motorik. Sie treten plötzlich, spontan und unvorhersehbar auf, sie können nicht willentlich unterdrückt werden. Ein epileptischer Krampfanfall ist Folge paroxysmaler synchroner Entladungen von verschiedenen Neuronengruppen im Gehirn, die zu plötzlichen unwillkürlichen stereotypen Verhaltens-, Befindens- oder Bewusstseinsstörungen führen. Für die Einschätzung der Fahrtauglichkeit sind die ursächlichen Auslöser, der individuelle Verlauf, die Therapie und das Bedingungsgefüge des Auftretens zu berücksichtigen. Weiterhin zu berücksichtigen ist auch der mögliche negative Einfluss einer antiepileptischen Therapie auf die Fahrtüchtigkeit.

Epileptiker sind nicht zum Führen von Fahrzeugen geeignet, solange keine Anfallsfreiheit besteht. Bei mindestens einjähriger Anfallsfreiheit, auch unter medikamentöser Therapie, ist die Fahreignung für die Gruppe 1 gegeben, sofern nicht Einschränkungen der Leistungs-

fähigkeit durch die Therapie oder als Folge früherer Anfälle vorliegen.

Auch andere anfallsartig auftretende Störungen des Bewusstseins führen dazu, dass der Betroffene nicht fahrgerecht ist. Die Beurteilung richtet sich dabei aber nach dem Grundleiden.

Für die Gruppe 2 bleibt die Eignung beim Vorliegen einer Epilepsie dauerhaft ausgeschlossen. Ausnahmen sind nur möglich, wenn über wenigstens fünf Jahre ohne medikamentöse Therapie keine Anfälle mehr aufgetreten sind.

Psychosen

Organische Psychosen schließen die Fahreignung ebenso aus, wie schwere Depressionen oder akute Stadien schizophrener Episoden. Hier trifft den behandelnden Arzt eine besondere Fürsorgepflicht, da Patienten durch schwere kognitive Störungen, durch Wahngedanken, Halluzinationen oder inadäquate Affekte nicht zur selbstbestimmten Handlung in der Lage sein können.

Die Fahreignung kann wieder gegeben sein, wenn keine relevanten Symptome mehr vorhanden sind und keine negativen Auswirkungen der medikamentösen Therapie vorliegen. Zusätzliche Risikofaktoren sind begleitende Sucht- und Persönlichkeitsstörungen.

Bei mehreren manischen oder schweren depressiven Phasen ist nicht von einem angepassten Verhalten bei der Teilnahme am Straßenverkehr auszugehen, sodass die Fahreignung erst dann wieder angenommen werden kann, wenn die Krankheitsaktivität längerfristig und soweit reduziert ist, dass mit schweren Episoden nicht mehr gerechnet werden muss.

Suchterkrankungen

Das Thema Alkohol oder illegale Drogen wird in der Praxis gerne vernachlässigt oder die Angaben des Patienten zum Alkohol- oder Drogenkonsum zumindest nicht hinterfragt. Die Gefährdung durch Suchtkranke ist im Straßenverkehr so hoch, dass hier eine ausführliche Befunderhebung und Beratung beim Verdacht auf eine Abhängigkeit (bei Verdacht auf Alkoholsucht: Orientierung an den ICD 10 – F10 oder DSM-IV-Kriterien) besonders wichtig erscheint. Patienten, die alkohol- oder drogenabhängig sind, sollten zu einer Therapie angehalten werden, da eine unbehandelte Abhängigkeit die Fahreignung grundsätzlich ausschließt.

Nach dem Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung gibt es in Deutschland schätzungsweise 1,3 Millionen Alkoholabhängige und 9,5 Millionen konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Danach gibt es etwa 150.000 Drogenabhängige. Dazu etwa zwischen 1,4 und 1,9 Millionen Medikamentenabhängige. Zusammen entspricht das etwa vier Prozent Suchtkranke Bürger in Deutschland.

Schlafapnoesyndrom

Patienten mit einem unbehandelten Schlafapnoesyndrom sollten wegen der damit verbundenen Vigilanzbeeinträchtigung und der möglichen Folgestörungen nicht am Straßenverkehr teilnehmen. Erst eine erfolgreiche Therapie, meist CPAP-Beatmung, kann die Eignung wiederherstellen. Regelmäßige Kontrollen des Erfolgs der Therapie sind notwendig.

Medikamente, die das Reaktionsvermögen beeinträchtigen können, insbesondere in der Einstellungsphase

- » Analgetika
- » Antiallergika
- » Antidepressiva
- » Antidiabetika
- » Antiepileptika
- » Antihypertensiva
- » Erkältungsmittel
- » Neuroleptika
- » Psychostimulantien
- » Schlaf- und Beruhigungsmittel

Das Wichtigste in Kürze

- » Bei der Verordnung von Medikamenten ist die Beratung hinsichtlich der Auswirkungen auf das Reaktionsvermögen zwingend erforderlich.
- » Bei psychotropen Medikamenten gilt besonders: Klare Indikation, kleinste notwendige Dosis, möglichst kurze Anwendungszeit.
- » Mit zunehmendem Alter treten immer häufiger Erkrankungen auf, die verkehrsrelevant sein können und die Beratung des behandelnden Arztes erforderlich machen, dabei sollte sowohl die erwünschte Mobilität, als auch die Gefährdung im Verkehr Beachtung finden.
- » Die Beurteilung der Fahreignung bei Epilepsie ist abhängig von der Art der Anfälle, der Therapiemöglichkeit und der anfallsfreien Zeit.
- » Suchtkranke sind solange nicht fahreeignet, bis nach erfolgreicher Therapie eine wenigstens einjährige nachgewiesene Abstinenz vorliegt.

Besondere Probleme bei Senioren

Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern gibt es in Deutschland keine Überprüfung der Fahrtauglichkeit allein aufgrund des Alters. Durch die mit zunehmendem Alter auftretende Multimorbidität, wobei Personen im Alter von 70 bis 85 Jahren in einem hohen Prozentsatz an wenigstens zwei chronischen Erkrankungen leiden und entsprechend medikamentös behandelt werden, ist das Unfallrisiko deutlich erhöht. Andererseits wird durch die entsprechende medikamentöse Therapie häufig die Fahrtauglichkeit erst wieder ermöglicht. Durch beginnende Demenzerkrankungen, verbunden mit Persönlichkeitsveränderungen, wie Mangel an Einsicht und Kritikfähigkeit, wird die Leistungsfähigkeit allerdings häufig so weit herabgesetzt, dass auch hier wieder der behandelnde Arzt gefragt ist, beratend oder eingreifend tätig zu werden. Die Fehlerhäufigkeit nimmt aber auch bei gesunden älteren Fahrern mit dem Alter immer mehr zu. So werden Geschwindigkeiten falsch eingeschätzt und Signale übersehen. Insbesondere in der Dämmerung oder der Nacht ist die Wahrnehmung erheblich eingeschränkt. Um die Sicherheit bei der Bewertung zu erhöhen, bietet zum Beispiel der TÜV SÜD den „Fitnesscheck KONDIAG“ an, eine Untersuchung und Beratung durch neutrale Verkehrsmediziner und -psychologen, die Betroffene direkt nutzen können.

Medikamenteneinnahme

Die Einnahme von Medikamenten kann das Reaktionsvermögen beeinträchtigen. Wirkstoffe können zur Ermüdung, also zur Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit führen und damit für den Kraftfahrer gefährlich werden. Insbesondere die Wechselwirkungen verschiedener Arzneimittel, auch vermeintlich harmloser rezeptfreier Medikamente, können solche Wirkungen entfalten und die Fahrtüchtigkeit einschränken. Nicht wenige Patienten bekommen von Ärzten verschiedener Fachrichtungen Medikamente verschrieben und versorgen sich zusätzlich mit freiverkäuflichen Präparaten (Schlafmittel, Grippemittel, Schmerzmittel). Deshalb sollten Sie als behandelnder Arzt die vom Patienten insgesamt eingenommenen Arzneimittel kennen und entsprechend beratend tätig werden.

Prüfung der Fahreignung

Obwohl häufig sowohl Patient als auch Arzt die Problematik einer Erkrankung für die Fahreignung erkennen, wird diese Frage von keiner Seite angegangen, weil einerseits die Mobilität für unverzichtbar gehalten wird, andererseits der Arzt auch befürchtet, durch das Ansprechen dieser Frage den Patienten zu verlieren oder doch zumindest das Vertrauensverhältnis zum Patienten zu belasten.

Dieses Verhalten kann aber sowohl für den Patienten als auch für den Arzt haftungsrechtliche Folgen haben, sofern es zu einem Unfall kommt. Deshalb ist eine Aufklärung des Patienten über mögliche Fahreignungsmängel notwendig.

Der Patient muss auf mögliche Gefahren bei der Teilnahme am Straßenverkehr hingewiesen werden, die eine Erkrankung für ihn selbst und für andere Verkehrsteilnehmer darstellt. Neben der Beratung von Patienten hinsichtlich ihrer Fahreignung sollte bei älteren Patienten auch regelmäßig eine Demenz-Testung erfolgen. Weitergehend kann die Empfehlung zur freiwilligen Überprüfung der Fahrtauglichkeit bei amtlich anerkannten Begutachtungsstellen gegeben werden.

Von juristischer Seite wird dringend dazu geraten, die Aufklärung vom Patienten oder im Fall von Demenzerkrankungen auch von Angehörigen gezeichnet zu lassen.

Dennoch bleibt das erste Ziel, durch entsprechende Behandlungsmaßnahmen, die Mobilität und Selbstständigkeit des Patienten, so lange wie möglich, zu erhalten.

Das Literaturverzeichnis kann bei dem Verfasser angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Der Autor erklärt, dass er keine finanziellen oder persönlichen Beziehungen zu Dritten hat, deren Interessen vom Manuskript positiv oder negativ betroffen sein könnten.

Autor

*Dr. Otmar Huth,
TÜV SÜD Life Service GmbH,
Königstorgaben 7, 90402 Nürnberg*

*Angestellt bei der
TÜV SÜD Life Service GmbH,
Begutachtungsstelle für Fahreignung*