

Dr. Susanne Becker  
 Bundesanstalt für Straßenwesen,  
 Bergisch Gladbach

## Verkehrsmedizinische Aspekte im Alter

### Alter und Krankheit

Altern per se ist keine Krankheit, aber es ist unbestritten, dass es im Alter zu physiologischen und pathologischen Veränderungen kommt, die diesen Lebensabschnitt in einer besonderen Art und Weise kennzeichnen. Einige verkehrsrelevante Aspekte seien genannt: Abnahme des Seh- und Hörvermögens und der körperlichen Beweglichkeit, Zunahme der Multimorbidität und Multimedikation, Abnahme der Fähigkeit zur Bewältigung von komplexen Leistungsanforderungen, etc.. Bei der Verschlechterung des Sehvermögens sind die altersbedingte Abnahme der Dämmerungsschärfe und die Zunahme der Blendempfindlichkeit, die nicht mit einer Brille korrigierbar sind, besonders zu erwähnen. Bei den genannten Veränderungen zeigen sich unter Umständen große individuelle Unterschiede und es kommt oftmals zu einer problematischen Diskrepanz zwischen Fremd- und Selbstbild im Hinblick auf die genannten Leistungseinbußen. Die Grenze zwischen altersbedingten Veränderungen ohne Krankheitswert und krankhaften Veränderungen ist dabei oftmals fließend. Eine Unterscheidung ist demnach nicht immer sinnvoll.

Es gibt nur sehr wenige Erkrankungen, die fast ausschließlich in fortgeschrittenem Alter auftreten (z. B. idiopathisches Parkinson-Syndrom, Demenz), aber viele, die im Alter wesentlich häufiger als in jungem Alter feststellbar sind (z. B. Herz- und Gefäßkrankheiten, Krebs); schließlich machen sich bei chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Arteriosklerose, Rheuma) mit zunehmendem Alter die Folgeschäden an Organen und Gelenken zunehmend bemerkbar. Das ist die Ursache für die im Alter so häufig anzutreffende Multimorbidität, d. h. das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Krankheiten und/oder Beschwerden. Aus diesem Grund hat sich die Geriatrie, das heißt die Lehre von den Krankheiten alter Menschen, etabliert. Die Geriatrie ist seit 1992 offizielles Fach der fakultativen Weiterbildung des Arztes [1].

Typisch für „Krankheit im Alter“ – nicht die „Alterskrankheit“ – ist ein meist schleichender Beginn, ein chronischer Verlauf und vor allem die oben genannte Multimorbidität. Bei Patienten über 70 Jahre finden sich nach Aussage mancher Autoren im Durchschnitt sieben Diagnosen [2]. Aufgrund geriatrischer Beobachtungen lassen sich Symptomkomplexe beschreiben, die typischerweise im Alter auftreten. Diese bestehen aus Bewegungsstörungen (z. B. im Rahmen der Parkinson-Erkrankung, nach Schlaganfall oder aufgrund einer Arthrose), psychischen Erkrankungen wie Hirnleistungsstörungen, Verwirrtheit und Depression, Inkontinenz, Synkopen, den Nebenwirkungen von Medikamenten und Ernährungsfehlern [3].

### Häufigkeit von Krankheiten im Alter

Altersabhängige Häufigkeiten von Erkrankungen können nur partiell angegeben werden, da keine systematische Dokumentation über das Auftreten bestimmter Krankheiten beispielsweise in Abhängigkeit vom Alter oder anderen Parametern durchgeführt wird. Auf wissenschaftlicher Ebene gibt es Versuche, die Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen in unserer Gesellschaft abzuschätzen. Einige Beispiele sollen im folgenden aufgeführt werden.

Nach Angaben der Literatur kommen bei ca. jedem Zehnten im Alter über 65 Jahre Hirnleistungsstörungen vor. Die eigentliche Demenz, die als Störung von Gedächtnis und Intelligenz die Alltagssicherheit behindert, tritt mit einem altersabhängigen Anstieg auf. Rund 6 % der Altenbevölkerung leiden unter einer fortgeschrittenen Demenz [4].

Der 1994 veröffentlichte Gesundheitsbericht aus der Regionaldirektion Dortmund der AOK Westfalen-Lippe berichtet anhand einer repräsentativen Stichprobe von 5 % aller Versicherten der Regionaldirektion Dortmund unter anderem über die Prävalenz von Erkrankungen in der primärärztlichen Versorgung. Demnach leidet ca. die Hälfte der über 70-Jährigen an Bluthochdruck. Das Durchschnittsalter beim Schlaganfall liegt bei 71,7 Jahren. Patienten mit einem Herzinfarkt sind durchschnittlich 65,3 Jahre. Die höchste Prävalenz dieser Erkrankung liegt bei den über 70-Jährigen. Die Hälfte aller Patienten mit Krebserkrankungen sind 70 Jahre oder älter. Während Rückenbeschwerden als beklagtes Symptom bei den Älteren seltener werden, nehmen degenerative Gelenker-

krankungen zu. Die über 70-Jährigen machen hier den größten Anteil aus. Ca. 50 % der Medikamentenabhängigen sind über 70 Jahre. Am höchsten ist ihr Anteil bei den 70- bis 80-Jährigen [5].

Im Rahmen der Mikrozensus-Ergänzungserhebung zur Gesundheit von 1995 wurden im April 1995 an 0,5 % der Bevölkerung Fragen zur Gesundheit gerichtet. Ihre Beantwortung war freiwillig. Unter anderem wurden Fragen zum „Gesundheitszustand“ gestellt. Eine Krankheit oder Unfallverletzung lag per definitionem dann vor, wenn eine Person sich während des Berichtszeitraumes in ihrem Gesundheitszustand so beeinträchtigt fühlte, dass sie ihre übliche Beschäftigung nicht voll ausüben konnte (z. B. Haus- oder Freizeitbeschäftigung bei nicht berufstätigen Personen). Bei chronischen Leiden, wie Diabetes oder Bluthochdruck, war eine Beeinträchtigung in der Ausübung der gewöhnlichen Beschäftigung nicht notwendig, um sich als „krank“ einzustufen. Das Vorhandensein der Diagnose begründete bereits diese Klassifizierung. Aus den Stichprobenergebnissen wurde dann auf die Grundgesamtheit der deutschen Bevölkerung hochgerechnet. Danach lagen für ca. 90 % der Bevölkerung Angaben über die Gesundheit vor. Der Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung lag bei 16,1 %. Ebenso hoch war der Anteil der über 65-Jährigen, von denen Angaben vorlagen. Mehr als 25 % der über 65-Jährigen gaben an, dass bei ihnen zur Zeit der Befragung entweder eine Krankheit (96 % der Fälle) oder ein Unfall (4 % der Fälle) vorlagen. Während der Anteil der über 65-Jährigen an den Personen ohne Krankheit oder Unfall nur 13,7 % ausmachte, lag er bei den Personen mit Krankheit oder Unfall mit 33,3 % mehr als doppelt so hoch. Im Vergleich zu ihrem Bevölkerungsanteil von 16,1 % sind die über 65-Jährigen somit bei den Personen mit Krankheit oder Unfall überrepräsentiert [6].

## Alter und Arzneimitteleinnahme

Der Aspekt der Multimedikation und die damit verbundenen Arzneimittelnebenwirkungen werden als alterstypisches Problem beschrieben. Hierzu sollen einige Zahlen beschrieben werden, die Einblick in diesen Zusammenhang geben. Der Arzneiverordnungsreport gibt Auskunft über Daten, Trends und Kosten der kassenärztlichen Verordnungen, indem anhand von anonymisierten und statistisch aufbereiteten Verordnungsdaten aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine Aus-

wertung von 2000 führenden Arzneimitteln erfolgt, die 90 % der Arzneimittelverordnungen für Patienten der GKV erfasst. Hier erfolgen unter anderem altersabhängige Analysen, aus denen entnommen werden kann, dass die Versicherten ab 60 Jahre ca. 54 % des gesamten GKV-Fertigarzneimittelumsatzes ausmachen. Ihr Anteil an der Gesamtpopulation beträgt hingegen „nur“ 24 %. Im Durchschnitt werden Versicherte über 60 Jahre mit 2,5 Arzneimitteln dauerbehandelt. Im Jahre 1998 wurden Versicherten zwischen 70 und 75 Jahren durchschnittlich 22 Arzneimittelpackungen/Jahr verordnet [7].

Insbesondere Psychopharmaka werden mit zunehmendem Alter sehr häufig verordnet. Hierbei handelt es sich um Arzneimittel, die ihren Wirkungsbereich im Zentralnervensystem haben und die sich auf seelische Vorgänge auswirken. Beispiele sind Antidepressiva, beruhigende und stimmungsaufhellende Substanzen, die als Tranquilizer bezeichnet werden. Die bekannteste Substanzklasse ist die der Benzodiazepine, die für ihr Abhängigkeitspotential bekannt ist. Nebenwirkungen von Psychopharmaka sind vor allem mögliche Beeinträchtigungen der Konzentrationsleistung und Ermüdungserscheinungen.

Frauen bekommen deutlich mehr Arzneimittel verordnet als Männer. Insbesondere erhalten sie fast die doppelte Menge an Psychopharmaka, gehen allerdings auch deutlich häufiger zum Arzt. 73 % aller Arztbesuche erfolgen durch weibliche Patienten [7].

Der demnach häufige Arzneimittelverbrauch im Alter kann in Wechselwirkung mit altersbedingten und krankhaften Veränderungen treten. Die Auswirkungen insbesondere psychotroper Arzneimittel und vielfältige Interaktionen zwischen verschiedenen Arzneimitteln spielen dabei eine große Rolle. Die oftmals zugrunde liegende Multimorbidität, das altersbedingte veränderte Verhalten im Hinblick auf die Verstoffwechslung der Arzneimittel und eine unter Umständen ungenügende Bereitschaft, sich an die ärztlichen Anordnungen zu halten, erschweren die Situation zusätzlich [8].

Ein wesentlicher Risikofaktor für das Auftreten unerwünschte Arzneimittelwirkungen liegt in der Anzahl der eingenommenen Arzneimittel. Dazu gehören Schläppigkeit, Krankheitsgefühl, Schläfrigkeit, Schwindel, Mundtrockenheit, Harndrang, Appetitverlust, Übelkeit, etc.. Eine Studie der WHO beschreibt folgendes Profil: Verwirrtheit, Depression,

Sturzereignisse, Verstopfung, Harninkontinenz, etc. [8].

Im Hinblick auf die Verkehrsteilnahme lässt sich festhalten, dass sich der sachgerechte Einsatz von Arzneimitteln sowohl positiv als auch negativ auf die Fahrtüchtigkeit eines Patienten auswirken kann. Fahrtüchtigkeit und Fahreignung können unter Umständen erst aufgrund des Einsatzes von Arzneimitteln erzielt werden. Beispiele hierfür sind die stabile medikamentöse Einstellung eines Patienten mit Diabetes oder Krampfleiden. Beeinträchtigungen der Fahrtüchtigkeit hingegen werden nicht nur aufgrund unerwünschter Nebenwirkungen bedingt. Auch eine therapeutisch intendierte Wirkung, beispielsweise im Rahmen einer psychotropen medikamentösen Behandlung, kann sich entsprechend auswirken [9].

Dieses Phänomen gilt für alle Altersklassen und kann nicht als altersspezifisch betrachtet werden. Die oben aufgeführten Verordnungszahlen zeigen allerdings, dass die Gruppe der Alterspatienten naturgemäß eine wesentliche Zielgruppe bei den Arzneimittelverordnungen darstellt.

## Alter und Fahreignung

Die Frage der Fahreignung hat aus verkehrsmedizinischer Sicht für den älteren Verkehrsteilnehmer einen besonderen Stellenwert. Das aktive Führen eines Kraftfahrzeuges stellt eine sehr komplexe Aufgabe dar. Hier wirken sich altersbedingte Veränderungen besonders aus.

Trotz der Fülle der oben genannten Einschränkungen kommt es bei älteren Kraftfahrern nicht zu einer überdimensionalen Anhäufung von Unfälleignissen [10]. Das Unfallrisiko bei angenommener gleicher Verkehrsbeteiligung nimmt mit zunehmendem Lebensalter ab und steigt im höheren Alter erst wieder an. Trotz des Anstiegs liegt das Unfallrisiko der Senioren über 65 Jahre unter dem der Fahranfänger zwischen 18 und 25 Jahren. Es wird deutlich, dass Altern per se kein Unfallrisiko ist und ältere Kraftfahrzeugführer keine grundsätzliche Gefahr für die Verkehrssicherheit darstellen [10].

Das Führen eines Kraftfahrzeuges gehört bei den älteren Verkehrsteilnehmern zu einem bedeutsamen Freiheitsgrad. Ein Teil der Selbstidentifikation geschieht über die Möglichkeit, sich als Fahrzeugführer mit einem Kraftfahrzeug frei zu bewegen und am Straßenverkehr teilzunehmen. Die Fahrerlaub-

nis abgeben zu müssen, bedeutet für die meisten Senioren einen Verlust von Kompetenz und Selbstbestimmung. In Zukunft wird sich dieser Aspekt der Lebensqualität im Alter eher verstärken als abschwächen.

Voraussetzungen zum Führen eines Kraftfahrzeuges sind die vorhandene Fahreignung und Fahrtüchtigkeit. Unter Fahreignung wird im allgemeinen die zeitlich stabile, von aktuellen Situationsparametern unabhängige Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges verstanden, während die Fahrtüchtigkeit situations- und zeitbezogen ist.

## Alter und die Angst vor dem Entzug der Fahrerlaubnis

Viele alte Menschen fürchten, dass ihnen der Führerschein aufgrund fehlender Fahreignung entzogen werden kann. Hier spielt insbesondere die Angst vor der sogenannten medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU) eine große Rolle. Insgesamt sind es jedoch nur wenige ältere Menschen, die aufgrund einer Meldung an die Fahrerlaubnisbehörde aufgrund von Zweifeln an der Fahreignung zur MPU kommen. Pro Jahr verlieren ungefähr 400 der ca. 5 Millionen älteren Kraftfahrer wegen körperlicher und geistiger Mängel ihren Führerschein. Vergleicht man den Anteil der Senioren an der Gesamtzahl aller Fahrerlaubnisentzüge in der Bundesrepublik, so zeigt sich, dass dieser nur bei rund 4 % liegt. Der Anteil der über 60-Jährigen an den Fahrerlaubnisinhabern liegt aber um 20 %. Es werden also in dieser Altersgruppe deutlich weniger häufig die Fahrerlaubnis entzogen, als dies statistisch zu erwarten wäre [11].

Der Geburtsjahrgang alleine kann kein Grund für den berechtigten Zweifel an der Fahreignung sein. Sind allerdings die Auswirkungen beispielsweise einer Erkrankung für Außenstehende offenkundig, kann es – unabhängig vom Alter des Betroffenen – vorkommen, dass im Rahmen einer Verkehrskontrolle oder bei einem Unfall die Beeinträchtigungen vom Polizeibeamten bemerkt werden.

Seit dem 1. Januar 1999 hat die Polizei nach § 2 Absatz 12 StVG Informationen über Tatsachen, die auf nicht nur vorübergehende Mängel hinsichtlich der Eignung schließen lassen, den Fahrerlaubnisbehörden zu übermitteln, soweit dies für die Überprüfung der Eignung aus der Sicht der übermittelnden Stelle erforderlich ist [12].

## Pflicht zur kritischen Selbstprüfung

In einem Urteil vom 20.10.1987 kam der Bundesgerichtshof zu folgender Auffassung [13]:

- Ein Kraftfahrer, der bei gewissenhafter Selbstprüfung altersbedingte Auffälligkeiten erkennt und erkennen muss, die ihn zu Zweifeln an der Gewährleistung seiner Fahrtüchtigkeit veranlassen müssen, ist verpflichtet, sich – ggf. unter Hinzuziehung eines Arztes – vor Antritt einer Fahrt zu vergewissern, ob er eine Beeinträchtigung seiner Fahrtüchtigkeit noch durch Erfahrung, Routine und Fahrverhalten auszugleichen vermag.
- An die Sorgfaltspflichten der Kraftfahrzeugführer sind wegen der mit dem Führen von Kraftfahrzeugen verbundenen besonderen Gefahren hohe Anforderungen zu stellen. Diese Sorgfaltsanforderungen beschränken sich nicht auf das Führen des Kraftfahrzeuges selbst, vielmehr gebieten die Gefahren des Straßenverkehrs ein Einsetzen von Sorgfaltspflichten schon vor Antritt der Fahrt.
- Die Anforderungen an die gebotene Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle sind umso schärfer, je eher der Kraftfahrer nach Lage der Dinge mit einer Beeinträchtigung seiner Fahrtüchtigkeit rechnen muss. So kann etwa eine Schwächung durch Krankheit Veranlassung zu einer besonderen kritischen Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle geben. Dasselbe gilt für ein höheres Lebensalter.

Danach ist ein Kraftfahrer, der bei selbstkritischer Prüfung altersbedingte Auffälligkeiten erkennt oder erkennen muss, die sich selbst nach den von einem medizinischen Laien zu verlangenden Kenntnissen auf seine Fahrtüchtigkeit auswirken können, verpflichtet, sich – ggf. unter Hinzuziehung eines Arztes – zu vergewissern, ob er noch in der Lage ist, die altersbedingten Ausfälle durch Erfahrung, Routine und Fahrverhalten auszugleichen. Selbstverständlich gilt diese Pflicht nicht nur bei Auftreten altersbedingter Auffälligkeiten und trifft nicht nur betagte Kraftfahrer. Diese Pflicht verschärft sich, wenn der Kraftfahrer bei einer Fahrt besonderen Belastungen ausgesetzt ist. Solche Belastungen können etwa durch eine Schwächung nach vorausgegangener Erkrankung, ungünstige Witterungsverhältnisse, lange Fahrstrecke, schwierige Straßenverhältnisse usw. auftreten.

## Fahrerlaubnisverordnung

Über die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen besagt die Grundregelung des Straßenverkehrsgesetzes, dass Bewerber um eine Fahrerlaubnis die hierfür notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllen müssen und nicht erheblich oder wiederholt gegen verkehrsrechtliche Vorschriften oder gegen Strafgesetze verstoßen haben dürfen.

In der Fahrerlaubnis-Verordnung (FEV) wird festgelegt, in welchem Fall und wie die Eignung im Einzelfall festgestellt wird. Im August 1998 wurde diese Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr im Bundesgesetzblatt veröffentlicht [14]. Die Verordnung war unter anderem deshalb notwendig, um die 2. Richtlinie der EG über den Führerschein von 1991 in nationales Recht umzusetzen. Das Sachgebiet, das bislang in der StVZO geregelt war, wird nun in einer eigenen Verordnung geregelt. Grundlage für diese Verordnung gibt das Gesetz zur Änderung des Straßenverkehrsgesetzes und anderer Gesetze vom 24. April 1998. In dieser Verordnung sind insbesondere allgemeine Regelungen zum Führen von Fahrzeugen sowie die Voraussetzungen für die Erteilung der Fahrerlaubnis enthalten. Im übrigen werden auch die Fahrerlaubnisklassen neu geregelt.

Davon zu unterscheiden ist die anlassbezogene Überprüfung der Eignung eines Inhabers der Fahrerlaubnis oder eines Bewerbers um eine Fahrerlaubnis. Hierzu legt die Verordnung fest, wann ein Anlass für eine Untersuchung gegeben ist und nach welchen Grundsätzen die Eignung oder bedingte Eignung zu beurteilen ist. Die Verordnung enthält verbindliche Bestimmungen darüber, welche Untersuchungsarten in welchen Fällen in Frage kommen [15].

Bei Bedenken gegen die körperliche und geistige Eignung kommt grundsätzlich nur das fachärztliche Gutachten in Frage. Erst dann, wenn das fachärztliche Gutachten – aus Sicht des Facharztes selbst oder aufgrund der Würdigung durch die Fahrerlaubnisbehörde – für die abschließende Eignungsbeurteilung nicht ausreicht, kann eine zusätzliche Begutachtung durch eine medizinisch-psychologische Untersuchungsstelle angeordnet werden [15].

## Begutachtungs-Leitlinien für die Beurteilung der Kraftfahrereignung

Der Gemeinsame Beirat für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und beim Bundesministerium für Gesundheit hat mit den „Begutachtungsleitlinien für die Beurteilung der Kraftfahrereignung“ eine durch wissenschaftlich-klinische Erfahrung begründete und abgestimmte Meinungsbildung zur Kraftfahrereignungsbegutachtung erstellt. Es wurden Beurteilungsgrundsätze in Form von Leitsätzen und Begründungen formuliert, die dem Gutachter als Entscheidungshilfe für den Einzelfall dienen sollen. Die sechste Auflage beinhaltet zum ersten Mal Begutachtungsleitlinien, die auch aus psychologischer Sicht erstellt wurden [16].

Die Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeuges ist dann nicht gegeben, wenn aufgrund des individuellen körperlich-geistigen Zustandes eine Verkehrsgefährdung nachgewiesen werden kann. Diese Gefährdung ist dann gegeben, wenn von einem Kraftfahrer zu erwarten ist, dass er die Anforderungen beim Führen eines Kraftfahrzeuges, zu denen auch die Beherrschung von Belastungssituationen gehört, nicht mehr bewältigen kann, oder wenn von einem Kraftfahrer in einem absehbaren Zeitraum die Gefahr des plötzlichen Versagens der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit zu erwarten ist [16].

Die Begutachtungsleitlinien sollen in diesem Zusammenhang eine Hilfe für die fachliche und einheitliche Beurteilung der Kraftfahrereignung darstellen. Sie sollen der Einzelfallgerechtigkeit dienen und somit dazu beitragen, die Mobilität zu sichern.

## Rolle des Arztes für die Verkehrssicherheitsberatung

Vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass es sich bei den Einschränkungen der Fahreignung im Alter primär um medizinische Gründe handelt, hat die hausärztliche Behandlungssituation für die Verkehrssicherheitsberatung des älteren Verkehrsteilnehmers eine große Bedeutung. Der Hausarzt genießt bei der Zielgruppe eine hohe Akzeptanz und somit eine prädisponierte Position zur individuellen Aufklärungsmaßnahme [17].

Bei steigender Lebenserwartung und der bekannten Demografie werden Hausärzte immer häufiger in die Situation kommen, ihre Alterspatienten ver-

kehrsmedizinisch zu beraten. Die Betreuung alter Menschen ist bereits seit langem eine der wichtigsten Aufgaben des Allgemeinarztes. Jeder 2. bis 3. Patient einer Hausarztpraxis ist 65 Jahre oder älter; rund 40 % der Hausarztstätigkeit (mit Hausbesuchen) entfällt auf diese Altersgruppe [2].

Insbesondere vom Hausarzt können und sollten bei der Diagnostik und Beratung von Alterspatienten einige Aspekte besonders berücksichtigt werden: das Auftreten von Arzneimittelnebenwirkungen im Rahmen einer Selbstmedikation oder Multimedikation durch verschiedene Facharztgruppen, verändertes Trink- und Essverhalten, mögliche Suchterkrankungen (z. B. Alkohol, Medikamente), vermehrte körperliche Einschränkungen z. B. aufgrund von degenerativen Veränderungen am Skelett oder einem Schlaganfall, etc.. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Depressionen spielen besonders im Alter eine wichtige Rolle. Verschiedene Erkrankungen können in dieser Lebensphase gänzlich ohne Symptome verlaufen, wie beispielsweise ein Herzinfarkt, Lungenentzündungen, Schilddrüsenerkrankungen und auch Depressionen [2].

Hier ist eine besonders vertrauensvolle Beziehung zum individuellen Patienten notwendig, um die psychophysische Gesamtsituation unter anderem auch im Hinblick auf die Fahreignung angemessen einschätzen zu können. In Anlage 4 der FEV sind Erkrankungen und körperlichen Behinderungen angegeben, welche Fahreignung ausschließen oder einschränken. Stellt der Arzt fest, dass bei seinem Patienten Bedingungen vorliegen, die die Fahreignung ausschließen, so muss er seine Patienten darüber aufklären.

Im Einzelfall kann es in einer solchen Situation auf Seiten des Arztes zu einer berechtigten Sorge um die Sicherheit des Patienten, aber auch um die Sicherheit anderer Personen kommen. In diesem Fall muss eine behutsame Rechtsgüterabwägung erfolgen, in der sich der Arzt seiner Funktion als „Anwalt“ des Patienten bewusst ist. Nur so kann sich der Arzt das Vertrauen seines Patienten sichern und auf eine Kooperation im Hinblick auf seine Beratung hoffen.

Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofes kann der Arzt trotz seiner grundsätzlichen Schweigepflicht nach den Grundsätzen über die Abwägung widerstreitender Pflichten oder Interessen berechtigt sein, die Verkehrsbehörde zu benachrichtigen, wenn sein Patient mit einem Kraftfahrzeug am Straßenverkehr teilnimmt, obwohl er wegen seiner

Erkrankung nicht mehr fähig ist, ein Kraftfahrzeug zu führen, ohne sich und andere zu gefährden. Voraussetzung für die Berechtigung der Meldung ist jedoch, dass der Arzt vorher den Patienten auf seinen Gesundheitszustand und auf die Gefahren aufmerksam gemacht hat, die sich beim Steuern eines Kraftwagens ergeben, es sei denn, dass ein Zureden des Arztes wegen der Art der Erkrankung oder wegen der Uneinsichtigkeit des Patienten von vornherein zwecklos ist [18].

Von Seiten der verkehrsmedizinischen Forschung in der Bundesanstalt für Straßenwesen werden Forschungsaktivitäten angestrebt, um die Sensibilität der Ärzte für diese Thematik zu stärken und einen Einblick zu erlangen, ob im Behandlungsalltag die erforderlichen Grundlagen und die Motivation für eine qualifizierte Beratung auf Seiten der Ärzte vorliegen. Zeitmangel und Probleme bei der Abrechnung aufwendiger Beratungsmaßnahmen könnten unter Umständen die im Einzelfall notwendige Beratung verhindern. Ggf. sind hier weitere Maßnahmen zu planen, die die Nutzung des Präventionspotenzial optimieren könnten.

### **Vorschlag zum Vorgehen bei Zweifeln an der Fahreignung im Alter**

Vor dem beschriebenen Hintergrund erscheint folgendes Vorgehen bei Zweifeln an der Fahreignung im Alter angemessen [15]:

- Selbstprüfung des Kraftfahrers, angeleitet durch geeignete Information und Verkehrsaufklärung
- Bei einigen Zweifeln Beratung durch den Hausarzt (für diese Beratung enthalten die Begutachtungs-Leitlinien Beurteilungsmaßstäbe)
- Bei Zweifeln durch die Verwaltungsbehörde Begutachtung durch den verkehrsmedizinisch qualifizierten Facharzt
- Ggf. auf Anraten des Facharztes medizinisch-psychologische Begutachtung

### **Alter und Verkehrssicherheitsarbeit**

Die Aufrechterhaltung von Mobilität im Seniorenalter und die mit ihr verbundene Krankheitsprophylaxe sind gesamtgesellschaftlich und volkswirtschaftlich als hohes Gut anzusehen. Die Erhaltung der Mobilität im Alter ist jedoch gegen das Risiko einer möglichen Verkehrsgefährdung im Einzelfall

sorgfältig abzuwägen. Information und Aufklärung im Sinne von Verkehrssicherheitsarbeit mit Senioren sind notwendig, um Senioren in ihren Bemühungen um die Aufrechterhaltung der für das Führen eines Kraftfahrzeuges erforderlichen körperlichen und geistigen Gesundheit zu unterstützen [15].

Ein wesentliches Ziel jeder Maßnahme muss es sein, ältere Verkehrsteilnehmer in die Lage zu versetzen, ihre eigenen Defizite besser zu erkennen und bewusster zu kompensieren. Die Kompetenz und Bereitschaft des einzelnen Seniors, relevante Einschränkungen rechtzeitig zu erkennen und adäquate Kompensationsmaßnahmen zu ergreifen – ggf. auch eine nicht mehr vorhandene Fahreignung zu akzeptieren – trägt zur individuellen und allgemeinen Verkehrssicherheit entscheidend bei. Das Aufzeigen und ggf. die schrittweise Hinführung zur angemessenen Nutzung alternativer Mobilitätsmöglichkeiten (z. B. öffentlicher Personennahverkehr, Taxi, etc.) sollten ebenfalls Teil einer jeden Maßnahme sein.

Ausgehend von der Urteilsbegründung des oben zitierten BGH-Urteils zur kritischen Selbstprüfung [13] und unter Berücksichtigung der Meinungsbildung zur medizinischen Kraftfahrer-Eignungsbeurteilung in den „Begutachtungs-Leitlinien“ hat der DVR für die Beratung älterer Verkehrsteilnehmer eine „Checkliste für ältere Kraftfahrer“ erstellt. Anhand von 14 Fragen werden einige Hinweise zur momentanen Befindlichkeit, zu Erkrankungen, zu Arzneimitteln und zur geeigneten Planung der Fahrt gewonnen. Entscheidend für den Erfolg dieser Eigenbeurteilung ist der Hinweis, bei Zweifeln den Hausarzt aufzusuchen.

### **Literatur**

- [1] FÜSGEN, I.: Die Geriatrie wird zur Schlüsseldisziplin – Gespräch mit Professor Dr. I. Füsgen. Münchner Medizinische Wochenschrift 139, Heft 7, 1997, S. 12-14
- [2] COMBERG, HU., FISCHER, GC., SCHUG, SH.: Betreuungsaufgaben bei bestimmten Patienten- und Bevölkerungsgruppen – Kinder, Jugendliche, alte Menschen. in: Fischer GC, Schug SH, Busse V, Krause F, Schlopsnies W (Hrsg.): Allgemeinmedizin. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York, 1993, S. 47-62

- 
- [3] SCHETTLER, G.: Geriatrie, eine sozialmedizinische Herausforderung. *Versicherungsmedizin* 48, Heft 3, 1996
- [4] BICKEL, H.: Gesundheitspolitische Bedeutung von Demenzerkrankungen. *Kliniker* 24, Heft 4, 1995, S. 151- 155
- [5] FERBER, L. (Hrsg.): Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen und ihre ärztliche Behandlung – epidemiologische Grundlagen eines Qualitätsmonitoring. Institut für Sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung, ISAB-Schriftenreihe Nr. 34, Köln Leipzig, 1994, S. 129-382
- [6] Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe S.3, Fragen zur Gesundheit, 1995
- [7] SCHRÖDER, H., SELKE, GW.: Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. in: Schwabe, U., Paffrath, D. (Hrsg.): *Arzneiverordnungsreport 1999*, Springer Verlag Berlin Heidelberg, 2000, S. 684-696
- [8] Redaktionsartikel: Risikofaktor Arzt: Unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei Senioren. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 139, Heft 7, 1997, S. 52
- [9] FRIEDEL, B., BECKER, S.: Arzneimittel und Verkehrssicherheit. *Deutsche Akademie für Verkehrswissenschaft: 37. Deutscher Verkehrsgerichtstag 1999. Veröffentlichung der auf dem 37. Deutschen Verkehrsgerichtstag am 28. und 29. Januar 1999 in Goslar gehaltenen Referate und erarbeiteten Empfehlungen*
- [10] OSWALD, WD.: Ältere Autofahrer: Täter oder Opfer?. in: Kaiser, HJ., Oswald, WD.: *Altern und Autofahren*. Verlag Hans Huber, Bern, 1999, S. 17-34
- [11] HEBENSTREIT, B.: Ältere zum TÜV? Über Fairness in der Fahreignungsdiagnostik mit Älteren. in: Kaiser HJ, Oswald WD: *Altern und Autofahren*. Verlag Hans Huber, Bern, 1999, S. 73-92
- [12] Gesetz zur Änderung des Straßenverkehrsgesetzes und anderer Gesetze. *Bundesgesetzblatt Jahrgang 1998 teil I Nr. 24*, ausgegeben zu Bonn am 30. April 1998, S. 748
- [13] Bundesgerichtshof, Urteil VIZR 280/86, v. 20.10.1987
- [14] Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr und zur Änderung straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften. *Bundesgesetzblatt Jahrgang 1998 Teil I Nr. 55*, ausgegeben zu Bonn am 26. August 1998
- [15] EMSBACH, M., FRIEDEL, B.; Unfälle älterer Kraftfahrer. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Band 32, Heft 5, 1999
- [16] Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung, 6. Auflage, herausgegeben vom Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen, *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit*, Heft M 115, 2000
- [17] KAISER, HJ., TEICHMANN, S., MYLLYMÄKI-NEUHOFF, J., SCHÜSSEL, K., OSWALD, WD., JAENSCH, P.: Anspracheformen der Verkehrsaufklärung älterer Menschen. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit*, Heft M 90, 1998
- [18] BGB §§ 1004, 823; StGB § 300 (Berechtigung des Arztes zur Benachrichtigung der Verkehrsbehörde über Gesundheitszustand eines Patienten). *Bundesgerichtshof, Urteil vom 08.10.1968*, *Neue Juristische Wochenschrift*, Heft 49, 1968, S. 2288-2291