

Fastenmeier, W., Gstalter, H., Eggerdinger, Ch. & Galsterer, H. (2005). Der ältere Patient als Autofahrer. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 40, 40-43.

Der ältere Patient als Autofahrer

Von W. Fastenmeier, H. Gstalter, Ch. Eggerdinger, H. Galsterer

Zusammenfassung

Der behandelnde Arzt bewegt sich oft im Spannungsfeld zwischen dem berechtigten Mobilitätsinteresse seines Patienten und dessen möglichen Gefährdungen der Sicherheit im Straßenverkehr. Tatsächlich weisen ältere Fahrer typische Defizite in der Bewältigung komplexer Verkehrssituationen auf – vor dem Hintergrund psychophysischer Nachteile des Alters, der Multimorbidität und möglicher unerwünschter Arzneimittelwechselwirkungen. Wichtig sind hier insbesondere die kritische Selbstreflexion des älteren Patienten/Kraftfahrers hinsichtlich wahrgenommener Defizite und eine qualifizierte Einschätzung verkehrssicherheitsrelevanter Leistungseinbußen durch den behandelnden Arzt. Viele Patienten ignorieren allerdings krankheits- oder altersbedingte Leistungseinbußen, gehen so ein hohes Unfallrisiko ein und können das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient empfindlich stören. Unmittelbar wirksam werden können hier neutrale und niederschwellige präventive Beratungs- und Trainingsangebote, die sich in den ärztlichen Beratungsprozess integrieren lassen.

1 Ausgangslage

Die wachsende Zahl von Senioren im Verkehr, insbesondere als Autofahrer, wird zunehmend als Problem erkannt. Schon heute sind mehr als 30 Millionen Deutsche älter als 50 Jahre; im Jahr 2000 gab es ungefähr 11 Millionen von über 60jährigen, die eine Fahrerlaubnis besitzen (das sind ca. 25% der Fahrzeugnutzer). Es sind Jahrgänge nachgewachsen, die mit dem Auto großgeworden und ihr ganzes Leben die Vorteile selbständiger Pkw-Nutzung gewöhnt sind. Ein Verzicht auf das Auto kommt in der Regel nicht in Betracht; denn gerade für die Lebensqualität älterer Menschen ist es notwendig, möglichst lange mobil zu sein. Das eigene Fahrzeug ist häufig die wesentliche persönliche Mobilitätsgarantie, ohne Fahrzeug wäre manches beschwerlicher und viele Orte sind ohne Motorisierung kaum zu erreichen. Der Erhalt von Mobilität ist also eine wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität, Selbständigkeit und Aktivität der älteren Menschen.

Das Thema „Autofahren und älterer Patient“ ist ein in der täglichen Praxis häufig auftauchender Problembereich, der aus verschiedenen Gründen meist ungenügend bewältigt

Fastenmeier, W., Gstalter, H., Eggerdinger, Ch. & Galsterer, H. (2005). Der ältere Patient als Autofahrer. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 40, 40-43.

wird. Ein wesentliches Ziel dieses Beitrages ist es, Aufklärungsarbeit bei allen Beteiligten zu leisten, um sachlich vermeintliche und tatsächliche Defizite älterer Fahrer (ab >60 Jahren) darzustellen, sich bewusst zu sein, dass es nicht „den“ älteren Fahrer gibt und eine unkritische Übertragung allgemeiner alters- und gesundheitsbedingter Defizite auf das Fahrverhalten zu vermeiden. Das heißt auch, das Verantwortungsbewusstsein der Senioren im Hinblick auf eine kritische Selbstkontrolle zu stärken, die Kompetenz der betreuenden Ärzte hinsichtlich Verkehrssicherheitsfragen auszubauen und Unklarheiten über gesetzliche Regelungen auszuräumen. Dazu sollen relevante verkehrsmedizinische und verkehrspsychologische Aspekte des Alters dargestellt und dem Arzt Hilfe im Rahmen einer sachgerechten Beratung geboten werden.

2 Verkehrssicherheit älterer Fahrer

Im Zusammenhang mit zum Teil spektakulären Unfällen, die von älteren Fahrern verursacht wurden und aufgrund der demografischen Entwicklung wird zunehmend über „den älteren Autofahrer“ diskutiert. Oftmals ist man mit Schlussfolgerungen schnell bei der Hand: Ältere Menschen seien nicht mehr in der Lage, sicher im Straßenverkehr zu agieren, sie seien zu zögerlich und zu langsam und deshalb fühlten sich andere Verkehrsteilnehmer provoziert.

Tatsächlich weisen ältere Fahrer – neben dem allgemeinen, altersbedingten Abbau körperlicher und psychischer Leistungsfähigkeit – nachweislich eine Reihe von z.T. schwerwiegenden Defiziten im sicheren Fahrverhalten auf. Dies ist insofern besonders bedeutsam, als das Autofahren unter allen Formen der Verkehrsbeteiligung die komplexeste Aufgabe mit den höchsten Anforderungen an die psychomentele und psychomotorische Leistungsfähigkeit darstellt. Betrachtet man die auf die Fahrleistung bezogene Unfallstatistik, so fallen ältere Fahrer im Vergleich insbesondere mit jungen Fahrern zunächst nicht durch ein erhöhtes Unfallrisiko auf. Wie Abbildung 1 ausweist, nimmt aber ihr relativer Anteil als Verursacher von Unfällen mit Personenschäden spätestens ab einem Alter von >65 Jahren deutlich zu [1]. Dabei handelt es sich meist um Unfälle durch Überforderung in komplexen Situationen; Regelverstöße wie zu hohe Geschwindigkeiten und Alkoholeinfluss spielen dagegen kaum eine Rolle. Typische Unfallursachen und -arten sind Verletzung der Wartepflicht an Kreuzungen, Abbiege-Unfälle, Wenden und Rückwärtsfahren, Ein- und Ausparken, Übersehen von Verkehrsschildern und Ampeln, Übersehen von Radfahrern beim Abbiegen, Unfälle beim Überholen, Unfälle durch mangelndes Fahrzeughandling und Unfälle durch Fehler in der Navigation.

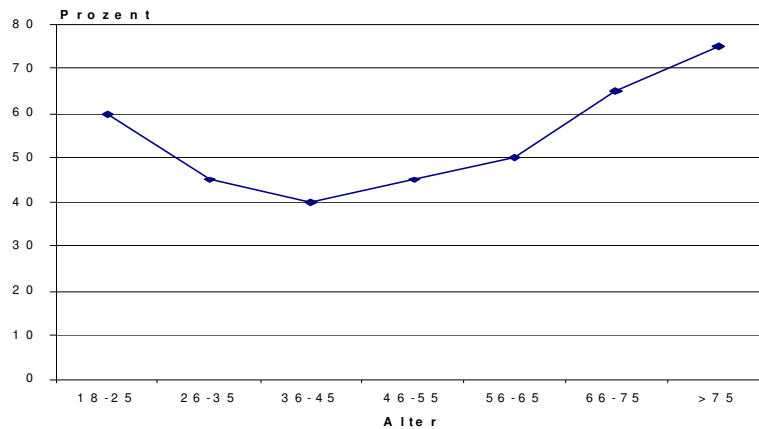


Abb. 1: Verursacher von Unfällen mit Personenschaden nach Alter (nach [1])

Die alterstypische Unfallstatistik lässt sich auch im alltäglichen Verhalten nachbilden: Auf einer innerstädtischen Strecke wurden kürzlich mit einem Messfahrzeug Fahrten mit 62 ortskundigen Versuchspersonen (Vpn) im Alter zwischen 18 und 78 Jahren durchgeführt; Kernstück der insgesamt einstündigen Strecke waren 18 Kreuzungssituationen – also schwierige Fahraufgaben –, in denen typische Fahrfehler ermittelt wurden. Abbildung 2 zeigt, wie sich die Fahrfehler auf die Vpn nach ihrem Alter verteilen: Der Zusammenhang lässt sich nichtlinear als eine Art U-Kurve beschreiben (ANOVA, $p < .005$); diese Funktion erklärt immerhin 27% der Varianz in den Fehlerdaten [2]. Die Darstellung zeigt aber auch, wie groß die interindividuellen Unterschiede gerade bei den älteren Vpn ausfallen.

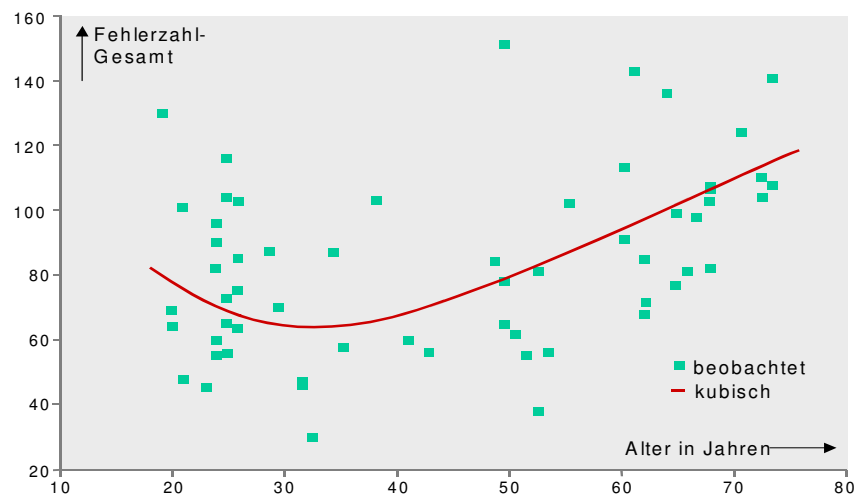


Abb. 2: Fahrfehler in innerstädtischen Kreuzungen nach Alter (eigene Darstellung)

3 Verkehrsmedizinische und -psychologische Aspekte

Bestimmte psychophysische Merkmale entwickeln sich im Alter ungünstig (siehe Kasten). Viele Krankheiten treten naturgemäß mit zunehmendem Alter häufiger auf als in jungen Jahren. Vor diesem Hintergrund ist die Multimorbidität, d.h. das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Krankheiten/Beschwerden, ein typisches „Altersphänomen“; bei Patienten über 70 Jahren bestehen im Durchschnitt sieben Krankheitsdiagnosen. Hier ist zudem mit unerwünschten Arzneimittelwechselwirkungen (wie z.B. Schläfrigkeit, Schwindel, Verdauungsstörungen, Verwirrtheit) zu rechnen: Sie treten erfahrungsgemäß bei jedem 7. Patienten über 65 Jahre auf [3]. Das Risiko, in einen Verkehrsunfall verwickelt zu werden, ist für Personen mit mehr als einer Krankheit bereits 2,6 mal höher als für gesunde Personen [4]. Zu den verkehrssicherheitsrelevanten Erkrankungen können in erster Linie degenerative Gelenkerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Hypertonie sowie mit geringerer Prävalenz auch Diabetes mellitus, Demenzen und psychische Störungen gezählt werden. Gerade bei Hypertonie und Diabetes trägt eine sachgemäße Einstellung des Patienten positiv zur Verkehrssicherheit bei. Insgesamt fehlt aber noch eine integrierende und systematisierte Beurteilung von Krankheitsbild, Medikamentenwirkung und deren Auswirkung auf das Unfallrisiko. In verschiedenen EU-Projekten werden solche Fragen zur Zeit thematisiert.

Psychophysische „Nachteile“ älterer Menschen:

- Verminderte Wahrnehmungsfähigkeiten
 - Verengung des Blickfeldes (peripheres Sehen)
 - Abnahme der Dämmerungsschärfe, erhöhte Blendempfindlichkeit
 - Verschlechterung der Akkomodation
 - Nachlassen des Hörvermögens (besonders für hohe Töne)
- Verlangsamte zentrale Informationsverarbeitungsprozesse
 - Verlangsamung von Informationsverarbeitung und Koordination mit Motorik
 - Verschlechterung von Distanz- und Geschwindigkeitsschätzung
 - höhere Anfälligkeit für Ablenkung
- Eingeschränkte motorische Reaktionen
 - Beweglichkeit, Sensitivität und Kraft lassen nach
 - eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule
 - Verlangsamung der Reaktion und der Motorik

4 Aufgaben des Arztes

Die getroffenen Aussagen gelten für einen „Durchschnitt“ älterer Menschen. Die Leistungsfähigkeit im Alter zeichnet sich durch hohe interindividuelle Varianz aus. Alter allein kann also kein hinreichender Grund sein, an der Fahreignung zu zweifeln; es ist immer der Einzelfall, der beurteilt werden muss. Das heißt auch: Das Fahrverhalten des Patienten muss in die Behandlung einbezogen werden. Wichtig sind hier insbesondere die kritische Selbstreflexion des älteren Kraftfahrers hinsichtlich wahrgenommener Defizite und eine qualifizierte Einschätzung verkehrssicherheitsrelevanter Leistungseinbußen durch den behandelnden Arzt. Aus diesem Grunde liegt eine besondere Verantwortung beim Hausarzt, da er für den älteren Patienten nicht nur für Krankheiten, sondern auch für die mit dem Altern einhergehenden physischen und psychischen Veränderungen ein glaubwürdiger und wichtiger Ansprechpartner ist. Für den Arzt ist dies in verschiedener Hinsicht eine schwierige Situation, denn er muss eine Antwort auf die Frage finden, ob ein Patient u.U. ganz oder teilweise auf das Autofahren verzichten sollte. Dazu müsste der Arzt über die übliche Beratung hinaus eine verkehrsbezogene Bewertung der Erkrankung und/oder psychophysischer Defizite des Patienten durchführen. Die Kenntnis gültiger Beurteilungsgrundlagen als notwendige Entscheidungshilfe dürfte in der Mehrzahl der Fälle nicht vorhanden sein. Wenn der Arzt altersbedingte Auffälligkeiten eines Patienten erkennt und Zweifel an dessen Fahreignung aufkommen, sollte unbedingt eine intensive und gut dokumentierte Aufklärung erfolgen und auf die Eigenverantwortlichkeit des Patienten hingewiesen werden (siehe Kasten).

Rechtliche Grundlagen

1. Grundsätzlich gilt nach dem Straßenverkehrsgesetz: Wer Autofahren will, muss dazu geeignet sein.
2. Der Arzt muss seine Patienten im Rahmen des Behandlungsvertrages über eine mögliche beeinträchtigende Wirkung von Arzneimitteln aufklären, weil er der Pflicht zur Sicherheitsaufklärung unterliegt. Diese Pflicht wird verletzt, wenn der Arzt den Patienten bei Kenntnis oder Verdacht auf Einschränkung von Fahrtüchtigkeit und Fahreignung nicht auf mögliche Gefahren für die Verkehrssicherheit hinweist.
3. Kritische Selbstüberprüfung: Die Fahrerlaubnisverordnung gibt jedem Kraftfahrer vor, durch kritische Selbstprüfung festzustellen, ob er unter den gegebenen Bedingungen sicher am motorisierten Straßenverkehr teilnehmen kann. Jeder Kraftfahrer trägt somit ein erhebliches Maß an Eigenverantwortung, auf die der Arzt im Rahmen einer Sicherheitsaufklärung hinweisen sollte.
4. Es besteht keine rechtliche Verpflichtung des Arztes, einen Patienten der Fahrerlaubnisbehörde zu melden. Er darf auch keine Zwangsmittel anwenden, um einen Patienten vom Autofahren abzuhalten.

Hat der Patient diese Informationen erhalten, stellt sich die Frage, was er daraus macht: Nicht alle Patienten sind einsichtig. Häufig besteht eine große Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung des Patienten („ich fahre schon seit 40 Jahren“) und der Beurteilung des Arztes. Viele ignorieren krankheits- oder altersbedingte Leistungseinbußen, gehen so ein hohes Unfallrisiko ein und können das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient hierdurch empfindlich stören. Prinzipiell kann der behandelnde Arzt einen Patienten an die Fahrerlaubnisbehörde melden. Dieser Schritt mit dem damit verbundenen Bruch der Schweigepflicht kommt aber ausschließlich als letzte Möglichkeit unter Ausschöpfung aller anderen Maßnahmen in Betracht.

Zuvor können niederschwellige präventive Angebote ohne behördlichen Selektionsdruck im Hintergrund genutzt werden und der Arzt im Spannungsfeld zwischen dem Mobilitätsinteresse seines Patienten und dem Allgemeingut Verkehrssicherheit unterstützt werden. Im Wissen um die Problematik der Führerscheinfraße in der Beziehung zwischen Arzt und älteren Patienten hat die „Arbeitsgruppe: Altersgerechte Mobilität“ am Institut „mensch-verkehr-umwelt“ ein neues Dienstleistungsangebot für Ärzte und deren Patienten erarbeitet. Sie bietet eine Anlaufstelle für alle Verkehrsteilnehmer, die durch altersbedingte, gesundheitliche oder sonstige Einschränkungen ihre Mobilität im Verkehr gefährdet sehen und diese wiedergewinnen, erhalten und steigern wollen. Zur Diagnostik der Patienten dienen Realfahrten, die durch erfahrene Verkehrspsychologen begleitet werden. Die Patienten erhalten eine Bewertung und Rückmeldung über ihr Fahrverhalten in wichtigen/typischen Verkehrssituationen sowie Hinweise darauf, wo ihre spezifischen, individuellen Defizite liegen und wie sie mit ihnen umgehen sollten (z.B. Streckenwahl, Tageszeiten, fahrpraktisches Training, Nachschulung, Verzicht auf Fahrerlaubnis, Mobilitätsalternativen).

Fastenmeier, W., Gstalter, H., Eggerdinger, Ch. & Galsterer, H. (2005). Der ältere Patient als Autofahrer. *Münchner Medizinische Wochenschrift*, 40, 40-43.

Dazu kann optional auch eine spezielle verkehrsmedizinische sowie testpsychologische Bewertung erfolgen.

5 Fazit

Verkehrssicheres Autofahren kann bei älteren Patienten aus verschiedenen Gründen beeinträchtigt sein. Der behandelnde Arzt muss seiner Aufklärungspflicht nachkommen und zusätzlich den Patienten auf dessen Selbstüberprüfungspflicht hinweisen. Bestehen Zweifel an der Verkehrstüchtigkeit eines älteren Patienten sollte zur Absicherung der Diagnose im Sinne wirksamer Unfallprävention eine verkehrspsychologische Abklärung erfolgen, die mit individuellen, präventiven Trainings- und Beratungsangeboten gekoppelt ist. Diese neutrale Bewertung der Verkehrssicherheit des Patienten schafft Sicherheit für alle Beteiligten, entlastet die Arzt-Patient-Beziehung und sichert die ärztliche Diagnose ab – ähnlich wie seine Diagnostik durch Facharztbefunde abgesichert wird. Selbstverständlich unterliegt auch diese Dienstleistung der Schweigepflicht.

Literatur

[1] Statistisches Bundesamt: Fachserie 8, Reihe 7: Verkehrsunfälle 2003. Wiesbaden 2004.

[2] Gstalter, H., Fastenmeier, W.: Anforderungen der Fahraufgabe und tatsächliches Fahrverhalten – Ergebnisse eines Soll-Ist Vergleiches mit der neuen Analyseverfahren SAFE. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit* 51, (2005), 76-82.

[3] Becker, S., Albrecht, M.: Verkehrsmedizinische Aspekte im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 16 (2003), 101-115.

[4] Holte, H., Albrecht, M.: Verkehrsteilnahme und -erleben im Straßenverkehr bei Krankheit und Medikamenteneinnahme. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen*, Heft M 162, 2004.