

Die Evaluation der Fahreignung in der Arztpraxis

M. Fellay, J. Steiner, Zentralinstitut der Spitäler, Spital Wallis, Sitten

Am 1. Juli 2016 sind die medizinischen Mindestanforderungen im Anhang 1 der Verordnung über die Zulassung von Personen und Fahrzeugen zum Strassenverkehr (ZVZ) überarbeitet und an den Fortschritt der Medizin und die Kenntnisse in der Unfallforschung angepasst worden. Der praktizierende Arzt muss sich darauf beziehen, wenn er einen Fahrzeuglenker untersucht, denn es handelt sich um die einzige gesetzliche Grundlage. Die Vorschriften sind allgemein gehalten, um der untersuchenden Person einen Ermessensspielraum zu ermöglichen. Unterstützt wird sie dabei durch Veröffentlichungen von schweizerischen Fachgesellschaften, in Zusammenarbeit mit Experten in Verkehrsmedizin. So bestehen mehrere Empfehlungen, um in der gesamten Schweiz eine einheitliche Versorgung zu gewährleisten.

In dieser Hinsicht hat die Schweizerische Epilepsie-Liga [1] immer eine Vorreiterrolle eingenommen, indem sie seit über zehn Jahren Richtlinien für das Lenken von Fahrzeugen herausgibt. Diese Fachgesellschaft hat im Übrigen klar angegeben, dass die Evaluation der Fahreignung auf dem Vergleich zwischen der Risikoanalyse einer spezifischen Patientengruppe und dem sozial akzeptierbaren Unfallrisiko von 1 : 20 000 pro Jahr basiert. Mit der Einführung des Programms Via Sicura ist dann empfohlen worden, das akzeptable Risiko auf höchstens 40% pro Jahr für die Lenker von Personenkraftwagen und auf weniger als 2% für die Lenker von Lastwagen festzulegen. Die Fachgesellschaft für Neurologie erläutert die Gründe für die unterschiedlichen Anforderungen an die beiden Gruppen. Seither haben zahlreiche Fachgesellschaften ihre Vorschriften herausgegeben und zwar immer in Abstimmung mit der Verkehrsmedizin, die einen Fachbereich der Rechtsmedizin darstellt. Jeder Arzt, der dem Strassenverkehrsamt einen Eignungsbericht übermittelt, gilt für dieses Amt nämlich als Gutachter und nicht mehr als Therapeut.

Später sind die «Richtlinien bezüglich Fahreignung und Fahrfähigkeit bei Diabetes mellitus» der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie, die Empfehlungen «Fahreignung bei Tagesschläfrigkeit» der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafmedizin, Schlafmedizin und Chronobiologie, sowie im Juni 2019 das Dokument «Fahreignung und kardiovaskuläre Erkrankungen» der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie veröffentlicht worden. Diese Dokumente können auf der Internetseite der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin heruntergeladen werden [2].

	1. medizinische Gruppe	2. medizinische Gruppe
Sehschärfe (beidäugiges Sehen)	0.5 und 0.2 einzeln gemessen	0.8 und 0.5 einzeln gemessen
Sehschärfe (einäugiges Sehen)	0.6	Nicht fahrgerecht
Gesichtsfeld	Im Zweifelsfall: ophthalmologische Untersuchung	
Hörvermögen	Gehörlose können fahren	Hörweite in Konversationssprache beidseitig 3 m, bei einseitiger Taubheit 6 m
Psychische Störungen und organisch bedingte Hirnleistungsstörungen	Keine Störungen mit Auswirkungen auf das Fahren	Keine Störungen. Im Zweifelsfall: psychiatrische oder verkehrsmedizinische Untersuchung
Epilepsie	Behandelte Epileptiker können mit Dokumenten des Neurologen fahren In allen Fällen: neurologische Untersuchung	Keine Fahreignung für Kategorie D. Unter besonderen Umständen Fahreignung für die Kategorie C gegeben
Kardiovaskuläre Erkrankungen	Können mit einer kompensierten Herzerkrankung fahren	Keine Fahreignung mit internem Defibrillator oder mit Auswurfraction < 35%. Im Zweifelsfall: Untersuchung bei einem Kardiologen
Stoffwechselerkrankungen	Bei Diabetes mellitus: stabile Blutzuckereinstellung ohne verkehrsrelevante Unter- oder Überzuckerungen	Keine Fahreignung für Kategorie D bei Therapie mit Unterzuckerungsgefahr. Im Zweifelsfall: endokrinologische Untersuchung
Erkrankungen der Atemorgane	Keine Erkrankungen, die zu einer erhöhten Tagesschläfrigkeit führen	Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms und im Zweifelsfall Wachhaltetest (MWT). Im Zweifelsfall: Untersuchung bei einem Pneumologen
Erkrankungen des Bewegungsapparats	Falls durch spezielle Vorrichtungen korrigierbar, keine Einschränkungen. Im Zweifelsfall: Untersuchung durch CRR-Suva, Fahrsimulator	
Abhängigkeitserkrankungen	Im Zweifelsfall: Meldung ans Strassenverkehrsamt oder an einen Verkehrsmediziniker SGRM	

Tabelle 1: Zusammenfassung der Unterschiede zwischen den beiden medizinischen Gruppen (Personenkraftwagen und Berufstransport)

Hinsichtlich visueller und psychiatrischer Störungen sowie Abhängigkeitserkrankungen, einschliesslich Medikamente, existieren keine Richtlinien/Empfehlungen von Fachgesellschaften, die zur Beurteilung der Fahreignung herangezogen werden können. Da die Anforderungen für die beiden medizinischen Gruppen nicht dieselben sind, kann man sich auf die Tabelle 1 beziehen, welche grob die Basiselemente festhält.

Aus dieser Tabelle geht eine gewisse Flexibilität für die 1. medizinische Gruppe (Personenkraftwagen) hervor, während die 2. medizinische Gruppe (Kategorie C: Warentransport und Kategorie D: Personentransport) strenger beurteilt wird [3].

Screening Test	Kriterium für eine spezialisierte Evaluation, zum Beispiel Gedächtnis-sprechstunde (HVS)	Gegen die Fahreignung sprechendes Kriterium
Mini mental state examination (MMSE)	< 24/30	20/30 oder kleiner
Montreal cognitive assessment (MoCA)	< 26/30	
Uhrentest	< 5/7	fehlendes Verständnis des Tests
Trail Making Test A (TMT-A)	Langsam ausgeführt, d.h. > 100 Sekunden	Mit einem und/oder mehreren Fehlern ausgeführt
Trail Making Test B (TMT-B)	Ausgeführt in > 200 Sekunden und/oder > 2 Perseverationsfehler	Unmöglichkeit, das konzeptuelle Alternieren zwischen Zahlen und Buchstaben zu verstehen

Tabelle 2: Screeningtests kognitiver Störungen

Der klassische Grund einer fehlenden medizinischen Fahreignung für die 1. medizinische Gruppe aufgrund einer Evaluation in einer Arztpraxis ist das Auftreten kognitiver Störungen. Die Beobachtungen eines Angehörigen können für die Ermittlung einer allfälligen kognitiven Störung entscheidend sein. Andere Elemente sind Vorgeschichten von Übertretungen und/oder Unfällen sowie die Anamnese einer Reduktion der gefahrenen Kilometer oder Einschränkung der Fahrdistanz. Tabelle 2 zeigt die kognitiven Tests, die in der Arztpraxis ohne grossen Zeitaufwand ausgeführt werden können. Ihre Sensibilität und ihre Spezifität sind nicht optimal. Der MMSE (Mini mental state examination) evaluiert zum Beispiel die für das Fahren wesentlichen visuell-räumlichen Fähigkeiten (Urteils- und Entscheidungsvermögen, geistige Flexibilität) nur in geringem Ausmass. Diese werden durch den Trail Making Test B besser eingeschätzt. Der MoCA (Montreal cognitive assessment) kombiniert insbesondere einen Mini-TMT B, den Uhrentest und andere Exekutivfunktionen und Aufmerksamkeit. Er steht im Internet in mehreren Sprachen sowie in drei verschiedenen Versionen in französischer und deutscher Sprache zur Verfügung, um ein Auswendiglernen zu verhindern. Ein pathologischer kognitiver Test soll nicht unbedingt zu einer fehlenden Fahreignung, sondern zu ergänzenden Untersuchungen wie eine vollständige neuropsychologische Untersuchung oder eine Begutachtung der Stufe 3 oder 4 führen. Eine Probefahrt auf der Strasse mit einem Fahrlehrer kann dem praktischen Arzt bei seinem Entscheid helfen. Sie hat jedoch keine Rechtswirkung. Ein Arzt der Stufe 4 kann eine Kontrollfahrt mit einem Verkehrsexperten und, je nach Fall, einem Arzt verlangen, wie es im Wallis praktiziert wird. Nützlich sind auch Fahrkurse für Senioren, mit denen die Fahrkompetenzen aufgefrischt und trainiert werden.

Literatur

- [1] www.epi.ch, dann Registerkarte Führerausweis und Epilepsie.
- [2] www.sgrm.ch, dann Registerkarte Verkehrsmedizin und anschliessend Richtlinien Fahreignung.
- [3] Aptitude à la conduite, aspects généraux et prise en charge spécifique en 2017, Revue médicale Suisse, S. 1876-1881 und S. 1982-1990.

Kontaktperson

Dr. med. Maurice Fellay

maurice.fellay@hopitalvs.ch