

# Richtlinien zur Beurteilung der Fahreignung von Seniorinnen und Senioren

Rolf Seeger, Institut für Rechtsmedizin, Zürich  
Wolfgang Czerwenka, argomed Ärzte AG

## Allgemeines

In der Schweiz haben sich sämtliche Motorfahrzeuglenkerinnen und -lenker ab einem Alter von 70 Jahren alle zwei Jahre einer ärztlichen Kontrolluntersuchung zu unterziehen. Diese erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt mit dem Ziel, die Fahreignung der entsprechenden Person zu überprüfen: Es soll festgestellt werden, ob die medizinischen Mindestanforderungen gemäss «Verkehrszulassungsverordnung (VZV)» [1] erfüllt werden und ob Krankheiten, Unfallfolgen oder anderweitige medizinisch bedingte Zustände vorliegen, die das sichere Lenken eines Motorfahrzeuges in Frage stellen könnten. Die untersuchende Ärztin bzw. der untersuchende Arzt hat somit nicht abzuklären, «wie gut» die oder der Betreffende fährt, falls keine medizinisch bedingten Einschränkungen bestehen. Motorfahrzeuglenkerinnen und -lenker, die in der hausärztlichen Praxis zur periodischen Überprüfung der Fahreignung erscheinen, sind keine PatientInnen, sondern vielmehr «Probanden», die nicht daran interessiert sind, alle möglichen medizinisch bedingten Einschränkungen, die den Besitz des Führerausweises gefährden könnten, offenzulegen. Die untersuchende Ärztin, der untersuchende Arzt muss diesem Umstand Rechnung tragen, indem sie/er beispielsweise bei der Anamneseerhebung verkehrsmedizinisch wichtige Krankheiten oder Zustände explizit anspricht.

Die verkehrsmedizinische Erfahrung hat gezeigt, dass es zweckmässig ist, über 70jährige Motorfahrzeuglenkerinnen und -lenker in folgende drei Gruppen einzuteilen:

1. *Gesunde Seniorinnen und Senioren* im Alter zwischen 70 und 80 Jahren: Die medizinischen Mindestanforderungen werden erfüllt, es liegen überdies keine Krankheiten oder Unfallfolgen vor, welche die Fahreignung beeinträchtigen könnten. Diese Gruppe entspricht der überwiegenden Mehrheit der über 70jährigen Lenkerinnen und Lenker und zeigt keine Probleme hinsichtlich der Fahreignung.
2. *Gesunde Hochbetagte* ab einem Alter von 80 bis 85 Jahren: Rein altersbedingte physiologisch auf-

tretende Einschränkungen bei *gesunden älteren Lenkerinnen und Lenkern* sind Einschränkungen im Bereich des Bewegungsapparates (Kopfdrehen), die nachlassende Sehschärfe (relevant bei Fahrten während der Nacht und im Dämmerlicht) sowie eine kognitive Verlangsamung (abnehmende Geschwindigkeit der Informationsaufnahme und -verarbeitung). Gesunde Betagte kompensieren diese Einschränkungen in der Regel noch für einige Zeit, schränken sich selbst in ihrer Fahrleistung zunehmend ein und verzichten bei Bemerkungen von verkehrsrelevanten Leistungsmängeln oftmals freiwillig auf den Führerausweis. Gesunde Betagte erreichen in der Regel im Alter zwischen 80 und 85 Jahren ihre Leistungsgrenzen als Autofahrerinnen und Autofahrer.

Die Lenkerinnen und Lenker dieser Gruppe erfüllen formal die medizinischen Anforderungen. Ist die Fahreignung in medizinischer Hinsicht gegeben, kann eine Fahrt mit einem konzessionierten Fahrlehrer Aufschluss über die Fahrfertigkeiten geben.

3. *Kranke Probanden* mit *verkehrsrelevanten medizinisch bedingten Einschränkungen* wie einer beginnenden Demenz, ungenügendem Sehvermögen, Folgen von Schlaganfällen, Kreislaufkrankungen usw. Diese Gruppe bildet einen Anteil von ungefähr 10% aller Probanden. Die Fahreignung ist hier oftmals fraglich oder nicht mehr gegeben.

## Umfang und Inhalt der periodischen verkehrsmedizinischen Untersuchung ab 70 Jahren<sup>1</sup>

### Anamnese

Zusätzlich zur allgemein üblichen Anamnese allfälliger Vorerkrankungen und Unfallfolgen sind explizit zu erfragen:

- Synkopen, Bewusstseinsstörungen, Epilepsie, Schwindelanfälle;
- Behandlungen wegen Alkohol- und Medikamentenkonzums;

1 Gilt für Führerausweisinhaberinnen und -inhaber der dritten Gruppe (siehe oben).

- Psychische Erkrankungen, psychiatrische Behandlungen;
- Abklärungen wegen Hirnleistungsstörungen;
- Diabetes mellitus, andere Stoffwechselstörungen;
- Vermehrte Tagesmüdigkeit, Einschlafneigung;
- Eventuell *Fremdanamnese*, insbesondere beim Verdacht auf Demenz.

### Klinische Untersuchung

*Kursorischer Allgemeinzustand* unter Berücksichtigung der medizinischen Mindestanforderungen:

- Grösse, Gewicht, Allgemeinzustand;
- Blutdruck, Herzfrequenz, Auskultation von Herz und Lungen, Insuffizienzzeichen;
- Bewegungsapparat, Motorik, Sensibilität, Eigenreflexe, Romberg-Versuch, Strichgang, Finger-Nase-Versuch (FNV);
- Visusbestimmung (auf richtigen Abstand der Sehtafel achten);
- Gesichtsfeldausgrenzen, digital geprüft;
- Augenmotilität;
- Kopfdrehung (rascher Seitenblick) mindestens 45° beidseits;
- Zeichen einer Suchterkrankung (z.B. Alkoholstigmata);
- Psychische Auffälligkeiten.

### Suche nach Hinweisen auf eine beginnende Demenzerkrankung

- Allgemeine Verhaltensauffälligkeiten (setzt sich auf Arztstuhl, verirrt sich in der Praxis usw.);
- Zeichen von beginnender Verwahrlosung (z.B. unsaubere Kleidung);
- Ungenau und ausschweifend Antworten auf gestellte Fragen;
- Inadäquate Reaktion auf Anweisungen;
- «Klebenbleiben» am gleichen Thema;
- Wortfindungsstörungen und unvollständige Satzbildung;
- Umständliches oder unzweckmässiges Vorgehen beim Aus- und Anziehen der Kleider.

*Sind klinisch keine Auffälligkeiten und keine Verdachtsmomente vorhanden, erübrigen sich in der Regel weitere Zusatzuntersuchungen.*

Andernfalls können einfache *Kurztests* den Verdacht einer Hirnleistungsstörung bestätigen (evtl. zweiter Untersuchungstermin nötig).

**Zur Beachtung: Isolierte Ergebnisse einzelner Kurztests geben wenig Auskunft über die Fahreignung, und die klinischen Befunde sind wichtiger als die Punktzahlen in den Tests.**

■ *Uhrentest*: Die Probandin, der Proband erhält einen vorgegebenen Kreis und wird darum gebeten, darauf eine Uhr mit allen nötigen Ziffern und Zeigern einzuzeichnen. Andere Anweisungen oder Hilfestellungen sind nicht erlaubt. Die eingezeichnete Zeit ist anschliessend in einem speziellen Feld digital einzutragen. Massgeblich ist nicht nur die erreichte Punktzahl, sondern vielmehr die beobachteten Auffälligkeiten bei der Bearbeitung der Aufgabe.

■ *Mini-Mental-Status* (Folstein et al. [2]): Es sind insgesamt 30 Fragen/Aufgaben zu bearbeiten. Bei einer Punktzahl unter 23 ist die Fahreignung in aller Regel nicht mehr gegeben.

■ Das Vorliegen von normalen Testresultaten im Mini-Mental-Status (MMS) schliesst bei erkennbaren klinischen Hinweisen, vor allem bei hoher Ausgangsintelligenz und hohem sozialem Status, eine beginnende Demenz nicht aus; insbesondere frontale Störungen werden mit dem MMS schlecht erfasst.

■ *Trail-Making-Test B*: Auf einem A4-Blatt befinden sich die Zahlen 1 bis 13 und die Buchstaben A bis L. Abwechslungsweise sollen Zahlen und Buchstaben in aufsteigender Folge möglichst schnell miteinander verbunden werden (1–A–2–B–3–C usw.). Die Normalwerte (Zeit in Sekunden) sind alters- und bildungsabhängig. Die für die Fahreignung relevanten Grenzwerte sind zurzeit in Evaluation. Wird der Test im Normalbereich bewältigt, scheinen in der Regel keine verkehrsrelevanten kognitiven Einschränkungen vorzuliegen. Werden für den Test mehr als vier Minuten benötigt oder kann er gar nicht ausgeführt werden, ist die Fahreignung in der Regel nicht mehr gewährleistet.

### Weiteres Vorgehen hinsichtlich der Fahreignungsbeurteilung beim Verdacht auf eine beginnende Demenzerkrankung

Ergibt sich aufgrund der oben beschriebenen Verdachtsmomente und der durchgeführten Tests ein Verdacht auf eine beginnende Demenzerkrankung, ist vorerst das Einholen einer *Fremdanamnese* angezeigt. Wenn nämlich eine selbständige Lebensführung mit Schwierigkeiten verbunden und ein gewisses Mass an Betreuung (auch nur stundenweise) erforderlich ist, liegt bereits eine mittelschwere Demenzerkrankung vor, was die Fahreignung für Motorfahrzeuge in der Regel ausschliesst.

Weitere Abklärungen bezüglich der Ursachen für eine Demenz erfolgen unabhängig von der Fahreignungsuntersuchung (beispielsweise Abklärung an einer Memory-Klinik).

Die *Fahreignung* kann *bejaht* werden, falls:

- klinisch keine erheblichen Auffälligkeiten bestehen;

- der Kurztest unauffällig oder nur sehr leicht auffällig ist;
- die Testperson keiner (auch nur teilweisen) Betreuung (entspricht mittelschwerer Demenz) bedarf. Beim Vorliegen von sehr leichten kognitiven Defiziten sollte die übliche *Kontrollfrist* von zwei Jahren auf ein Jahr *verkürzt* werden.

Die *Fahreignung* muss *verneint* werden, falls:

- klinisch erhebliche Auffälligkeiten vorhanden sind;
- die Kurztests sehr auffällig sind;
- eine mittelschwere Demenz (teilweise Betreuung nötig) vorliegt.

Die *Fahreignung* bleibt *weiterhin fraglich*, falls:

- klinische Auffälligkeiten vorhanden sind;
- die Kurztests auffällig sind;
- keine (auch nur teilweise) Betreuung nötig ist.

In diesen Fällen ist dem Strassenverkehrsamt auf dem Beurteilungsformular mitzuteilen, dass die Untersuchung bei der Vertrauensärztin bzw. beim Vertrauensarzt oder an einer Spezialabklärungsstelle durchgeführt werden sollte (Fahreignung weder befürworten noch ablehnen).

**Der Einbezug von Fahrlehrerinnen und Fahrlehrern in die medizinische Fahreignungsbeurteilung muss aus verkehrsmedizinischer Sicht klar abgelehnt werden, da hiermit medizinische Beurteilungen an medizinische Laien delegiert werden. Falls Fahrlehrerinnen und Fahrlehrer im Rahmen einer verkehrsmedizinischen Kontrolluntersuchung im Zusammenhang mit einer ärztlichen Abklärung eine Fahrprobe oder eine Kontrollfahrt durchführen, übernehmen sie eine Aufgabe, für die sie weder die Kompetenz noch die Befugnis haben. Die Beurteilung durch Fahrlehrerinnen und Fahrlehrer ist überdies auch rechtlich nicht bindend.**

Fahrkurse und Fahrberatungen für Seniorinnen und Senioren sind ausserordentlich wertvoll für die Verbesserung der Verkehrssicherheit, setzen aber eine medizinisch erfüllte Fahreignung voraus (Gruppe der gesunden SeniorInnen und der gesunden Hochbetagten).

## Spezielle Krankheitsbilder bei betagten Motorfahrzeuglenkerinnen und -lenkern

### Diabetes mellitus<sup>2</sup>

- Gefahr der *Hypoglykämie* unter Insulin und oralen Antidiabetika während des Fahrens!
- *Falsche Strategie*: sich auf das Auftreten von Unterzuckerungssymptomen zu verlassen.
- Die Hypoglykämiewahrnehmung ist beim Autofahren äusserst schlecht, und beim Auftreten von neuroglykopenischen Symptomen kann eine Handlungs- und Entscheidungsunfähigkeit auftreten.
- *Richtige Strategie*: Blutzuckermessung vor dem Antritt jeder Fahrt. Der Blutzuckerwert darf nicht unter 5 mmol/L liegen («Benzinstand vor der Abfahrt»), bei längeren Fahrten sind Nachmessungen alle ein bis eineinhalb Stunden nötig! Im Auto rasch verfügbare Kohlenhydrate mitführen, Verpflegung für unterwegs bei längeren Fahrten, Vorsicht nach Anstrengungen! Bei ersten Anzeichen einer Hypoglykämie sofort anhalten und 20 g Kohlenhydrate einnehmen (auch bei Halteverbot, Warnblinkanlage einschalten).

### Herz-Kreislauf-Krankheiten

Die Anforderungen sind diesbezüglich für die dritte medizinische Gruppe relativ tief: adäquate Alltagsbelastbarkeit, keine Synkopen/Präsynkopen, keine akuten Schmerzzustände, Blutdruck diastolisch unter 130 mm Hg.

### Neurologische Erkrankungen

*Status nach zerebrovaskulärem Insult*: Die meisten Patientinnen und Patienten weisen neuropsychologische Defizite auf, auch wenn sich die Lähmung zurückgebildet hat. Eine (kursorische) neuropsychologische Untersuchung ist daher vor der Wiederaufnahme des Fahrens indiziert (z.B. Neglect-Ausschluss). Gesichtsfeldausfälle, Doppelbilder und Epilepsieanfälle bilden weitere Problemkreise.

*Schwindel*: ein alltägliches Symptom bei Seniorinnen und Senioren. Verkehrsrelevant: anfallartiger oder alltagsrelevanter Schwindel (z.B. mit Stürzen).

*Morbus Parkinson*: Das Krankheitsbild äussert sich bezüglich Beeinträchtigung der Fahreignung sehr unterschiedlich, daher ist immer eine individuelle Beurteilung angezeigt. Oftmals ist eine Überprüfung durch den technischen Experten des Strassenverkehrsamtes (Pedalbedienung, Kraft, Geschwindigkeit des Pedalwechsels, Reaktion) und/oder eine (ärztlich begleitete) Kontrollfahrt nötig. Diese Zusatzuntersuchungen werden auf entsprechende Empfehlung hin durch das Strassenverkehrsamt angeordnet.

2 Siehe auch das Merkblatt des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Zürich (IRMZ), erhältlich im Internet unter [http://www.irm.unizh.ch/irm\\_downloads/pdfs/Verkehrsmedizin/Merkblaetter/merkblatt\\_diabetes.pdf](http://www.irm.unizh.ch/irm_downloads/pdfs/Verkehrsmedizin/Merkblaetter/merkblatt_diabetes.pdf).

### Beurteilung und Berichterstattung an das Strassenverkehrsamt

Das *Ergebnis der Kontrolluntersuchung* wird auf dem amtlichen Formular zuhanden des zuständigen Strassenverkehrsamtes eingetragen. Die untersuchende Ärztin bzw. der untersuchende Arzt bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift gleichzeitig, dass sie/er die betreffende Person hinsichtlich der medizinischen Mindestanforderungen untersucht hat. Für die *Gesamtbeurteilung* und das weitere Vorgehen ergeben sich vier Möglichkeiten:

1. Die Fahreignung ist *ohne weitere Auflagen* gegeben.
2. Die Fahreignung ist nur *unter bestimmten Voraussetzungen* (Auflagen) gegeben.
3. Die Fahreignung ist *fraglich*, eine *zusätzliche Beurteilung* durch den *Amtsarzt/Vertrauensarzt* oder eine spezielle verkehrsmmedizinische *Abklärungsstelle* ist angezeigt.
4. Die Fahreignung ist *nicht mehr gegeben*, da die medizinischen Mindestanforderungen nicht erfüllt sind oder anderweitige Krankheiten oder Zustände vorliegen, welche die Fahreignung ausschliessen

Häufig vorkommende Auflagen:

- Tragen einer *Sehhilfe* (Brille oder Kontaktlinsen);
- regelmässige *ärztliche Kontrolle und Behandlung* einer bestimmten Erkrankung (Diabetes, Hypertonie, Herz-Kreislauf-Erkrankung usw.);
- *Fristverkürzung* von zwei Jahren auf ein Jahr: *immer* bei beginnender Demenz, *möglich* bei progredienten Erkrankungen, bei grenzwertig genügendem Ergebnis usw.

«Exotische», nicht zu kontrollierende oder selbst erfundene Auflagen können von den Behörden oftmals nicht verfügt werden. In Zweifelsfällen empfiehlt sich eine Rücksprache mit einem verkehrsmmedizinischen Zentrum oder mit der zuständigen Behörde (Strassenverkehrsamt).

Die Auflage der Rayonbeschränkung ist meistens unsinnig und insbesondere bei beginnender Demenz obsolet (Frühdemente verursachen die meisten Unfälle an ihrem Wohnort), da sich verkehrsrelevante Einschränkungen auch im eigenen Dorf verheerend auswirken können.

Sind einige *Befunde grenzwertig* oder ergeben sich anderweitige Schwierigkeiten in der Beurteilung der Fahreignung, so besteht die Möglichkeit, eine Untersuchung durch die zuständige *Amtsärztin*, den zuständigen *Amtsarzt* oder durch eine spezielle *verkehrsmmedizinische Abklärungsstelle* vorzuschlagen. Es ist von grosser Bedeutung, dass diese Möglichkeit den beurteilenden HausärztInnen niederschwellig offensteht, insbesondere auch in denjenigen Fällen,

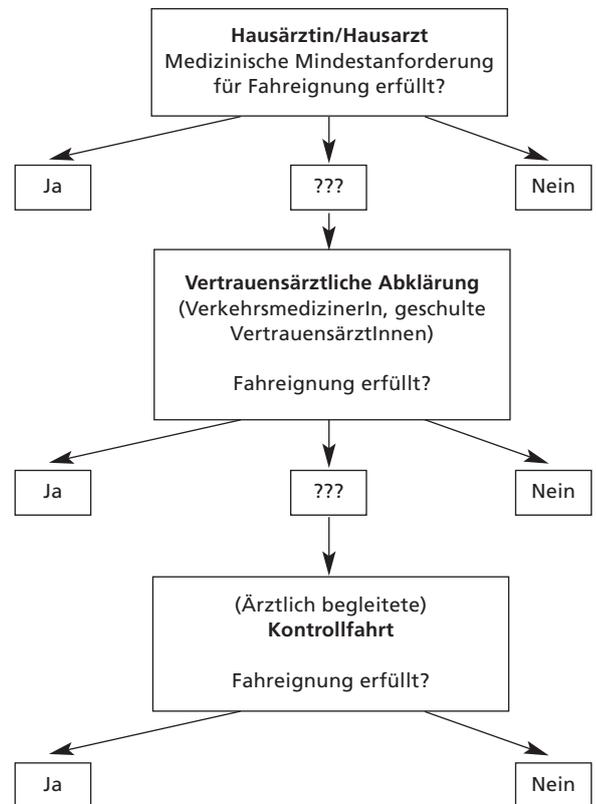


Abbildung 1  
Idealisiertes Abklärungsschema.

in denen die Hausärztin oder der Hausarzt die Beurteilung wegen Befangenheit usw. nicht selbst vornehmen will (Abb. 1).

Werden die medizinischen *Mindestanforderungen* klar *nicht erfüllt*, ist dies auf dem Formular oder mittels eines beiliegenden Kurzberichtes zu begründen. Um ein administrativ aufwendiges und für die ProbandInnen kostspieliges Ausweisentzugsverfahren zu vermeiden, sollte der betreffenden Lenkerin, dem betreffenden Lenker geraten werden, freiwillig auf den Führerausweis zu verzichten.

**Ärztliches Melderecht:** Jede Ärztin bzw. jeder Arzt hat überdies auch ausserhalb der periodischen Untersuchung gemäss Artikel 14 Absatz 4 des «Strassenverkehrsgesetzes (SVG)» jederzeit das Recht (aber nicht die Pflicht!), Personen, die «wegen körperlicher oder geistiger Krankheiten oder wegen Süchten zur sicheren Führung von Motorfahrzeugen nicht fähig sind», dem Strassenverkehrsamt (oder der Kantonsärztin bzw. dem Kantonsarzt) zu melden [3]. Der entsprechende Gesetzesartikel entbindet die Ärztin oder den Arzt somit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Eine solche Meldung ist immer als ultima ratio anzusehen und bedarf einer kurzen schriftlichen Be-

gründung. Sie setzt ein Rechtsverfahren in Gang, in dem die oder der Betroffene Akteneinsichtsrecht hat. Es empfiehlt sich somit immer, die betreffende Person über die Meldungserstattung zu informieren.

#### Literatur

- 1 Verordnung über die Zulassung von Personen und Fahrzeugen zum Strassenverkehr (Verkehrszulassungsverordnung, VZV) vom 27. Oktober 1976 (Stand am 1. Mai 2007). SR 741.51.
  - 2 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189–98.
  - 3 Strassenverkehrsgesetz (SVG) vom 19. Dezember 1958 (Stand am 1. Mai 2007). SR 741.01.
- Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin. *Handbuch der verkehrsmedizinischen Begutachtung.* Bern: Verlag Hans Huber; 2005.
  - Seeger R. Fahren im Alter – Hauptprobleme und sinnvolle Konzepte zur Überprüfung der Fahreignung aus verkehrsmedizinischer Sicht. In: Schaffhauser R, Hrsg. *Jahrbuch zum Strassenverkehrsrecht 2005.* St. Gallen: Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St. Gallen; 2005.

- Seeger R. Fahreignung und Demenz. *Therapiewoche Schweiz.* 2005;24(11).
- Seeger R. Probleme bei der Beurteilung der Fahreignung in der hausärztlichen Praxis. *Ther Umsch.* 1997;54:242–54.

---

Dr. med. Rolf Seeger  
Abteilungsleiter-Stellvertreter  
Institut für Rechtsmedizin  
Verkehrsmedizin und Klinische Forensik  
Universität Zürich  
Kurvenstrasse 31  
8006 Zürich  
rolf.seeger@irm.uzh.ch

---

Dr. med. Wolfgang Czerwenka  
argomed Ärzte AG  
Täferstrasse 16  
5405 Baden-Dättwil  
argomed@argomed.ch