

Dokumentationshilfen

FRÜHE AUFKLÄRUNG – Demenz und Fahrsicherheitsrisiken

Am _____ (*Datum*) habe ich Frau/Herrn _____ in Anwesenheit von Frau/Herrn _____ (Angehörige(r)/MFA/sonstige) über folgendes aufgeklärt:

In absehbarer Zeit wird Herr/Frau _____ das Autofahren einstellen müssen. Die Gründe dafür sind folgende: (z.B. fortschreitende Demenzerkrankung, Medikation etc.)

Es wurden Alternativen des Selbst-Fahrens besprochen mit dem Ziel, dass Herr/Frau _____ auch nach Beendigung der Fahrtätigkeit mobil bleibt und seine/ihre Aktivitäten weiterhin durchführen kann. Es wurde vereinbart, dass Herr/Frau _____ regelmäßig in meine Praxis kommt, um das Thema Autofahren zu besprechen. Der nächste Termin ist der: _____

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Angehörige/r, MFA, sonst.

Datum: _____

AUFGEBEN DER FAHRTÄTIGKEIT: AUFKLÄRUNG (Hinweise)

(in Anlehnung an The Champlain Dementia Network (2009). The Driving and Dementia Tool Kit. 3rd edition. Ottawa)

Wie kann über den freiwilligen Fahrverzicht bei Demenz aufgeklärt werden?

- Teilen Sie Ihre Bedenken bzgl. der Fahrsicherheit dem/der Patienten/in und den Angehörigen mit*.
- Formulieren Sie sicher und klar, dass Sicherheitsrisiken für den/die Patient/in bestehen und Sie sich sorgen.
- Bereiten Sie einen Brief vor, in dem eine klare Aufforderung inkl. Erklärung formuliert ist (siehe unten). Geben Sie eine Kopie dieses Briefes den Angehörigen*.
- Kommunizieren Sie, dass Sie es als Ihre ärztliche Pflicht ansehen, den/die Patienten/in auf das Einstellen der Fahrtätigkeit hinzuweisen und dies zu dokumentieren.
- Falls noch nicht in vorhergehenden Gesprächen geschehen: Besprechen Sie Alternativen und Möglichkeiten, die Autonomie, Mobilität und soziale Teilhabe des/der Patienten/in trotz Fahrverzichts zu erhalten (siehe Empfehlung S.34)
- Betonen Sie angenehme Aktivitäten, die auch ohne Autofahren weiterhin ausgeführt werden können oder evtl. auch neu hinzukommen könnten (z.B. durch gespartes Geld bei Abschaffen des Autos).
- Erklären Sie die Gefahren des Weiterfahrens: nachlassende Orientierung, Konzentration, Aufmerksamkeit, Reaktion gefährden die eigene Sicherheit des/der Patienten/in und die anderer Verkehrsteilnehmer*innen.
- Erklären Sie die Konsequenzen des Weiterfahrens: ängstliche Beifahrer, Unfälle, rechtliche Konsequenzen etc.
- Vermeiden Sie „Verhandlungen“ mit dem/der Patienten/in über die Fahreignung.
- Die Aufklärung des/der Patienten/in ist in der Krankenakte zu dokumentieren.

* Voraussetzung hierfür ist die Entbindung der Schweigepflicht gegenüber den Angehörigen

AUFGEBEN DER FAHRTÄTIGKEIT

unterschiedene/bezeugte Aufforderung

Am _____ (Datum) habe ich Frau/Herrn _____ in Anwesenheit von
Frau/Herrn _____ (Angehörige(r)/MFA/sonstige) über folgendes
aufgeklärt:

Bei Herrn/Frau _____ wurde eine Demenzerkrankung festgestellt, die im
momentanen Stadium zu einer eingeschränkten Fahrtüchtigkeit / Fahrfähigkeit führt. Ich
habe Herrn/Frau _____ über die Demenz und die Risiken informiert,
insbesondere über: nachlassende Orientierung, Konzentration, Aufmerksamkeit und
Reaktion. Die dadurch entstehenden Gefahren beim Fahren habe ich erläutert.

Ich habe Herrn/Frau _____ geraten, das Führen eines Fahrzeugs ab
sofort einzustellen.

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Angehörige/r, MFA, sonst.

Datum: _____

BRUCH DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Ablauf in Anlehnung an

Parzeller, M. & Zedler, B. (2011). Arztrecht und Verkehr — Ausgewählte medizinrechtliche Aspekte. In: Golka K, Hengstler JG, Letzel S, Nowak D, editors. Verkehrsmedizin - arbeitsmedizinische Aspekte. (S. 285—300). Heidelberg: ecomed Medizin.

Formulierungsideen für Dokumentation:

1. Fristsetzung zum freiwilligen Fahrverzicht:

Ich habe Herrn/Frau _____ über seine/ihre bestehende Demenzerkrankung und die dadurch bedingten Einschränkungen der Fahrtauglichkeit am _____ (Datum) aufgeklärt. Ich habe Herrn/Frau am _____ (Datum) wiederholt dazu aufgefordert, das Fahren bis zum _____ (Datum) einzustellen.

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Zeuge*in

(Angehörige, MFA, sonst.)

Datum: _____

2. Ankündigung des beabsichtigten Bruchs der ärztlichen Schweigepflicht

(erneute Fristsetzung):

Ich habe Herrn/Frau _____ über seine/ihre bestehende Demenzerkrankung und die dadurch bedingte Fahrtauglichkeit am _____ (Datum) aufgeklärt. Ich habe Herrn/Frau am _____ (Datum) wiederholt dazu aufgefordert, das Fahren bis zum _____ (Datum) einzustellen. Ich habe Herrn/Frau _____ ebenfalls mitgeteilt, dass ich bei Nichteinhalten der Frist die zuständige Verkehrsbehörde informieren werde.

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Zeuge*in

(Angehörige, MFA, sonst.)

Datum: _____

3. Ankündigung der Information der Verkehrsbehörde:

Herr/Frau _____ hat meine Aufforderungen zum Einstellen der Fahrtätigkeit vom _____ (Datum) und _____ (Datum) nicht beachtet.

Gemäß meiner Ankündigung vom _____ (Datum) werde ich die zuständige Verkehrsbehörde über die Sachlage informieren.

Dies habe ich Herrn/Frau _____ am _____ (Datum) mitgeteilt.

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Zeuge

(Angehörige, MFA, sonst.)

Datum: _____