

61. Journal Club

Mittwoch, 13.09.2023 um 19.30 Uhr online

Vorhofflimmern: auch alte Menschen antikoagulieren! (Infomedscreen 06/2023) - Oral Anticoagulants and the Risk of Dementia in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation A Population-Based Cohort Study

Background and Objectives Nonvalvular atrial fibrillation (NVAF) is associated with an increased risk of dementia. Oral anticoagulants (OACs) are essential for stroke prevention in NVAF, and studies have shown a possible protective effect on dementia. However, findings have been inconsistent and hampered by methodological limitations. Thus, we assessed whether the use of OACs is associated with a decreased incidence of dementia in patients with NVAF. In addition, we explored the impact of the cumulative duration of OAC use on the incidence of dementia.

Methods Using the UK Clinical Practice Research Datalink, we formed a cohort of all patients aged 50 years or older with an incident diagnosis of NVAF between 1988 and 2017 and no prior OAC use, with a follow-up until 2019. Patients were considered unexposed until 6 months after their first OAC prescription for latency considerations and exposed thereafter until the end of follow-up. We used time-dependent Cox regression models to estimate hazard ratios (HRs), adjusted for 54 covariates, with 95% CIs for dementia associated with OAC use, compared with nonuse. We also assessed whether the risk varied with the cumulative duration of OAC use, compared with nonuse, by comparing prespecified exposure categories defined in a time-varying manner and by modeling the HR using a restricted cubic spline. **Results** The cohort included 142,227 patients with NVAF, with 8,023 cases of dementia over 662,667 person-years of follow-up (incidence rate 12.1, 95% CI 11.9–12.4 per 1,000 person-years). OAC use was associated with a decreased risk of dementia (HR 0.88, 95% CI 0.84–0.92) compared with nonuse. A restricted cubic spline also indicated a decreased risk of dementia, reaching a low at approximately 1.5 years of cumulative OAC use and stabilizing thereafter. Moreover, OAC use decreased the risk in patients aged 75 years and older (HR 0.84, 95% CI 0.80–0.89), but not in younger patients (HR 0.99, 95% CI 0.90–1.10).

Discussion In patients with incident NVAF, OACs were associated with a decreased risk of dementia, particularly in elderly individuals. This warrants consideration when weighing the risks and benefits of anticoagulation in this population.

Classification of Evidence This study provides Class II evidence that in patients with NVAF, OAC use (vs nonuse) is associated with a decreased risk of dementia. MORE ONLINE
Class of Evidence Criteria for rating therapeutic and diagnostic studies NPub.org/coe From

the Departments of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health (A.R., E.E.M.M., J.M.B., J.-F.B., C

Nicht-valvuläres Vorhofflimmern wird mit einem erhöhten Demenzrisiko in Verbindung gebracht. Orale Antikoagulantien sind für die Prävention von Schlaganfällen bei Vorhofflimmern unerlässlich, und Studien haben eine mögliche schützende Wirkung gegen Demenz gezeigt. Die Ergebnisse waren jedoch uneinheitlich und durch methodische Einschränkungen beeinträchtigt. In einer grossen Kohortenstudie aus Grossbritannien wurde diese Fragestellung nun anhand von 142'227 Personen mit Vorhofflimmern untersucht. Die orale Antikoagulation verringerte das Risiko bei Personen im Alter von ≥ 75 Jahren (Hazard Ratio 0,84, 95%-Vertrauensintervall 0,80-0,89), nicht aber bei Jüngeren (Hazard Ratio 0,99, 95%-Vertrauensintervall 0,90-1,10). Bezogen auf die kumulative Dauer der Antikoagulation war das Demenzrisiko nach etwa 1,5 Jahren am kleinsten und blieb danach auf einem etwas höheren Niveau stabil.

Fazit:

Eigentlich haben wir schon mit Schlaganfall und Sturz zwei wichtige Faktoren, die wir bei der Behandlung mittels VKA oder DOAK berücksichtigen müssen. Zudem ist die „Demenz“ schwer einschätzbar und offensichtlich multifaktoriell bedingt.

Auch profitieren hier Patienten über 75 Jahren, die eh eher antikoaguliert werden.

Hier zusätzlich noch die Demenz als Argument für den Einsatz einzubeziehen, wird von uns eher nicht berücksichtigt werden,

Dietary sugar consumption and health: umbrella review

Objective To evaluate the quality of evidence, potential biases, and validity of all available studies on dietary sugar consumption and health outcomes.

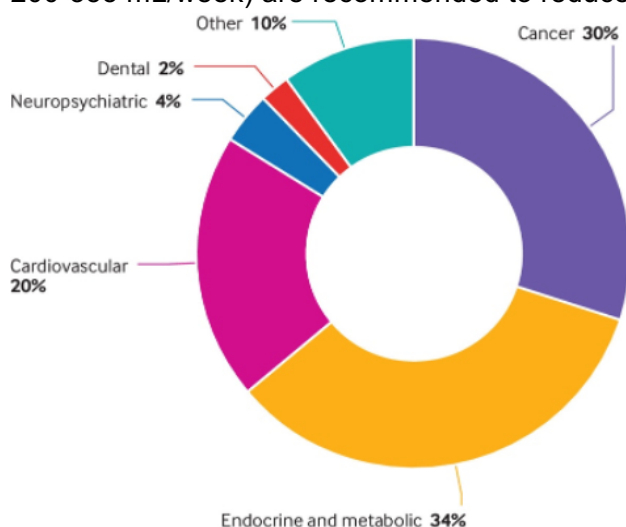
Design Umbrella review of existing meta-analyses.

Data sources PubMed, Embase, Web of Science, Cochrane Database of Systematic Reviews, and hand searching of reference lists.

Inclusion criteria Systematic reviews and meta-analyses of randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, or cross sectional studies that evaluated the effect of dietary sugar consumption on any health outcomes in humans free from acute or chronic diseases.

Results The search identified 73 meta-analyses and 83 health outcomes from 8601 unique articles, including 74 unique outcomes in meta-analyses of observational studies and nine unique outcomes in meta-analyses of randomised controlled trials. Significant harmful associations between dietary sugar consumption and 18 endocrine/metabolic outcomes, 10 cardiovascular outcomes, seven cancer outcomes, and 10 other outcomes (neuropsychiatric, dental, hepatic, osteal, and allergic) were detected. Moderate quality evidence suggested that the highest versus lowest dietary sugar consumption was associated with increased body weight (sugar sweetened beverages) (class IV evidence) and ectopic fatty accumulation (added sugars) (class IV evidence). Low quality evidence indicated that each serving/week increment of sugar sweetened beverage consumption was associated with a 4% higher risk of gout (class III evidence) and each 250 mL/day increment of sugar sweetened beverage consumption was associated with a 17% and 4% higher risk of coronary heart disease (class II evidence) and all cause mortality (class III evidence), respectively. In addition, low quality evidence suggested that every 25 g/day increment of fructose consumption was associated with a 22% higher risk of pancreatic cancer (class III evidence).

Conclusions High dietary sugar consumption is generally more harmful than beneficial for health, especially in cardiometabolic disease. Reducing the consumption of free sugars or added sugars to below 25 g/day (approximately 6 teaspoons/day) and limiting the consumption of sugar sweetened beverages to less than one serving/week (approximately 200-355 mL/week) are recommended to reduce the adverse effect of sugars on health.



Fazit: nichts neues, aber trotzdem spannend - wie schädlich ist Zucker wirklich?

- bisher größte Publikation zu den Gefahren des Zuckerkonsums!
- Gesundheitsschädlicher Effekt von Zucker für insgesamt 45 klinische Endpunkte signifikant (v.a. endokrinologische, kardiovaskuläre, Krebserkrankungen)
- Empfehlung der Autor*innen: Senkung des Zuckerkonsums auf weniger als 6 Teelöffel pro Tag; auf weniger als ca. ein Glas (200-355ml) eines gesüßten Getränkes pro Woche
- > bei den CheckUps kommt immer mal wieder das Thema Ernährung / Zuckerkonsum auf und ich tue mir oft nicht so leicht, da fundierte Empfehlungen zu geben. Das hier hilft vielleicht etwas zur Orientierung - wie berätet ihr eure Patient*innen?

Fazit:

Wir sehen diese Studien eher kritisch. Das Thema Ernährung ist vielen Patienten wichtig, die Umsetzung schwierig. Für uns ist klar, dass Zuckerkonsum - und hier der Genuss von gesüßten Getränken – eine wichtige Komponente in der gesunden Lebensführung sind.

IQWiG-Bericht zur Vitamin-D-Substitution

Für die untersuchte Fragestellung bezüglich der Effekte einer Vitamin-D-Einnahme im Vergleich zu keiner Einnahme oder Placebo bei gesunden, symptomfreien, nicht schwangeren und nicht postmenopausalen Personen im Alter von 18 bis 49 Jahren wurden 14 RCTs eingeschlossen. 9 der 14 RCTs berichteten verwertbare Daten zu 4 kritischen und 1 wichtigen Endpunkt.

Für den kritischen Endpunkt Knochenbrüche wurde 1 RCT identifiziert. Dabei zeigte sich eine statistisch signifikant geringere Anzahl an Frauen mit Stressfrakturen während der militärischen Grundausbildung in der Interventionsgruppe. Das Vertrauen in die Ergebnisse ist aufgrund sehr schwerwiegender Studienlimitationen begrenzt (niedrige Qualität der Evidenz).

Für den kritischen Endpunkt Infektionserkrankungen (Infektionen der Atemwege, COVID-19) wurden 3 RCTs identifiziert. Die Operationalisierungen zu dem Endpunkt sowie die Auswertungsarten unterschieden sich in allen 3 Studien. Goodall 2014 zeigte statistisch signifikant weniger Personen mit laborbestätigter Infektion der oberen Atemwege bei Vitamin-D-Einnahme versus Placebo. Das Vertrauen in die Ergebnisse ist aufgrund sehr schwerwiegender Studienlimitationen und schwerwiegender Indirektheit jedoch sehr gering (sehr niedrige Qualität der Evidenz). Bei den anderen Studien konnte kein statistisch signifikanter Effekt einer Vitamin-D-Einnahme versus Placebo für die Anzahl der Personen mit laborbestätigter SARS-CoV-2-Infektion (Hosseini 2022) bzw. bezüglich der Anzahl der Fehltag aufgrund einer akuten Atemwegsinfektion (Laaksi 2010) gezeigt werden. Das Vertrauen in die Ergebnisse ist aufgrund schwerwiegender Studienlimitationen und schwerwiegender fehlender Genauigkeit begrenzt (Laaksi 2010, niedrige Qualität der Evidenz) bzw. aufgrund schwerwiegender Studienlimitationen und sehr schwerwiegender fehlender Genauigkeit sehr gering (Hosseini 2022, sehr niedrige Qualität der Evidenz).

Für die kritischen Endpunkte Organschäden und Toxizität (inklusive Hyperkalzämie mit ärztlicher Behandlung) traten in keiner der 3 identifizierten RCTs Ereignisse auf, daher erfolgte keine Effektschätzung und keine Bewertung der Qualität der Evidenz.

2 RCTs (Choukri 2018, Dean 2011) berichteten Daten zum wichtigen Endpunkt Depressionen. Bei mäßigem Vertrauen in die Ergebnisse (moderate Qualität der Evidenz) aufgrund schwerwiegender Studienlimitationen trat kein statistisch signifikanter Effekt bezüglich depressiver Symptomatik auf.

Es wurden keine Studien identifiziert, die Daten zu den Subgruppen Lebensstilfaktoren, Ethnizität und Hautfarbe sowie Alter berichteten. Ebenso wurden keine Studien mit verwertbaren Daten für 3 kritische und 4 wichtige Endpunkte identifiziert (siehe Abschnitt 5.3).

Fazit:

Auch wenn wir häufig in der Sprechstunde auf die Vitamin-D-Spiegel angesprochen werden, die Bestimmung macht in der Regel keinen medizinischen Sinn. Vor allem bei jungen, gesunden Menschen gibt es keinen Mehrwert. Ob man substituiert, sollten Patienten selber entscheiden und werden in der oralen Form damit nichts falsch machen.

Bessere Behandlung durch „Peer effect“ – Qualitätszirkel, App Gruppen oder ListServer

Experimental evidence for structured information-sharing networks reducing medical errors

Damon Centola et al;

<https://ndg.asc.upenn.edu/wp-content/uploads/2023/07/pnas.2108290120.pdf>

Der Austausch unter Kollegen kann die Gefahr von ärztlichen Diagnose- und Behandlungsfehlern vermindern. Dies zeigen die Ergebnisse einer experimentellen Studie in der Ärzte ihre diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen verbesserten, wenn sie die Ansichten ihrer Kollegen kannten.

Die Diagnose von Krankheiten und die Wahl der besten Behandlung sind schwierig und ärztliche Entscheidungen anfällig für Fehler. Studien haben gezeigt, dass 10 % bis 15 % aller klinischen Entscheidungen bei einer späteren Überprüfung revidiert werden mussten. In Zweifelsfällen kann es helfen, einen Kollegen um Rat zu fragen. Dies muss kein Experte sein. Auch die Ansicht anderer Ärzte auf derselben Versorgungsstufe („peer to peer“) könnte helfen, wie das Experiment zeigt, das ein Team um Damon Centola von der „Network Dynamics Group“ an der Universität von Pennsylvania in Philadelphia durchgeführt hat.

Die Forscher baten 2.941 Ärzte, sieben klinische Fall-Vignetten zu beurteilen, die ihnen in einer App vorgestellt wurden. Es handelte sich um alltägliche Fälle wie akute kardiale Ereignisse, geriatrische Erkrankungen, Rückenschmerzen oder die Prävention von Diabetes-bedingten Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Nach der Lektüre wurden die Ärzte zunächst gebeten, das diagnostische Risiko für den Patienten auf einer Skala von 1 bis 100 einzuschätzen. Dabei ging es um konkrete Fragen, beispielsweise wie wahrscheinlich es ist, dass ein Patient mit Brustschmerzen innerhalb der nächsten 30 Tage einen Herzinfarkt erleidet. In einer zweiten Frage sollten die Ärzte eine diagnostische Entscheidung fällen. Sie konnten dabei unter mehreren Optionen auswählen, beispielsweise, ob sie den Patienten nach Hause schicken, ihm ASS verabreichen oder zur Beobachtung ins Krankenhaus überweisen.

Die Ärzte waren auf zwei Gruppen randomisiert worden. In einer Gruppe waren sie bei ihren Antworten allein, in der anderen Gruppe wurde ihnen mitgeteilt, wie 40 andere Kollegen den Fall beurteilt hatten. Danach wurde ihnen die Gelegenheit gegeben, ihre Ansicht zu revidieren. Wie Centola und Mitarbeiter berichten, waren die Ärzte bereit, sich an den Antworten der anderen Kollegen zu orientieren. Die Zahl der richtigen Einschätzungen in den beiden Fragen verbesserte sich um 5%-Punkte (von 76,3 % auf 81,3 %), während sich die Ärzte in der Kontrollgruppe beim zweiten und dritten Blick auf denselben Fall nur um 2,5 %-Punkte (von 76,8 % auf 79,3 %) verbesserten.

Am meisten profitierte das Viertel der Kollegen, die in der ersten Runde die häufigsten Fehlentscheidungen getroffen hatten. Hier kam es zu einer Verbesserung um 15%-Punkte im Vergleich zu den Kontrollen. Die Ärzte, die mit der ersten Ansicht richtig lagen, ließen sich dagegen nicht verunsichern. Die diagnostische und therapeutische Trefferrate änderte sich kaum. Damit ist laut Centola ein wichtiger Einwand widerlegt, nach dem das Netzwerken zu einem Mittelmaß führt, bei dem sich die schlechten Ärzte verbessern, die guten dagegen verschlechtern.

Centola hofft, die Erkenntnisse für die Entwicklung einer App nutzen zu können, in der sich Netzwerke von Ärzten gegenseitig austauschen würden, etwa indem sie ihre unklaren Fälle posten und dann die Kollegen nach ihrer Ansicht fragen. Der Zeitaufwand für den Informationsaustausch sei gering. In der Studie benötigten die Ärzte gerade einmal 20 Minuten für die sieben Vignetten.

Hier ein Beispiel für eine Fallvignette aus der Studie:

11:47 AM 63%

Time remaining :38

Case Description

A 40 year-old female presents to your office with a sore throat that began three days ago. She has no cough or rhinorrhea. She has experienced some chills, but never took her temperature. On exam, she is febrile ($>38^{\circ}\text{C}$), has exudate on her tonsils bilaterally, and no cervical lymphadenopathy.

Question

What is the probability that her pharyngitis is streptococcal (Group A Beta Hemolytic Strep (GABHS))?

Provide Estimate

Enter estimate here

Treatment Option

Select one of the following ▼

- A - Treatment
- B - Rapid Testing
- C - Follow up
- D - Culture & treatment

Submit

Webseite mit kurzem Youtube Film zu Ergebnissen der Studie
<https://ndg.asc.upenn.edu/experiments/physician-reasoning-2/>

<https://ndg.asc.upenn.edu/wp-content/uploads/2023/08/pnas.2108290120.sapp-1.pdf>

Fazit:

Mit einer NNT von 20 liegt man durch gemeinsame Besprechungen von Patienten ja im Grunde sehr gut.

Interessant wäre zu wissen, ob die Selbstwirksamkeit steigt und der Effekt noch besser wird.

Age-based medical screening of drivers in Switzerland: an ecological study comparing accident rates with Austria and Germany

Background: In Switzerland, as in various other countries throughout the world, elderly drivers have to pass a medical screening assessment every two years to keep their driver's licence. The scientific literature shows no clear evidence that these policies improve road safety. This study evaluated the effects of the Swiss screening policy by comparing the accident and injury rates of elderly road users in Switzerland with those in Austria and Germany, two neighbouring countries without systematic age-based screening policies. The aims of this study were to examine if the screening policy is associated with a reduced risk of elderly car drivers causing serious accidents (research question 1) or with an increased risk of elderly pedestrians or (e-)cyclists being seriously or fatally injured (research question 2).

Methods: In all three countries, data on accidents were taken from official statistics based on police reports and mileage data from national mobility surveys. An accident was defined as serious if at least one person is seriously or fatally injured in it. Accident and injury rates were calculated using distances driven and population size as measurement of exposure. Multiple Poisson regression models were used to examine the association between the Swiss policy and the accident or injury risk of elderly persons.

Results: We found no association between the screening policy for elderly drivers in Switzerland and their risk of causing a serious accident (incidence rate ratio [IRR] 1.24, 95% confidence interval [CI] 0.79-1.94). Contrary to other studies, however, the Swiss policy was not associated with an increased risk of elderly pedestrians (IRR 1.16, 95% CI 0.80-1.68) and (e-)cyclists (IRR 0.79, 95% CI 0.56-1.12) being seriously or fatally injured.

Conclusions: The intended positive effect of the Swiss screening policy on accident rates of elderly drivers could not be demonstrated in this study. These findings serve as a basis for discussion on how to proceed with the policy in the future.

Fazit:

Es scheint so, also ob die regelmäßigen Screeninguntersuchungen auf Fahrtauglichkeit keinen unfallreduzierenden Effekt haben. Grundsätzlich wäre es individuell sicher sinnvoll, zumindest zum eigenen Schutz die eigene praktische Fahrtauglichkeit prüfen zu lassen – wenn schon nicht für die anderen Verkehrsteilnehmer.

Julia:

Inspiziert von der Studie zur Fahruntauglichkeit wollte ich mich nochmal mit dem ärztlichen Fahrverbot auseinandersetzen und bin auf den folgenden Artikel im Deutschen Ärzteblatt gestoßen. Es ist zwar keine Studie, aber mich interessiert brennend, wie ihr in der Praxis damit umgeht!!

Aufklärungspflicht: Umgang mit fahruntauglichen Patienten in der Praxis

Das ärztliche Fahrverbot ist nicht bindend. Dennoch sind Mediziner dazu verpflichtet, über eine bestehende Fahruntüchtigkeit aufzuklären. Auch eine Meldung an die Behörden kann angezeigt sein. Informations- und Aufklärungspflicht: Ist ein Patient aufgrund einer Erkrankung oder Therapie fahruntüchtig, muss der Arzt ihn aufklären. Viele Ärztinnen und Ärzte kennen die Problematik aus der Praxis: Ein Patient wird für einen ambulanten Eingriff sediert und ist danach temporär nicht geeignet, ein Kraftfahrzeug zu führen. Er zieht dann aber beim Verlassen der Praxis frohgemut seinen Autoschlüssel aus der Tasche und es ist offenkundig, dass er den Heimweg mit dem eigenen Pkw anzutreten gedenkt. Oder ein anderer Fall: Bei einem betagten Patienten wird eine fortgeschrittene Demenz diagnostiziert und der Patient beziehungsweise die Angehörigen stellen die Frage, ob nun besser der Führerschein abzugeben ist. Es ist dann zu entscheiden, inwieweit der behandelnde Arzt verpflichtet und auch berechtigt ist, auf den Patienten einzuwirken beziehungsweise er trotz des Bestehens der ärztlichen Schweigepflicht Dritte (zum Beispiel Polizei, Straßenverkehrsamt) über die fehlende Fahrtauglichkeit informieren kann oder sogar muss.

Grundsätzlich gebietet die strafrechtlich nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) sanktionierte Schweigepflicht dem Arzt, zunächst das Gespräch mit seinem Patienten zu suchen und diesen über die Gefahren des Autofahrens vor dem Hintergrund des jeweiligen (temporären) Gesundheitszustandes aufzuklären. Hierbei ist es oftmals wichtig, den Patienten klarzumachen, dass eine Fahruntüchtigkeit absolut besteht und es insoweit keine Ausnahmen für „kurze Fahrstrecken“ oder „bekannte Wege“ gibt. Der Arzt kommt damit auch seiner Informations- und Aufklärungsverpflichtung (§§ 630 c Abs. 2, 630 e Abs. 1 BGB, sog. Sicherungsaufklärung) nach. Auch im Hinblick auf eine spätere Beweisproblematik ist dem Arzt anzuraten, dies zu dokumentieren. Die Aufklärung über die erkrankungs- oder therapiebedingte Fahruntüchtigkeit hat zudem anlasslos zu erfolgen – also unabhängig davon, ob dem Arzt bekannt ist, dass der Patient gedenkt, einen Pkw zu benutzen. Das ärztliche „Fahrverbot“ besitzt gegenüber dem Patienten allerdings keine rechtliche Bindungswirkung, sondern führt für den Patienten nur dazu, dass ein gegen die Anweisung des Arztes verstoßendes Verhalten als grob fahrlässig oder sogar vorsätzlich einzustufen ist, was zum Beispiel zu einem Verlust der Deckung in der Kfz-Haftpflichtversicherung im Falle eines Unfalles führen kann. Unterlässt der Arzt es, seine Patienten über mögliche Auswirkungen von Medikamenten auf die Fahrtüchtigkeit zu informieren beziehungsweise kann er dies im Schadensfall nicht nachweisen, kann sich hieraus auch eine eigene Haftung des Arztes für etwaige Unfälle des Patienten ergeben (vergleiche bereits LG Konstanz, Urteil vom 14. April 1972, Az.: 5 O 74/72). Eine allgemeine rechtliche Verpflichtung zur Mitteilung an Dritte besteht jedoch nicht, da

dem Arzt hinsichtlich der Sicherheit des Straßenverkehrs keine Garantenpflicht zukommt.

Meldung an die Behörden

Soweit der Patient sich trotz ordnungsgemäßer Aufklärung dann nicht an die Hinweise des Arztes hält, ohne dass der Arzt dies vorab erkennen konnte, kann dem Arzt kein Vorwurf gemacht werden. Im Bereich der Medikamentengabe wird zwar durch die Regelung des § 24 a Abs. 2 Satz 3 Straßenverkehrsgesetz (StVG) das Führen eines Kraftfahrzeuges nach bestimmungsgemäßer Einnahme von THC, Morphin, Benzoyllecgonin, Amphetamin, MDE oder MDMA von der Ordnungswidrigkeit ausgenommen, allerdings greift dies nicht, wenn zuvor ärztlicherseits darüber aufgeklärt wurde, dass aufgrund der Dosierung nach Medikamenteneinnahme keine Fahrtüchtigkeit mehr besteht.

Die Fahrerlaubnisverordnung (FeV) enthält in den Anlagen 4, 5 und 6 eine Auflistung von Erkrankungen, die regelmäßig einer Eignung zum Führen von Fahrzeugen entgegenstehen können. Diagnostiziert der Arzt eine Erkrankung, die eine Fahruntauglichkeit nach sich zieht beziehungsweise führt die Therapie zum Verlust der Fahrtüchtigkeit und zeigt sich der Patient nach entsprechender Aufklärung dennoch uneinsichtig und der Arzt hat die konkret begründete Befürchtung, der Patient werde weiterhin am Straßenverkehr teilnehmen, kann der Arzt nach Abwägung der widerstreitenden Pflichten und Interessen eine Meldung an die Fahrerlaubnisbehörde oder die Polizei machen – verpflichtet ist er hierzu jedoch grundsätzlich nicht. Erst bei extremen Gefahrenlagen, in denen eine Schädigung fast unvermeidlich erscheint (zum Beispiel Suizidabsicht unter Nutzung des Pkw), wird man darüber nachdenken müssen, dem Arzt im Wege der Garantenpflicht für das Wohl des von ihm behandelten Patienten als Ultima Ratio eine Verpflichtung zur Meldung an die Behörden abzuverlangen. Überwiegend wird jedoch auch in diesen Fällen davon ausgegangen, dass nur ein Offenbarungsrecht, aber keine Pflicht des Arztes vorliegt, da die Rechtmäßigkeit des Handelns beziehungsweise Unsicherheit, ob die rechtfertigenden Notstandsvoraussetzungen tatsächlich vorliegen, regelmäßig nicht klar beurteilbar ist und die Rechtsordnung von niemandem eine möglicherweise rechtswidrige Handlung einfordern kann.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in einem Fall der erfolgten Meldung an die Behörden zwar die vollendete Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht erkannt, diese jedoch aus Notstandsgesichtspunkten (§ 34 StGB) für gerechtfertigt erachtet (Urteil vom 8. Oktober 1968, Az.: VI ZR 168/67; ebenso OLG München, Urteil vom 26. April 1956 Az. Ws 208/56). Allerdings muss der Arzt insoweit die Mitteilung an die Behörden knapp fassen und darf lediglich die die Fahruntauglichkeit begründende Diagnose sowie die Angabe, dass aus ärztlicher Sicht Zweifel an der Fahrtüchtigkeit bestehen, weiterleiten. Eine komplette Darstellung der Krankengeschichte ist hingegen nicht zulässig (vgl. OLG Düsseldorf, Beschluss vom 2. April 2015, Az.: 2 Ws 101/15).

Abwägung von Interessen

Ein besonderes heikles Thema sind in diesem Zusammenhang Suchterkrankungen wie Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit. Allein die Feststellung der

Suchterkrankung dürfte regelmäßig nicht bereits eine Mitteilung an die Behörden rechtfertigen, da insoweit das Geheimhaltungsinteresse des Patienten überwiegt. Erst wenn der Arzt konkrete Anhaltspunkte dafür hat, dass der Patient zum Beispiel beabsichtigt, in alkoholisiertem Zustand Auto zu fahren („Wie soll ich sonst zur Arbeit kommen?“), kann eine Interessenabwägung den Bruch der Schweigepflicht rechtfertigen (vgl. VG Düsseldorf, Gerichtsbescheid vom 16. November 2010, Az.: 14 K 3188/10: Ein Patient war alkoholisiert im eigenen Pkw zur Rehaklinik angereist, hatte die angeratene Entzugsbehandlung bei weiterhin regelmäßig nachgewiesener Alkoholisierung dann eigenmächtig abgebrochen und die Klinik im Pkw verlassen). Eine rein abstrakte Gefahr reicht insoweit nach hier vertretener Auffassung nicht aus.

Sofern ein Arzt sich in einem entsprechenden Fall nach Abwägung der Interessen zur Information der Behörde entschließt und sich dann im Nachhinein bei gerichtlicher Überprüfung diese Entscheidung als Fehleinschätzung herausstellt, kann er sich zumindest auf die irrtümliche Annahme eines rechtfertigenden Notstandes berufen, was nach § 16 Abs. 1 StGB den Vorsatz ausschließt. Eine dann lediglich fahrlässige Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht ist nicht strafbar. Prof. Dr. Bernd Halbe

Julia: Ich finde, es ist ein sehr heikles Thema. Gerade in ländlichen Gebieten sind unsere betagten Patient*innen, die vielleicht nicht so eine große familiäre Unterstützung haben, auf ihr Auto angewiesen. Sie können dadurch noch mobil sein und am Leben teilnehmen. Diese Mobilität zu verlieren, würde für viele einen Verlust an Lebensqualität darstellen. Auf der anderen Seite kann man selbstverständlich den Sicherheitsaspekt nicht außer Acht lassen. Aber wo zieht man als Arzt da die Grenze? Sobald sich Zeichen einer Demenz erkennen lassen? Bei Schwindel? Es fällt mir nicht leicht zu entscheiden, ab wann ich ein ärztliches Fahrverbot aussprechen würde. Aus diesem Gesichtspunkt heraus wären standardisierte Überprüfungen vielleicht sogar gerechtfertigt. Ob man das altersabhängig macht und in welchen Abständen sei mal dahingestellt. Tonis Punkt zur Diskriminierung ist sicherlich auch essenziell und diskussionswürdig.

Andrea: Ich finde es eben auch sehr schwierig. Wir haben gerade einen Fall, wo die Fahruntauglichkeit klar ist, der Patient sich aber nicht daran hält. Viel schwieriger finde ich aber die Fälle, wo ich einfach nicht sicher bin, ist der Patient schon so dement, dass er nicht mehr fahren darf oder so schwindelig, dass es nicht mehr geht und ich bin immer unsicher, wo ich da die Grenze ziehen soll. An Toni: es ist ja bekannt, dass auch junge Menschen viel mehr Unfälle bauen als die mittleren Altersgruppen, aber die Ursachen sind ja ganz andere. Bei jungen Menschen würde eine medizinische Untersuchung die Ursache der Unfälle ja nicht beseitigen (Selbstüberschätzung, Unerfahrenheit, Draufgängertum).

