

Aufklärung – Beratung – Dokumentation der Fahrsicherheit am Beispiel eines internistischen Erkrankungsbildes (Hypertonie)

Teil 2: Ärztliche Aufklärung – Beratung – Dokumentation – StreetReadyTool®

Fortsetzung aus Heft 8/2011, 482-486,
Teil 1: Verkehrsmedizin und Praxisalltag

I. Mobilität und Prüfungspflicht

Der Verkehrsteilnehmer hat grundsätzlich selbst das Fortbestehen stabiler Voraussetzungen für die Fahrsicherheit zu überprüfen und zwar zu jedem Zeitpunkt (§ 2 Abs. 1 FeV).

Überprüft werden muss die körperliche, geistige und psychische Leistungsfähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs und nach Maßgabe nachfolgend aufgeführter Kasuistiken:

- vor Fahrtantritt und ggf. unter Befragung eines Arztes (BGH, NJW 1988, 909); dessen Weisungen hat der Fahrer Folge zu leisten (LG Heilbronn, VRS 52, 188)
- auch und gerade bei Schwankungen der Leistungsfähigkeit; unterlässt der Fahrer die Prüfung, handelt er fahrlässig (BGH, NJW 1974, 948)
- bei Einnahme bestimmter Medikamente, da Einschränkungen der Fahrtauglichkeit voraussehbar sind (Beipackzettel) (OLG Hamm, VRS 52, 194)
- bei vegetativer Labilität, da auch vorherige Bewusstseinstörungen einschätzbar sind (OLG Hamm, VRS 51, 351)
- bei aufkommender Müdigkeit (BGH, NJW-Spezial 2007, 474; LG München, NZV 1997, 523; OLG Hamm, NZV 1998, 210)
- selbst bei Wetterfühligkeit, Nachtblindheit, allgemeinen Sehbehinderungen, die jeder kennen und anhand eigener Erfahrung prüfen muss (BGH, JZ 1968, 103)

- auch bei Schwächezuständen durch akute, vorübergehende, sehr selten vorkommende oder nur kurzzeitig anhaltende Erkrankungen (Migräne, Heuschnupfen, Allergien, grippale Infekte, akute Magen-Darm-Störungen, Übelkeiten sonstiger Art)
- nach Einnahme eines Appetitzüglers und gleichzeitigem Genuss von reichlich Kaffee und Cola, da insoweit nach Maßgabe des Beipackzettels beschriebene Nebenwirkungen, wie Konzentrationsstörungen und Veränderungen des Reaktionsvermögens möglich sind, (LG Freiburg, Az. Ns 550 Js 179/05-AK 38/06)
- bei jedweden Einschränkungen der Mobilität, die Auswirkungen auf die Fahrsicherheit haben; im Einzelfall ist auch an einen Fahrzeugumbau und an eine individuelle Umrüsttechnik zu denken (bei der Fahrausbildung muss auch der Fahrlehrer über ein Basiswissen im rechtlichen, medizinischen, psychologischen und technischen Bereich verfügen; vgl. dazu: Fahrausbildung für Behinderte, Schriftenreihe der BAST, Heft M 167 Mensch und Sicherheit, 2005)
- Anlassbezogen hat der Kraftfahrer seine Eignung auf Verlangen der Fahrerlaubnisbehörde nachzuweisen. Eine solche Anordnung der Begutachtung erfolgt immer bei konkreten, tatsächlichen Anhaltspunkten für Zweifel an der Fahrsicherheit sowie bei Ausfall anderer geeigneter Mittel zur Aufklärung, wobei die Anordnung allerdings stets verhältnismäßig sein muss (BVerwG NJW 1990, 2637; NZV 1996, 467).

Die konkreten Anlässe zur medizinisch-psychologischen Untersuchung durch eine

Begutachtungsstelle für Fahrsicherheit sind im Wesentlichen geregelt im Straßenverkehrsgesetz (§ 2 a Fahrerlaubnis auf Probe, § 4 Punktsystem) sowie in der Fahrerlaubnisverordnung (§ 10 Mindestalter, § 11 Eignung, § 13 Alkoholproblematik, § 14 Betäubungs- und Arzneimittel, § 48 Fahrgastbeförderung und in Verbindung mit den Anlagen 4 und 5 zur FeV).

II. Konsequenzen im Verkehrsschadenfall

Bei einem Schadenfall im Straßenverkehr, verursacht durch eine Beeinträchtigung der Fahrsicherheit, kann die Vernachlässigung der Überprüfung der psycho-physischen Leistungsfähigkeit für den Patienten und für den behandelnden Arzt haftungsrechtlich fatale Auswirkungen haben.

1. Konsequenzen für den Patienten

Der Patient riskiert zunächst den Verlust seines Führerscheins. Je nach dem Ausmaß seines Verschuldens kann die erhebliche Kürzung seiner Leistungsansprüche aus Versicherungsverträgen erfolgen, insbesondere jener aus der Kraftfahrzeugversicherung (vgl. dazu im einzelnen Peitz/Hoffmann-Born, Arzthaftung bei problematischer Fahreignung, 2008; zum Quotenmodell vgl. OLG Hamm VersR 2011, 206 m.w.N.; OLG Dresden aaO 205, BGH Urteil v. 22. Juni 2011 Az. IV ZR 225/10).

Beruhet nun ein Verkehrsunfall nachweislich auf einer für die Fahrsicherheit relevanten Erkrankung oder Einschränkung, wozu auch Müdigkeit gehört, so kann dies auch eine grob fahrlässige oder gar vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles darstellen (§ 61 VVG a.F./§ 81 VVG n.F.).

Ein solcher schwerwiegender Vorwurf gegen die Pflichten eines Fahrzeugführers ist immerhin dann zu bejahen, wenn dem Fahrer die Einschränkung positiv bekannt war (dann kommt sogar die Annahme des bedingten Vorsatzes in Betracht) oder er sich über Anzeichen bewusst hinweggesetzt hat (BGH R+s 1977, 171).

Dem erkrankten Fahrer, der sich in ärztlicher Behandlung befindet, sind in der Regel Art und Ausmaß der Erkrankung sowie die therapeutische Empfehlung des Arztes bekannt. Gehen dem Unfall für den Fahrer bekannte und damit nicht zu ignorierende Anzeichen einer Einschränkung der Fahrsicherheit voraus, so ist in aller Regel zugleich der Schluss gerechtfertigt, dass sich der Fahrer über die Anzeichen bewusst hinweggesetzt hat (OLG Hamm, NZV 1998, 210).

2. Konsequenzen für den Arzt

Der Arzt haftet dem Patienten auf Schadensersatz und Schmerzensgeld, falls er ihn nicht über die verkehrsmedizinische Relevanz der Erkrankung aufklärt oder im Einzelfall nicht seinen besonderen Reaktionspflichten in erkennbaren Gefahrenlagen nachkommt und die Erkrankung dann mindestens mitursächlich für den Schadenfall wird. Auch eine Überwachungspflicht ist in Ausnahmefällen anerkannt, so etwa in psychiatrischen Kliniken (Peitz/Hoffmann-Born aaO).

Zwar korrespondiert die Pflicht zur ständigen Selbstüberprüfung des Patienten dahin gehend, ob er zur Teilnahme am Straßenverkehr in der Lage ist, gleichzeitig mit der gebotenen Aufklärung durch den Arzt. Allerdings verfügt nur der Arzt über das spezifische Fachwissen in Bezug auf die Relevanz von Erkrankungen für die Fahrsicherheit. Spezifische Fragen zur Risikogeneignetheit von Erkran-

kungen und Einschränkungen sowie zur Progredienz kann nur der Arzt mit diesem Sonderwissen vorausschauend beantworten.

Auf fehlendes Fachwissen kann sich der Arzt nicht berufen: Die Kenntnis der Fahrerlaubnis-Verordnung und ihrer Anlagen sowie der Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung gehört heute zum Standard und ist damit Grundvoraussetzung für eine **Behandlung lege artis** aller Patienten, die am Straßenverkehr teilnehmen. Deshalb ist eine Weiterbildung im Bereich der Verkehrsmedizin stets zu empfehlen. Die Landesärztekammern bieten solche Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen regelmäßig an.

Der behandelnde Arzt haftet in der Konsequenz der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BGH, Urteil vom 8. April 2003, Az. VI ZR 265/02, NJW 2003, 2309; Dt. Ärzteblatt 2004, 598) potentiell immer dann, wenn

- verkehrsmedizinisch relevante Erkrankungen oder Verletzungen und/oder die medikamentöse Behandlung die Fahrsicherheit des Patienten tangieren,
- der Arzt entgegen der durch den Behandlungsvertrag begründeten Aufklärungs- und Obhutspflicht nicht sicherstellt, dass der Patient im Hinblick auf die möglicherweise eingeschränkte Fahrsicherheit nicht oder nicht ausreichend informiert ist,
- der Arzt bei Gefahr der Selbstschädigung des Patienten nicht ausreichend überwacht und sicherstellt, dass der Patient die ärztlichen Behandlungsräume nicht in diesem Zustand verlässt und am Straßenverkehr teilnimmt,
- und es dann aufgrund jener Erkrankung oder Einschränkung zu einem Unfall mit Sach- oder Körperschäden für den Patienten und/oder Dritte kommt.

Professionelles Praxis- und Klinikmanagement bei Aufklärung, Beratung und Dokumentation der Fahrsicherheit

Diese aufgezeigten Haftungsrisiken lassen sich durch eine professionelle Aufklärung minimieren; gleichzeitig wird dem Patienten, der auf der Straße selbst verantwortlich handeln muss, ein hohes Maß an persönlicher Sicherheit verschafft.

I. Aufklärung, Bewertung und Beratung fahrsicherheitsrelevanter Erkrankungen

Die Pflichten des Arztes erschöpfen sich nicht in der Behandlung des Patienten. Pflichten ergeben sich nach der Rechtsprechung insbesondere im Zusammenhang mit der Fahrsicherheit des Patienten, die der Bundesgerichtshof der therapeutischen Aufklärung zuordnet.

1. Allgemeine Problematik

Im Praxisalltag lässt sich nun – unabhängig der Diagnose und Behandlung der spezifischen Erkrankung – routinemäßig für jeden Behandler die Problematik der Teilhabe seines Patienten am Straßenverkehr erkennen, z.B. auf der Hand liegend, wenn die Patienten unter **Medikamenteneinfluss** oder unter der Wirkung einer **Lokal-anästhesie** oder gar **Kurznarkose** stehen. Gefahren durch Sedierung gehören zum standardisierten Problembewusstsein. Schwieriger wird es bei Betrachtung der **konkreten Befindlichkeit** des Patienten auf der Grundlage der Anamnese und der klinischen Befunde, wenn es um Erkrankungen und Einschränkungen geht, die **prospektiv** die Gefahr negativer Beeinflussung der Fahrsicherheit mit sich bringen können.

Diese Gefahren müssen im Fokus der Betrachtung während des gesamten Be-

handlungsverlaufs stehen. Denn der Patient, der sich in die Obhut des Arztes be gibt und dessen überlegenem Fachwissen vertraut, will wissen, was wann und wie mit ihm geschieht. Er will wissen, wie er sich verhalten muss, damit die Therapie und er selbst nicht gefährdet ist.

Hier greift die Aufklärungspflicht des Arztes. Die Statuierung dieser – Arzt und Patienten ständig begleitenden – Pflicht findet ihre Rechtfertigung in dem Gegenstand und in dem Charakter des Behandlungsvertrags, also in der konkreten Aufgabe des Arztes: Der Heilauftrag ist und bleibt Grundlage und Grundsatz ärztlicher Tätigkeit. Die Pflichten des Arztes, die ihm aus dem Behandlungsvertrag mit dem Patienten erwachsen, sind nicht zuletzt aufgrund der bereits eingangs zitierten Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH NJW 2003, 2309) enorm. Geschuldet wird die Erbringung des richtigen Verhaltens bei Einhaltung der „inneren und äußeren Sorgfalt“.

Die Verletzung der Pflicht zur Aufklärung ist als Behandlungsfehler zu bewerten (BGH VersR 2005, 228; VersR 1995, 1099). Hierher gehört auch die Sicherungsaufklärung, auch Sicherheitsaufklärung bzw. -beratung genannt, bei Erkrankungen oder Einschränkungen, die negative Folgen für die Fahrsicherheit haben können. Dabei geht es nicht nur um Risiken und die Pflicht des Arztes, auch hierüber aufzuklären. Vielmehr geht es konkret um die Abwendung potentieller Schäden, die dem Patienten durch falsches kontraindiziertes Verhalten entstehen können (Peitz/Hoffmann-Born aaO).

Im Hinblick auf fahrsicherheitsrelevante Erkrankungen oder Beeinträchtigungen liegt diese Pflicht schon deshalb auf der Hand, weil sich entsprechend der Typizität von Erkrankungen und Einschränkungen

entweder ein Heilerfolg oder aber eine chronische Entwicklung und auch eine Verschlechterung ergeben kann. Der Patient muss über Akutphasen, Stabilisierung und mögliche Rezidive einschließlich der Notwendigkeit von Kontrolluntersuchungen informiert werden (BGH VersR 2005, 228). Vor diesem Hintergrund besteht u.E. eine ständige Pflicht zur therapeutischen Sicherheitsaufklärung während der gesamten Behandlung und auch der Risikoaufklärung (vgl. **ähnlich** BGH VersR 2005, 1238 „Umwandlung der Risikoaufklärung in eine nachträgliche Pflicht zur Sicherheitsaufklärung“). Die Darlegungs- und Beweislast für die Risikoaufklärung trägt der Arzt.

Bei Verordnung einer bestimmten Medikation reicht ein bloßer Hinweis auf den regelmäßig umfangreichen Beipackzettel mit den entsprechenden umfangreichen Warnungen und Hinweisen auf Nebenwirkungen nicht aus (BGH VersR 2005, 834). Da der durchschnittliche Patient um die Nebenwirkungen eines Medikamentes weiß, genügt es gerade nicht, auf den Beipackzettel zu verweisen. Vielmehr muss der Arzt seiner speziellen und gerade die Nebenwirkungen betreffenden Aufklärungspflicht Genüge tun.

Die Einschätzung der Fahrsicherheit durch den Arzt wird erschwert in der Grauzone der „Noch-Eignung“ und der „Nicht-mehr-Eignung“ zum Führen von Kraftfahrzeugen im Straßenverkehr bzw. zur generellen Teilnahme am Straßenverkehr auch als Fahrradfahrer oder Fußgänger.

Einfach und durch pflichtgemäße Befragung feststellbar ist zunächst, ob bzw. dass der Patient am (nicht nur motorisierten) Straßenverkehr teilnimmt.

Sodann muss der Arzt einordnen, **ob** der Patient an **Erkrankungen oder Einschränkungen** leidet, die die Fahrsicherheit oder auch nur allgemeine Teilnahme am Straßenverkehr, etwa als Fahrradfahrer, Rollstuhlfahrer oder auch nur als Fußgänger, negativ beeinflusst.

Dazu muss der Arzt **verkehrsmedizinisches Wissen** besitzen, da er sonst bereits im Ansatz nicht in der Lage sein wird, den Patienten therapeutisch zutreffend zu begleiten. Der Arzt muss pflichtgemäß einschätzen können, ob die Erkrankung oder Einschränkung **risikogeneigt ist für die aktuelle oder künftige Fahrsicherheit** des Patienten und für die sichere Teilnahme

auch am nicht motorisierten Straßenverkehr.

Erkennt der Arzt die Risikogeneigntheit, so hat er den Patienten nachhaltig zu informieren. Das bloße „entschiedene Ausreden“ reicht zur Vermeidung der Haftung nach der neueren Rechtsprechung nicht mehr aus (vgl. **Peitz/Hoffmann-Born** aaO; anders noch **Laufs**, Handbuch des Arztrechts, 1999, § 62 IV Rn. 15).

- **Nötigenfalls muss der Arzt die Teilnahme am Straßenverkehr im Einzelfall bei besonderer Gefahrenlage verhindern (unzutreffend m.A. Netz in Dettmers/Weiller, Fahrsicherheit bei neurologischen Erkrankungen, 2003, S. 16, der nur eine beratende Funktion des Arztes zu befürworten scheint).**
- **Der Arzt verletzt seine Sorgfalts-Aufklärungspflicht (LG Konstanz, NJW 1972, 2223) und ggf. auch seine gesonderte Überwachungspflicht, wenn er es unterlässt, einen Patienten auf mögliche konkrete Gefahren hinzuweisen, die die Benutzung eines Kraftfahrzeugs im Anschluss an die Behandlung mit sich bringen kann (BGH, NJW 2003, 2309). Er haftet, wenn er den Patienten nicht ausreichend vor sich selbst schützt und ihn im Zustand der eingeschränkten Fahrsicherheit nicht überwacht (vgl. auch Netz, a.a.O., S. 18).**

Der Arzt hat sich also unbedingt Kenntnis zu verschaffen, ob der Patient in Bezug auf solche spezifischen Symptomatologien, Risiken und Verlaufsformen verkehrssicher und hierauf bezogen compliant ist, sofern eine Relevanz zur ärztlichen Behandlung erkennbar ist. Bei begründeten Zweifeln an der Fahrsicherheit bedarf es einer **umfassenden Sicherheitsaufklärung** durch den Arzt. Es handelt sich hier um eine gesonderte Hinweis- und Informationspflicht. Diese wird zutreffender als Sicherungsbe-

ratung bzw. -aufklärung aufzufassen sein, da sie eben nicht die Selbstbestimmung des Patienten betrifft, sondern zum eigentlichen Kern der Behandlung gehört (vgl. **Peitz/Hoffmann-Born** aaO; zutreffend **Rehborn**, MDR 2000, 1103). Diese Pflicht folgt ebenfalls aus dem Behandlungsvertrag (vgl. **Deutsch-Spickhoff**, Medizinrecht, Rn. 118).

Der Patient ist in einem Gespräch vor einer solchen Behandlung/Medikation, jedenfalls aber unmittelbar nach einer solchen Behandlung/Medikation, die die Fahrsicherheit beeinträchtigen kann, in Kenntnis zu setzen über Folgen der ärztlichen Behandlung/Medikation und der Erkrankung für die Fahrsicherheit und für die Teilnahme am Straßenverkehr.

Die Aufklärung hat unmissverständlich und detailliert zu sein; der bloße Hinweis auf den Beipackzettel bei Medikation genügt auch hier nicht. Nach zutreffender Auffassung des BGH (Urteil vom 15. März 2005, Az. VI ZR 289/03) ist über Nebenwirkungen und Risiken aufzuklären. Der Warnhinweis in der Packungsbeilage des Pharmaherstellers reicht gerade nicht (a.A. wohl noch LG Dortmund, ArztR 2000, 346). Oft erhält der Patient einen Beipackzettel ohnehin nicht, etwa bei Applikation durch den Behandler selbst.

2. Wie hat die Aufklärung zu erfolgen?

Der Arzt darf sich nicht darauf verlassen, dass er von dem Patienten gefragt wird. Auf die Beachtung der bekannten Floskel „Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“ darf sich der Arzt nicht berufen.

Der Arzt muss aktiv werden, nicht der Patient. Dies gilt insbesondere auch für Dosierungsänderungen oder Schwankungen bei den Einnahmezeiten und auch für Gefahren, die sich aus der Einnahme weiterer und anderer Medikamente im Rahmen von Beikonsum ergibt. Hiernach muss sich der Arzt selbst erkundigen.

II. Dokumentation der Aufklärung

1. Dokumentationspflicht

1.1. Allgemeines

Zu den Nebenpflichten des Arztes gehört die ordnungsgemäße Dokumentation der Behandlung (BGHZ 72, 132), sofern diese für die Behandlung erforderlich ist.

Zu Art, Inhalt und Umfang der Dokumentation bestimmt die (Muster-)Berufsordnung für Ärzte:

§ 10 MBO

(1) Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstütze für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

(2) Der Arzt hat dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die ihn betreffenden Krankenunterlagen Einsicht zu gewähren; ausgenommen sind diejenigen Inhalte, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Arztes enthalten. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.

Mit dieser Maßgabe dokumentationspflichtig („sofern für die Behandlung erforderlich“) sind die für Diagnose und Therapie wesentlichen medizinischen Fakten (vgl. **Geiß/Greiner**, Arzthaftpflichtrecht, 4. Aufl. 2001 Rn. 202 f.) betreffend Anamnese, Diagnostik, Funktionsbefunde und Komplikationen sowie betreffend Maßnahmen (wie Medikation) und ärztlichen Anordnungen zur Pflege, aber auch Hinweise zur therapeutischen Aufklärung und damit zu Gefahrenlagen und Vorbeugungen (vgl. **BGH** VersR 1993, 836; VersR 1989, 512;

1985, 782; 1978, 1022; Laufs/ Uhlenbruck, a.a.O., § 59 Rn. 9).

Gerade auch zur begründeten Rechtfertigung besonderer Reaktionen (etwa Bruch der Schweigepflicht im Fall einer konkreten Gefahr) soll der Arzt auch im eigenen Interesse penibel dokumentieren.

Da sich anhand der Krankenakten stets der Nachweis der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung führen lassen muss (vgl. KG NVerSZ 2000, 25 ff.; Ortner/ Geis, MedR, 1997, 337 zur elektronischen Patientenakte) und die Unrichtigkeit einer Aufzeichnung die Vermutung begründet, dass der Arzt die gebotene Maßnahme gar nicht vorgenommen hat (BGH NJW 1989, 2330), sollte der Arzt unbedingt zur haftungsrechtlichen Absicherung bei verkehrsrelevanten Erkrankungen und/oder solchen Einschränkungen, die auf die Behandlung zurückzuführen sind, den Patienten fragen und Frage sowie Antwort dokumentieren.

1.2. Dokumentation der Aufklärung und Beratung zur „Fahrsicherheit“

Festzuhalten ist zunächst, dass ohne Kenntnis der Inhaberschaft der Führerscheinklasse eine zutreffende Beratung schlechterdings nicht möglich ist.

Im Rahmen der Beratung und Aufklärung über Fahrsicherheitsmängel soll sodann dokumentiert werden:

- ob der Patient sich im Straßenverkehr eines Fortbewegungsmittels bedient,
- welche Fahrerlaubnisklasse er besitzt, (Erfragung und Differenzierung zwischen Gruppe 1 und 2),
- dass er den Patienten auf seinen Gesundheitszustand und auf die therapeutischen Erfordernisse hingewiesen hat, einschließlich
- die Erläuterung, warum aus medizinischer Sicht nicht vertretbare Risiken/

Gefahren im Zusammenhang mit der Teilnahme am Straßenverkehr bestehen.

- nachhaltige und verständliche Informationen zu Art und Wirkungsweise der Medikation und der verkehrsmedizinischen Relevanz von Krankheit und Therapie,
- Detailinformationen zu Wirkungsweisen, Kontraindikationen, Neben- und Wechselwirkungen sowie Zeitpunkten der Einnahme von Medikamenten,
- eigens gestellte Fragen zu Unverträglichkeiten und anderweitiger Einnahme von Medikamenten sowie zur Einbeziehung von Unverträglichkeiten und Wechselwirkungen; dabei muss auf bloße Hinweise auf den Beipackzettel und auf Standardfloskeln weitestgehend verzichtet werden,
- Verzicht auf die Aufklärung durch den Patienten (selten),
- die Anwesenheit von den Patienten begleitenden Personen,
- der im Einzelfall hinzugezogenen Zeugen, etwa nichtärztliches Personal.

Schon mit der zwingend notwendigen Frage nach der Fahrerlaubnisklasse (Erfragung und Differenzierung zwischen Gruppe 1 und 2) stellt der Arzt die Weiche, ob er zu treffend berät. Denn die Aufteilung der

Führerscheinklassen in Gruppe 1 und Gruppe 2 durch die Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung folgt dem Umstand, dass Bewerber und Inhaber der Gruppe 2 besondere – höhere – Anforderungen an Belastbarkeit, Orientierungsleistung, Konzentrationsleistung, Aufmerksamkeitsleistung und Reaktionsfähigkeit erfüllen müssen.

2. Art und Umfang der Dokumentation

Zu dokumentieren ist schriftlich, eindeutig, umfassend, ereignisnah, sowie einsichts-, beweis- und archivtauglich und spätestens zum Ende des einzelnen Behandlungsabschnitts. Der Arzt sollte stets von einer bloß schematischen Verwendung vorformulierter „Patientenerklärungen“, in denen der Patient eine vermeintlich ausführliche Aufklärung durch den Arzt bestätigt, absehen. Die Verwendung von Aufklärungsbögen allein reicht nicht (Maris/Winkhart-Martis MDR 2011, 402, 407). Solche Bögen vermögen allerdings zu indizieren, dass ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat, sofern ein solcher Bogen von dem Patienten unterzeichnet wurde (OLG München Beschl. V. 24. Juni 2010 Az. 1 U 2464/10; Martis/Winkhardt-Martis aaO Fn. 68 m.w.N.).

Die Freizeichnung des Arztes bzw. die Bestätigung des Patienten, ausreichend aufgeklärt zu sein, kann bei Verwendung solcher Standardformulare nach der Rechtsprechung unwirksam sein. Die Aufklärung selbst ist formlos wirksam; allein zu Beweis Zwecken ist die Verwendung abstrakter Formulare zur Dokumentation der Einwilligung in eine bestimmte Maßnahme und konkreter Formulare, die sich mit der Behandlung speziell befassen, sinnvoll.

3. Street Ready Tool

Angesichts der Komplexität der mit der Aufklärung und Beratung zur Fahrsicherheit verbundenen Fragen empfehlen die Autoren die Heranziehung geeigneter Fachliteratur (z.B. Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung, als Kommentar herausgegeben von Schubert u.a., 2. Aufl. 2005, Kirschbaum Verlag, Bonn).

Mit geeigneter Software (z.B. StreetReady Tool®, 1. Auflage 2011 Schattauer Verlag, Stuttgart) ist die Aufklärung und Beratung lege artis auf der Grundlage der Fahrerlaubnisverordnung und der Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung gewährleistet. Der Arzt findet die adäquate Unterstützung bei Fragen zur Erfassung der Risikogeneignheit der Erkrankungen, der Dokumentation, der Aufklärung und der Beratung des Patienten.

Dokumentiert wird – Software gestützt – die konkrete Diagnose und die Beratung, wobei die finale Bewertung durch die Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung durch das Programm vorgegeben wird.

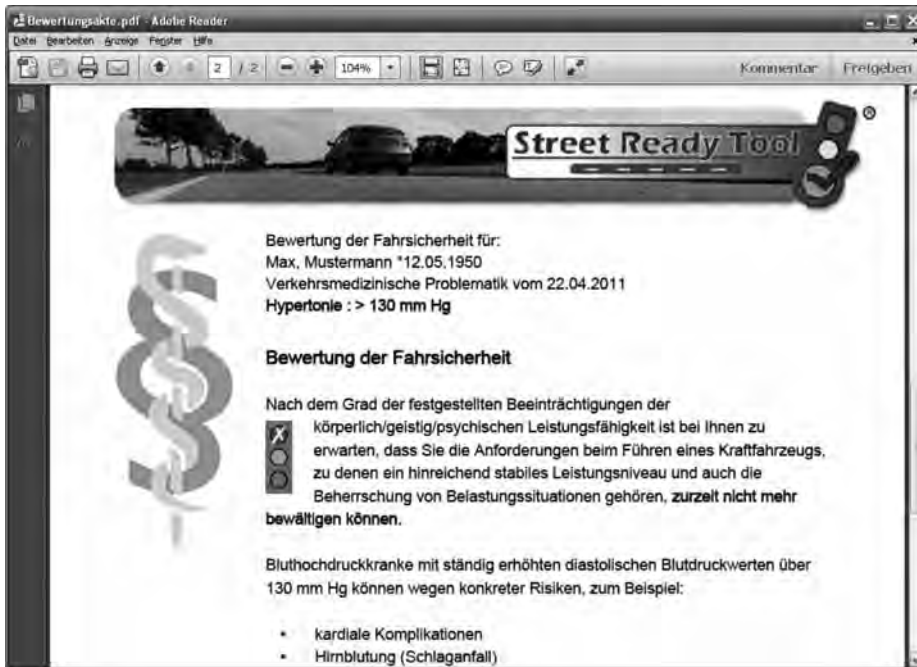
Der Beratungsbogen wird für den Patienten ausgedruckt. Dieser kann nun mithilfe dieser Aussage selbst entscheiden, ob er sich ggf. einer gesonderten Untersuchung oder Begutachtung unterziehen will:

The screenshot shows the 'Street Ready Tool' interface for 'Hypertonie -> 130 mm Hg'. It features a 'Bewertung' section with a checkbox 'Bewertung in Akte abspeichern' (checked). The text in the 'Bewertung' section reads: 'Nach dem Grad der festgestellten Beeinträchtigungen der körperlich/geistig/psychischen Leistungsfähigkeit ist bei Ihnen zu erwarten, dass Sie die Anforderungen beim Führen eines Kraftfahrzeugs, zu denen ein hinreichend stabiles Leistungsniveau und auch die Beherrschung von Belastungssituationen gehören, zurzeit nicht mehr bewältigen können. Bluthochdruckkranke mit ständig erhöhten diastolischen Blutdruckwerten über 130 mm Hg können wegen konkreter Risiken, zum Beispiel: - kardiale Komplikationen - Hirnblutung / Schlaganfall'. Below this is the 'Individuelle Notizen' section with a checkbox 'Notizen in Akte abspeichern' (unchecked) and a text area containing: 'Notiz für den Patienten: () Bitte stellen Sie sich zur erneuten Überprüfung und Besprechung bei mir in regelmäßigen Abständen wieder vor, jedenfalls aber innerhalb von () Monat/en ab heute.' At the bottom are buttons for 'Abbrechen' and 'Übernehmen und Schließen'.

The screenshot shows the 'Street Ready Tool' interface for 'Hypertonie - Folge- und Begleiterkrankungen'. It features a 'Bewertung' section with a checkbox 'Bewertung in Akte abspeichern' (checked). The text in the 'Bewertung' section lists several conditions: '- unbehandelter Schlafapnoe', '- Diabetes mellitus', '- Fettstoffwechselstörungen', '- koronarer Herzkrankheit', '- chronischer Herzinsuffizienz', '- arterieller Verschlusskrankheit', '- zerebralen Durchblutungsstörungen', '- Niereninsuffizienz'. Below this is the 'Individuelle Notizen' section with a checkbox 'Notizen in Akte abspeichern' (checked) and a text area containing: 'Notiz für den Patienten: Bitte stellen Sie sich zur erneuten Überprüfung und Besprechung bei mir in regelmäßigen Abständen wieder vor, jedenfalls aber innerhalb von (1) Monat/en ab heute.' At the bottom are buttons for 'Abbrechen' and 'Übernehmen und Schließen'.

Wichtig erscheint die Professionalisierung der Aufklärung und des Wissens sowie des Problem orientierten Umgangs auch

des Patienten mit den Einschränkungen seiner Fahrsicherheit.



(Peitz/Hoffmann-Born, StreetReadyTool®, 2011 ©Schattauer Verlag Stuttgart, ISBN 978-3-7945-5176-7)

Der Arzt kann mithilfe des **StreetReady Tool®** auf die neurologisch/psychiatrischen Krankheitsbilder, die in den Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung enthalten sind sowie auf ausgewählte internistische Krankheitsbilder, Symptomatologien, Risiko- und Verlaufsformen zurückgreifen. Erfasst sind auch die Probleme im Zusammenhang mit der Compliance des Patienten der Krankheitsbilder:

Hypertonie, Diabetes, Parkinson, Schlaganfall, Anfallsleiden, Demenz, Depression, Manie, Schizophrenie, Tagesschläfrigkeit, ADHS, Allgemeine Risiken (Rauschdrogen einschl. Alkohol, sonstige Indispositionen).

Mithilfe der Software **StreetReadyTool®** kann der Arzt über die Auswahl der Haupt- und Nebendiagnosen die maßgeblichen risikobehafteten Symptome auf der Grundlage der **Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung** zuordnen, eine Risiko- und Verlaufsbetrachtung anstellen und individuelle Besonderheiten des Patienten

berücksichtigen. Erfasst sind auch die Probleme im Zusammenhang mit der Compliance des Patienten. Die Ergebnisse werden gespeichert und können dem Patienten als Ausdruck zur Verfügung gestellt werden.

Das Tool enthält so einerseits wichtige Verhaltensempfehlungen für den Patienten zur Stärkung seiner Eigenverantwortung bei der Entscheidung zur Teilnahme am Straßenverkehr.

Andererseits wird der Arzt damit zuverlässig seine Befassung mit dem Thema und die kompetente Aufklärung seines Patienten beweiskräftig dokumentieren.

Rechtsprechung

Nachfolgende Beispielfälle aus der Rechtsprechung zeigen die enorme Relevanz der Fahrsicherheit für die ärztliche Praxis und die Selbstverantwortung des Patienten:

Erster Fall nach **Verwaltungsgericht München** (Beschluss vom 19. April 2005, Az. M 6b S 05.388)

Der Kläger litt an zu hohem Blutdruck bei einem ständigen diastolischen Wert von über 100 bis 130 mmHg und an weiteren prognostisch ernstesten Symptomen, wie eine Verdickung des linken Herzmuskels sowie an weiteren Risikofaktoren, wie schweres Übergewicht, erhöhten Fettwerten bei niedrigem HDL und erhöhtem LDL, hoher Nikotinkonsum bei Verdacht auf Alkoholmissbrauch. Fraglich war, ob die genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Gefährdungen, die Eignung für das Führen von Fahrzeugen der Fahrerlaubnisklassen A1, B, BE, M, L und T ausschließen, insbesondere dann, wenn der Bluthochdruck behandelt wird und regelmäßige internistische Kontrollen stattfinden.

Entscheidung des Gerichts:

Nach Nr. 4.2.1 der Anlage 4 zur Fahrerlaubnisverordnung ist bei einem ständigen diastolischen Wert von über 130 mmHg die Eignung für beide Gruppen von Fahrzeugklassen nicht gegeben.

Bei einem ständigen diastolischen Wert von über 100 bis 130 mmHg ist nach Nr. 4.2.2 der Anlage 4 zur Fahrerlaubnisverordnung die Eignung für die Gruppe 1, d.h. für die Klassen A, A1, B, BE, M, L und T gegeben. Für die Gruppe 2, d.h. für die Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E und FzF ist sie dann gegeben, wenn keine anderen prognostisch ernstesten Symptome vorliegen.

Nach Kapitel 3.4.2 der Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung ist, wer unter einem Bluthochdruck mit ständig zu messendem diastolischen

Wert über 130 mmHg leidet, nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden.

Wer unter einem Bluthochdruck leidet, bei dem der diastolische Wert über 100 mmHg liegt, ist nicht in der Lage, den Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 gerecht zu werden, wenn gleichzeitig andere prognostisch ernste Symptome, z.B. Zeichen einer gestörten Nierenfunktion, starke Augenhintergrundveränderungen (Blutungen und Exsudate), neurologische Restsymptome nach Hirndurchblutungsstörungen oder eine deutliche Linkshypertrophie des Herzens nachzuweisen sind.

Für das Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 ist der Betroffene nur unter besonderen Bedingungen in der Lage, den gestellten Anforderungen gerecht zu werden. Beim Vorliegen dieser Befunde (soweit sie nicht von sich aus ein sicheres Verhalten bei Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr ausschließen) ist eine vorbeugende Gefahrenabwehr beim Füh-

ren von Fahrzeugen der Gruppe 1 nur unter der Auflage regelmäßiger interner Kontrollen und Nachbegutachtungen in Abständen von zwei Jahren zu gewährleisten (im Zweifelsfall neurologisch-psychiatrisches Gutachten).

Zweiter Fall nach **Landgericht Konstanz** (NJW 1972, 2223)

Obwohl die Sicherheitsberatung bzw. Gefahren-Aufklärung nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Einwilligung in einen ärztlichen Heileingriff steht, kann der Arzt bei Verletzung dieser Aufklärungspflicht bei Schadeneintritt für den dem Patienten ursächlich entstandenen Schaden haftbar sein.

Ein Patient hatte nach einer Megacillinforte-Injektion die Herrschaft über sein Kraftfahrzeug verloren und einen Verkehrsunfall verursacht. Festgestellt wurde eine anaphylaktische Reaktion, die nur in etwa 0,04 % aller Fälle auftreten kann.

Entscheidung des Gerichts:

Gleichwohl war dem Arzt vorzuwerfen, dass er den Patienten nicht über die Möglichkeit einer solchen anaphylaktischen Reaktion aufgeklärt, ihn über die notwendigen Verhaltensmaßnahmen nicht informiert und dadurch nicht sichergestellt hatte, dass der Patient eine eigenverantwortliche Entscheidung selbstbestimmt treffen konnte.

Nicht erforderlich für die Entstehung einer Aufklärungspflicht ist damit, dass der Arzt eine sichere Kenntnis im Hinblick auf Gefahren hat; es wird genügen müssen, dass eine ernsthafte Möglichkeit der Gefahr besteht (vgl. dazu BGH VersR 2005, 1238,1239).

Dritter Fall nach **Bundesgerichtshof** (Urteil vom 8. April 2003, Az. VI ZR 265/02)

Noch weiter geht die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs. Hier wird neben der Aufklärung eine **besondere Überwachungspflicht in Gefahrenlagen** statuiert:

Der Arzt muss demnach sogar sicherstellen, dass sein Patient die Behandlungsräume nicht unbemerkt verlässt und sich dadurch der Gefahr einer Selbstschädigung aussetzt.

Vierter Fall nach **Oberlandesgericht Oldenburg** (MDR 2011, 294)

Der Patient stand nach einer Behandlung noch unter Einfluss eines sedierenden Medikaments und verunfallte.

Nach dem Urteil des OLG Oldenburg muss der Arzt den Patienten so lange überwachen, bis er sein Bewusstsein und seine Einsichtsfähigkeit in einem

ausreichenden Maße wiedererlangt hat.

Diese durch die Gerichte bejahte Pflicht des Arztes zum Schutz des Patienten vor Selbstgefährdung ist zwar nicht gänzlich neu und auch nicht überraschend. Sie ist auch logisch begründet und trägt dem besonderen Schutzbedürfnis der Patienten, das durch und in der konkreten Behandlungssituation entstanden ist, angemessen Rechnung. Sie verlangt dem Arzt aber neben den besonderen Sicherungsmaßnahmen auch ab, diese Tätigkeiten ausreichend zum Eigenschutz zu dokumentieren. Dies zu gewährleisten ist im Einzelfall des hektischen Praxis- und Klinikalltags nicht immer einfach, insbesondere angesichts knapper Ressourcen.

Ob und wie der Arzt dies realisiert, ist in jedem Einzelfall nach den Umständen zu entscheiden und naturgemäß schwierig. Bei Lichte betrachtet verlangt die Rechtsprechung aber nichts Unzumutbares. Auch außerhalb der Behandlungssituation finden sich im

täglichen Leben häufig Umstände, die sich als Notfall darstellen und die ein beherztes Einschreiten im mutmaßlichen Interesse des Probanden erfordern. Beschränkungen der Freiheit oder Handlungen, die sich objektiv als Nötigung darstellen, sind im Einzelfall des Notstandes gerechtfertigt oder entschuldigt, also ausdrücklich nicht strafbar.

Diese Verpflichtung besteht unabhängig von der Selbstverständlichkeit, dass der Patient als Kraftfahrer seine Pflichten im Straßenverkehr selbst verantwortet und ohne gesonderten Hinweis des Arztes kennen muss. Besondere Erkrankungen – gerade jene aus dem neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet – zeigen aber deutlich die besondere Verantwortung des Arztes auf. So wird bei einer Vielzahl solcher Erkrankungsbilder (man denke nur an die Demenz) die Pflicht zur Wahrnehmung der Verantwortung des Patienten für sich selbst, überlagert und maßgeblich bestimmt durch die Pflicht des Arztes, den Patienten zu schützen.

Zusammenfassung

Verkehrsmedizinische Kenntnisse sind zur Beratung und Aufklärung *lege artis* im heutigen Praxis- und Klinikalltag nicht mehr wegzudenken. Die demographische Entwicklung und damit einhergehend die zunehmende Beeinflussung der Verkehrssicherheit durch Erkrankungen erfordern die ständige Befassung des Arztes mit der Verkehrssicherheit seiner Patienten. Hierüber hat er aufzuklären. Zur adäquaten Beratung aber auch zur eigenen Absicherung ist die zureichende Dokumentation zu empfehlen.

Anschriften der Verfasser

Dr. med. Hannelore Hoffmann-Born
Leitende Ärztin,
stellv. Bereichsleiterin Life Service
TÜV Technische Überwachung
Hessen GmbH
Kaiserstraße 72, 60329 Frankfurt am Main
E-Mail:
Hannelore.Hoffmann-Born@tuevhessen.de

Rechtsanwalt Jürgen Peitz
Arzt-, Medizinrecht und Versicherungsrecht
Im Kamp 9, 33161 Höfelhof
E-Mail: juergen_peitz@t-online.de

Einladung zur Mitgliederversammlung

Der Ärztehlf Nordhessen e.V.

29. September 2011, 18:30 Uhr

Bezirksärztekammer Kassel, Wilhelmshöher Allee 67, 3. OG, 34117 Kassel

Tagesordnung

1. Begrüßung – Sachstand
2. Feststellung der Beschlussfähigkeit
3. Entlastung des Vorstandes
4. Wahl des Vorsitzenden/stellv. Vorsitzenden/Beisitzer
5. Umlagebeiträge/Auszahlungsbetrag
6. Satzungsänderung

7. Mitgliederbewegung und Mitgliederwerbung
8. Ausschluss von Mitgliedern
9. Verschiedenes

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Dr. med. Lothar Werner Hofmann, Vorsitzender