

Verkehrsmedizin in der Rehabilitation

38. Jahrestagung der DGPR, Berlin, 03. Juni 2011



Der Patient mit koronarer Herzkrankheit.



Pressenotizen (1)

Mitten auf der A 5: Herzinfarkt im Stau

43-jähriger Fahrer aus dem Lahn-Dill-Kreis von Notarzt reanimiert

Ober-Mörlen/Münzenberg (en). Im üblichen Stau auf der A 5 in Richtung Frankfurt blieb gestern Vormittag zwischen Ober-Mörlen und der Raststätte Wetterau ein Auto auf der linken Spur einfach stehen, als der Verkehr wieder einmal anrollte. Andere Verkehrsteilnehmer gingen zunächst von einem Unfall aus, erkannten dann aber, dass der Fahrer aus dem Lahn-Dill-Kreis gesundheitliche Probleme hatte. Notarzt und Rettungswagen wurden hinzugerufen.

Der 43-jährige Mann wurde reanimiert und

mit Verdacht auf Herzinfarkt ins Krankenhaus gebracht.

Während der Bergung war die A 5 für eine halbe Stunde lang komplett gesperrt, der Stau reichte in dieser Zeit bis zur Anschlussstelle Baizbach zurück.

Bereits eine Stunde zuvor hatte ein Lkw auf der A 5 am Gambacher Kreuz einen geringen Schaden verursacht. Infolge eines technischen Defekts an der Bremse hatte der Anhänger ein Tempobegrenzungsschild gestreift.

Wetterauer Zeitung vom 12.03.2008



Presse­notizen (2)

Unfall durch Infarkt: Oft nur Geschwätz?

Wenn ein Auto nicht oder weniger angehalten auf die Gegenfahrbahn, in um Schaulustigen, auf einen parkenden Wagen oder gar in eine Fußgängergruppe mit, dann gibt die Polizei oft Unkenntlich: „Herzinfarkt am Steuer“. Doch das beliebteste vermeintliche Bestätigung, räumt der Ludwigsholmer Kardiologe Professor Jochen Seeger. So oft wie die Polizei davon ausgeht, kommt der Unfall mit Bewusstseinsverlust an Rinnenger nicht vor.

Trennung: Natürlich können koronare Probleme, nicht nur Herzhinfarkt, sondern auch Bluthrombosen in dem Autofahrer während der Fahrt verursachen, was sich prophylaktisch dagegen tun lässt, welche Patienten gar nicht aus Steuern sollten und wie die Haftung nach solchen Unfällen geregelt ist. Lesen Sie: Seite 6



Im Oktober hat ein 58-jähriger Autofahrer verunfallt nach einem Herzhinfarkt im Hochalpengebäude des kalifornischen Regens am Tag.

... auch Bluthrombosen in dem Autofahrer während der Fahrt verursachen, was sich prophylaktisch dagegen tun lässt, welche Patienten gar nicht aus Steuern sollten und wie die Haftung nach solchen Unfällen geregelt ist. Lesen Sie: Seite 6

Cardio News
26.11.2004



Presse­notizen (3)

Starfotograf Helmut Newton tödlich verunglückt

„Der Star-Fotograf Helmut Newton ist tot. Der 83jährige kam bei einem Autounfall in Hollywood ums Leben, wie die Polizei in Los Angeles mitteilte. Newton verließ nach Angaben der Polizei am Freitag gegen Mittag den Parkplatz des Hotels Chateau Marmont am berühmten Sunset Boulevard. Augenzeugen zufolge saß er allein in seinem Fahrzeug. Er sei zusammengesackt und der Wagen habe stark beschleunigt, sei über die Straße geschossen und auf die gegenüberliegende Mauer geprallt, berichtete ein Polizeisprecher unter Berufung auf Zeugen.“



Helmut Neustädter, geb. in Berlin



FAZ online (2004)



Gliederung: Fahreignung bei KHK

- Begutachtungsleitlinie(n) (Gruppe 1 und 2)
- Koronarstents ?
- Haftungsfragen !
- Fazit



Sozialmed. Begutachtung: Grundlage (in der Reha)



Wesentliche Neuerungen 2009:

- Seh- und Hörvermögen
- Herzrhythmusstörungen
- Zuckerkrankheit
- Epilepsie
- Toxikologie, Tests
- Psychische Leistungsfähigkeit

<http://www.fahrerlaubnisrecht.de/Begutachtungsleitlinien/BGLL> Inhaltsverzeichnis.htm

Ausführungen zum Herzinfarkt (noch) unverändert !



Sozialmed. Begutachtung: Autofahren post MI

Leitsätze:

Wer einen (ersten) Herzinfarkt durchgemacht hat, ist bezüglich den Anforderungen zum Führen eines Kraftfahrzeugs der **Gruppe 1**

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung (Stand 11/09)



Sozialmed. Begutachtung: Autofahren post MI

Gruppe 1:

Führer von Fahrzeugen der Klassen A, A1, B, BE, M, L und T.

A = Krafträder bis 25kW

A1 = Krafträder bis 11kW

B = Kfz bis 3,5t mit/ohne Anhänger, Quad

BE = B mit sonst. Anhängern

M = Kleinkrafträder und Fahrräder mit Hilfsmotor bis 45km/h



Sozialmed. Begutachtung: Autofahren post MI

Gruppe 1:

Führer von Fahrzeugen
der Klassen A, A1, B,
BE, M, L und T.

**L = selbstfahrende Arbeitsmaschinen,
landw. Zugmaschinen bis 25km/h**

**T = land- und forstwirtschaftliche Zug-
maschinen bis 40/60 km/h**



Sozialmed. Begutachtung: Autofahren post MI

Leitsätze:

Wer einen (ersten) Herzinfarkt durchgemacht hat, ist bezüglich
den Anforderungen zum Führen eines Kraftfahrzeugs der

Gruppe 1

- bei komplikationslosem Infarkt (z.B. ohne Wiederbelebung)
- ohne Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV)
- und ohne gefährliche Herzrhythmusstörungen...

Begutachtungleitlinien zur Kraftfahrereignung (Stand 11/09)



Sozialmed. Begutachtung: Autofahren post MI

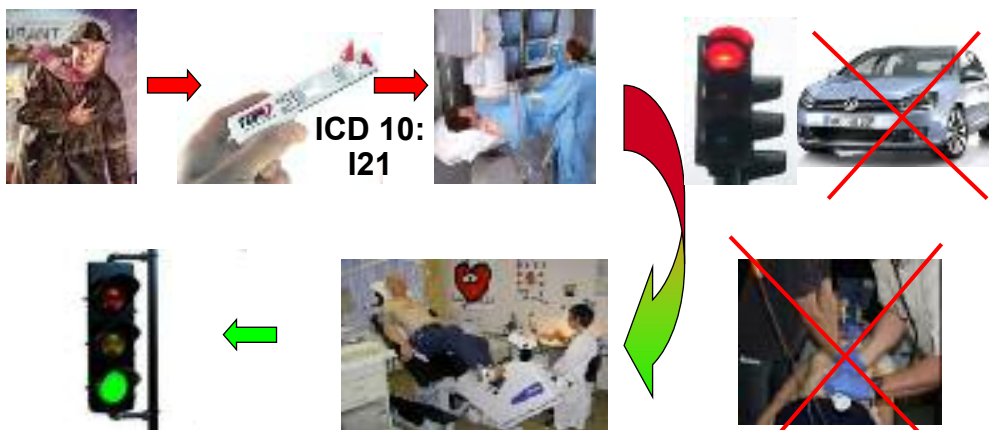
...nach frühestens 3 Monaten (sonst nach 6 Monaten) dazu wieder in der Lage, wenn nach dem Ergebnis der internistischen Untersuchung einschl. EKG keine andere Beurteilung der Sachlage erfolgen muß.

Es dürfen vor allem keine gefährlichen und/oder prognostisch bedeutsamen Herzrhythmusstörungen vorliegen (d.h. Voraussetzung: Ergometrie, 24-h-EKG nach 3 Mon. ok).

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung (Stand 11/09)



Autofahren post 1. Infarkt: günstigster Verlauf Gr. 1 gemäß Begutachtungsleitlinien (bast)



ohne Ausnahme!

3 Monate: keine VTs etc.



Sichtweise der Deutschen Herzstiftung



Bewegung

Patienten nach einem Herzinfarkt sind oft unsicher, was sie tun und behutsam können. Darauf greift keine allgemeine Antwort an. In jedem Einzelfall wird die Empfehlung von dem gesundheitlichen Versorger des Patienten abhängen. In der Betrachtung treten die Ärzte die individuelle Leistungsfähigkeit und zeigen dem Patienten, wo seine Belastungsgrenzen liegen. Dann kann ein individueller, wird das aus Training, Bewegung

Nach einem nicht komplizierten Herzinfarkt bei stabilen Patienten Aktivitäten geben, so weit möglich normale tägliche körperliche Aktivitäten (Tagespendeln, Bausarbeit, Ausflüge) nach einer Woche. Die soziale Aktivität kann innerhalb von zwei Wochen wieder aufgenommen werden. Keine strenge Struktur oder strenge Mindestanforderung des Lebens besteht. In einem Belastungstest ERG, ist der Patient wiederhergestellt und kann weiter so leben, beschwerdefrei, so kann er wieder fliegen, was für ihn geeignet ist. Bei Patienten mit ungenügender Leistungsfähigkeit, die sich körperlichen Bedingungen unter-

S. 10



Sichtweise der Deutschen Herzstiftung



Sozialmed. Begutachtung: Autofahren post MI

Leitsatz:

Wer einen zweiten Herzinfarkt durchgemacht hat, darf Kraftfahrzeuge der **Gruppe 1** nur noch dann führen, wenn Herzinsuffizienz oder gefährliche Rhythmusstörungen durch klinische Untersuchungen und Verlaufsbeobachtungen sicher ausgeschlossen sind.

→ **regelmäßige Nachbegutachtungen zur Fahreignung!**

Was (wer) tun, wenn der Patient nicht zur KU kommt?

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung (Stand 11/09)



Sozialmed. Begutachtung: Autofahren post MI

Gruppe 2:

Führer von Fahrzeugen der Klassen C, C1, CE, C1 E, D, D1, DE, D1 E und Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderungen.

C = Kfz über 3,5t mit Anhänger bis 750 kg

C1 = Kfz zw. 3,5 u. 7,5t mit A. bis 750 kg

CE = Kfz über 3,5t mit A. über 750 kg

C1E = C1 m. A. über 750 (ges. < 12Tkg)

D = Kraftomnibus mit > 8 Plätzen

D1 = Kraftomnibus mit 9-16 Plätzen

DE = D mit Anhänger über 750 kg

D1E = D1 m. A. > 750 (ges. < 12Tkg)



Sozialmed. Begutachtung: Autofahren post MI

Leitsatz:

Wer einen (ersten) Herzinfarkt durchgemacht hat, ist in der Regel **nicht** in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der **Gruppe 2** gerecht zu werden.

Ausnahmen hiervon sind nur begründet nach einer Genesungszeit von mindestens 3 bis zu 6 Monaten (Regel 6 Monate, Ausnahme 3 Monate), wenn sich...

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung (Stand 11/09)



Sozialmed. Begutachtung: Autofahren post MI

wenn sich...

- keine gefährlichen bzw. prognostisch ungünstigen HRst.,
- keine Herzinsuffizienz bzw. keine schwerwiegende Einschränkung der LV-EF (< 20%, < 30% ?),
- kein ausgeprägtes Herzwandaneurysma (nicht Dyskinesie),
- keine bereits bei leichten körperlichen Belastungen (NYHA III oder IV) oder in Ruhe auftretende AP

nachweisen lassen.

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung (Stand 11/09)



Sozialmed. Begutachtung: Autofahren post MI

Als wesentliche diagnostische Mittel zur Klärung der Sachlage müssen mindestens:

- 12-Kanal-Ruhe-EKG
- 24-h-Langzeit-EKG
- Echo
- Bel.-EKG

eingesetzt werden.

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung (Stand 11/09)



Sozialmed. Begutachtung: Autofahren post MI

Obligatorische Nachuntersuchung für **Gruppe 2**
(= zweiter Untersuchungstermin beim Kardiologen):

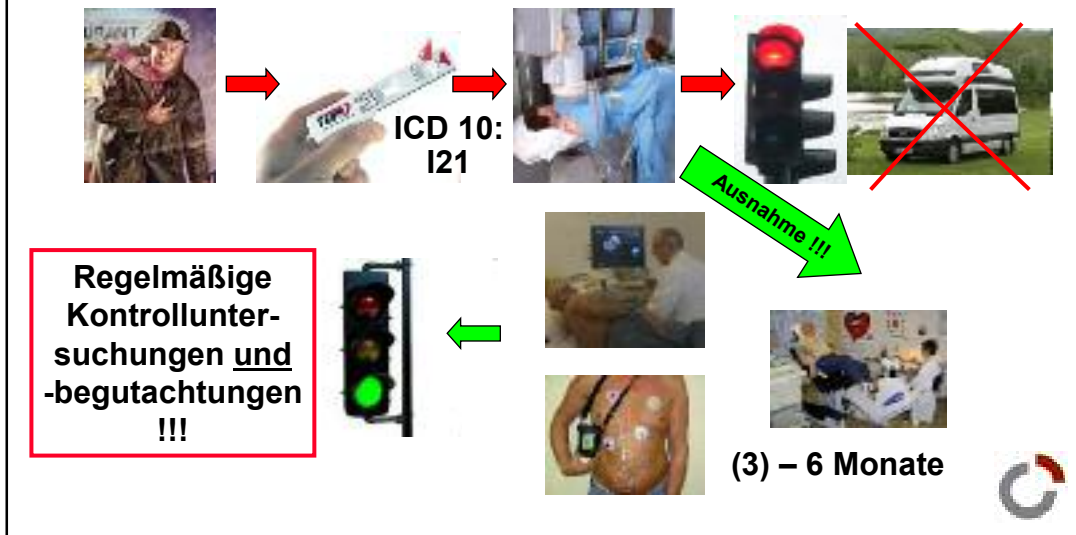
- für Klasse D (Kraftomnibus) 6 Monate
- Fahrgastbeförderung in Taxi oder Krankenwagen 6 Monate
- übrige Gruppe 2 (Kfz über 3,5t) 1 Jahr

Was (wer) tun, wenn der Patient nicht zur KU kommt?

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung (Stand 11/09)



Autofahren post 1. Infarkt: günstigster Verlauf Gr. 2 gemäß Begutachtungsleitlinien (bast)



Kardiologische Befunde und Einschätzungen gemäß ESC

European Heart Journal (1988) 9, 1165-1177
Article No. 10981120

Task Force Report

Driving and heart disease

Prepared on behalf of the Task Force by M. C. Petch



Introduction

This Task Force was proposed by the Board of the European Society of Cardiology in 1975. Dr M. C. Petch

vehicles, depending upon age and occupation, may spend an average of 260 h a year at the wheel. For professional or vocational drivers the figure is many times higher.



Kardiologische Befunde und Einschätzungen gemäß ESC

| | Gr. 1  | Gr. 2  |
|---|---|---|
| Myokardinfarkt ACB-Operation | ok: in der Regel nach 4 Wochen | ok: nach > 6 Wochen |
| PCI ohne MI | ok: in der Regel nach 1 Woche | ok: nach > 6 Wochen |

*Petch MC. Task Force Report: Driving and heart disease.
Eur Heart J 19: 1165-77 (1998)*



Kardiologische Befunde und Einschätzungen Positionspapier der DGK (2010)

Kardiologie 2010
DOI 10.1007/s12181-010-0088-6
© Deutsche Gesellschaft für Kardiologie -
Herz- und Kreislauferforschung e.V.
Published by Springer-Verlag
All rights reserved 2010

H.H. Klein¹ · A. Krämer² · B.W. Pieske³ · H.-J. Trappe⁴ · H. de Vries⁵
¹ Med. Klinik II, Schwerpunkt Kardiologie, Klinikum
 Idar-Oberstein GmbH, Idar-Oberstein
² Kardiologische Praxis Siegen, Siegen
³ Klinische Abteilung für Kardiologie, Medizinische Universitätsklinik Graz, Graz
⁴ Marienhospital Herne, Ruhr Universität Bochum, Herne
⁵ Landeslicht Bonn, Bonn

Fahreignung bei kardiovaskulären Erkrankungen

<http://leitlinien.dgk.org/>



Kardiologische Befunde und Einschätzungen

Positionspapier der DGK (2010)

Abschätzung der Schädigungswahrscheinlichkeit durch einen kardiovaskulär bedingten, plötzlichen Kontrollverlust am Steuer (Canadian Cardiovascular Society): = TD x V x SCI x Ac

TD = time spent behind the wheel

V = vehicle

SCI = sudden cardiac death incapacitation

Ac = accident risk



cut off 1 : 20 000

<http://leitlinien.dgk.org/>



Kardiologische Befunde und Einschätzungen

Positionspapier der DGK

| | Gr. 1 Privat  | Gr. 2 Beruf  |
|-----------------------|---|--|
| Myokardinfarkt | EF > 30 → 14 T. EF < 30 → 1 M. | EF > 50 → 3 M. EF 40-50 → 6 M. EF < 40 → niemehr |
| PCI | nach 24 Std. | Taxi wie Privatf. LKW/Bus 1 M. EF < 40 → niemehr |
| CABG | 2 - 4 Wo. | 2 - 3 Monate |



Kardiologische Befunde und Einschätzungen

Positionspapier der DGK

„5.6 Praktische Konsequenzen

Für den Arzt, der Empfehlungen zur Fahreignung abzugeben hat, gilt, dass die Fahrerlaubnisverordnung (FeV in Verbindung mit Begutachtungsleitlinie bast) Gesetzescharakter hat und prinzipiell zu befolgen ist.“



Kardiologische Befunde und Einschätzungen

Positionspapier der DGK

„Gibt man als Arzt hingegen Empfehlungen ab, die denen dieses Positionspapiers entsprechen, ist man aus aktueller wissenschaftlicher Sicht zwar auf sicherem Boden, in einem möglichen Rechtsstreit kann sich die Verkehrsbehörde allerdings auf den konservativen Boden der Begutachtungsleitlinie (bast) stellen. Dieser Konflikt kann dann letztlich nur vom Gericht geklärt werden.“



Kardiologische Befunde und Einschätzungen



„Die Begutachtungsleitlinien sind nicht ohne Widersprüche und sind durch die aktuellen Daten zur Pathophysiologie, Therapie und Prognose des akuten Koronarsyndroms nicht voll abgedeckt.“

1. Auflage 2007, S. 159



Gliederung: Fahreignung bei KHK

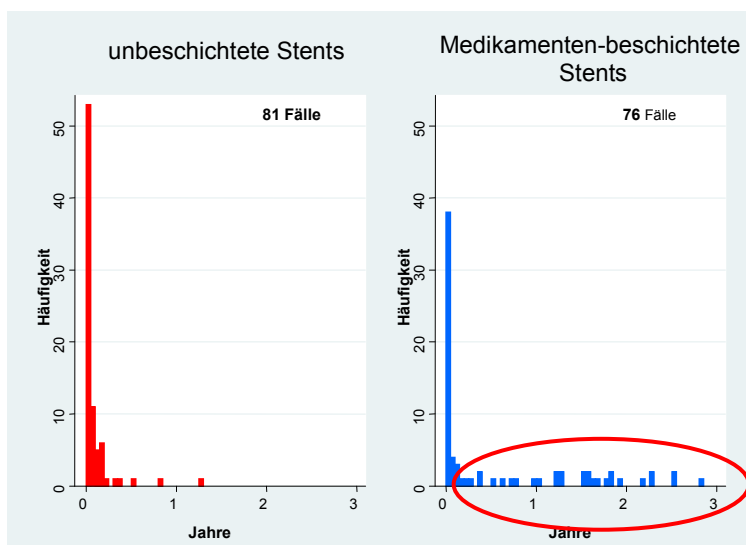
- ✓ **Begutachtungsleitlinie(n) (Gruppe 1 und 2)**
- **Koronarstents ?**
- **Haftungsfragen !**
- **Fazit**



Komplikationspotential von Koronarstents



Komplikationspotential von Koronarstents



Komplikationspotential von Koronarstents

Dänisches Register bestätigt duale Plättchenhemmung nach PCI

Erhöhtes Risiko beim DES erst nach dem Absetzen der Medikation

G Die in Österreich durchgeführten zweiten Metallfrei- und beschichteten Studien (Häufigkeit des Auftretens von Stentthrombosen). Diese Frage beschäftigt die Kardiologen seit Jahren und ist ein heiß diskutiertes Thema. Bei ACC in New Orleans wurde ein interessantes Ergebnis veröffentlicht: In den ersten zwölf Monaten nach einer koronaren Intervention mit einem beschichteten Stent (DES) ist das Risiko für ein Stentthrombosen (STT) nicht erhöht, sondern erst nach dem Absetzen der doppelten Plättchenhemmung (DPP) steigt es an. Dies ist ein wichtiger Hinweis auf die Notwendigkeit einer statischen, anhaltenden Untertherapie im gesamten Lebenszyklus der beschichteten Stents. In der Gruppe mit dem DES wurden in einem Zeitraum sechs Stentthrombosen registriert, während in der Gruppe mit Metallstents nur eine. Diese Ergebnisse sind „gewiss ein“ wichtiger Hinweis auf die Notwendigkeit einer statischen, anhaltenden Untertherapie im gesamten Lebenszyklus der beschichteten Stents. In der Gruppe mit dem DES wurden in einem Zeitraum sechs Stentthrombosen registriert, während in der Gruppe mit Metallstents nur eine. Diese Ergebnisse sind „gewiss ein“ wichtiger Hinweis auf die Notwendigkeit einer statischen, anhaltenden Untertherapie im gesamten Lebenszyklus der beschichteten Stents.

ACC New Orleans 2007

Cardio news 4/2007



Komplikationspotential von Koronarstents

Und was ist mit stents, insbesondere DES ???

Schwere Myokardinfarkte aufgrund von späten und sehr späten Stentthrombosen nach Implantation medikamentenbeschichteter Koronarstents

Severe myocardial infarction due to late and very late stent thrombosis after coronary artery stenting with drug-eluting stents

Aaltonen

B. Kivängren¹, E. Erdmann¹, M. Fleck¹

DMW 133: 2014-2017 (2008)

Fall 1: DES vor 9 Monaten, Doppelantiaggregation für 6 Monate,
Fall 2: DES vor 3 Jahren, Doppelantiaggregation für 18 Monate,
d.h. 10 Wochen bzw. 18 Monate nach Absetzen des Clopidogrels!



Komplikationspotential von Koronarstents

Ab wann und mit welcher Sicherheit kann gesagt werden, dass der BMS / DES soweit eingeeilt ist, dass die Doppelantiaggregation zurückgefahren werden kann und dass keine plötzliche Thrombose und damit kein plötzlicher Kreislaufzusammenbruch mehr droht?



Kardiologische Befunde und Einschätzungen

Positionspapier der DGK

Kardiology 2015
doi:10.1007/s00381-015-0800-0
© Springer Medizin Verlag Heidelberg
ISSN 0933-1433
Herz-Kreislauferkrankungen
www.springer.com

K. Müller, T. Götter, M. Frey, B. Lühmann, B. Götter
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Technische Universität München
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Klinik für Herz- und Lungenerkrankungen
Klinik für Herz- und Lungenerkrankungen
Klinik für Herz- und Lungenerkrankungen

**Fahreignung bei
kardiovaskulären
Erkrankungen**

„Nach PCI mit Stentimplantation kann es zu plötzlichen Stentthrombosen (mit der Gefahr einer plötzlichen Rhythmusstörung und konsekutiver Fahruntfähigkeit bei einem Teil der Patienten) kommen...

Nach den ersten 30 Tagen ist das Risiko für eine plötzliche Fahruntfähigkeit gering.“



Gliederung: Fahreignung bei KHK

- ✓ Begutachtungsleitlinie(n) (Gruppe 1 und 2)
- ✓ Koronarstents ?
- Haftungsfragen !
- Fazit



Unfall durch Herzinfarkt – wer haftet ?

Unfall durch Herzinfarkt – wer haftet?



Wenn ein Autofahrer wegen gesundheitlicher Einschränkungen einen Unfall verursacht, trägt die Kraftfahrzeugversicherung den Schaden – bis zu einer gewissen Grenze. In diesem Falle liegt zwar keine Verschuldenshaftung vor, erläutert Alois Schnitzer, Leiter der Peseestelle der Versicherung HUK-Coburg, aber eine so genannte Gefährdungshaftung. Sie tritt ein, wenn der Versicherte oder sein Fahrzeug selbst zu einer Gefahr für andere werden. Nur unter besonderen Umständen zahlt die Kfz-Versicherung nichts: Nämlich dann, wenn ein Unfall vorsätzlich herbeigeführt wurde. Selbst bei einem grob fahrlässigen Verhalten des Versicherten bleibe der Versicherungsschutz erhalten. Die Versicherung drängt ihre Versicherten nicht, besondere Auflagen in Hinsicht auf ihre Gesundheit zu erfüllen, betont Schnitzer. Es sei Sache der Behörden, festzustellen, ob Fahrtauglichkeit besteht oder nicht. Der Unterschied zwischen Gefährdungshaftung und Verschuldenshaftung kann für den Geschädigten finanziell Einiges ausmachen: Hat der Fahrer den Unfall verschuldet, so haftet seine Versicherung in unendlicher Höhe. Bei der Gefährdungshaftung werden Sachschäden nur bis zu einer Summe von 300 000 Euro erstattet.

Cardio News 11-12/2004



Unfall durch Herzinfarkt – wer haftet ?

„Wenn ein Autofahrer wegen gesundheitlicher Einschränkungen einen Unfall verursacht, ... liegt eine sogenannte Gefährdungshaftung vor. Sie tritt ein, wenn der Versicherte oder sein Fahrzeug selbst zu einer Gefahr für andere werden. In diesem Fall werden Sachschäden nur bis zu einer Summe von 300 TEUR erstattet.“

Cardio News 11-12/2004



Unfall durch Herzinfarkt – wer haftet ?

„Die Versicherung drängt ihre Versicherten nicht, besondere Auflagen in Hinsicht auf ihre Gesundheit zu erfüllen. Es ist Sache der Behörden, festzustellen, ob Fahrtauglichkeit besteht oder nicht.“

Cardio News 11-12/2004



Fahreignungsbeurteilung – Juristische Aspekte



Fahreignungsbeurteilung – Juristische Aspekte

Dr. S. Almer, München, ADAC-Kongreß Neu-Ulm 17.10.08

Wegen seiner Sorgfaltspflicht muß der Arzt auch mögliche Folgen einer Erkrankung und Behandlung auf die Verkehrssicherheit seines Patienten in Betracht ziehen.

- Die Fahreignungsbeurteilung ist somit integraler Bestandteil der ärztlichen Behandlung.
- Maßgeblich: Facharztstandard.



Fahreignungsbeurteilung – Juristische Aspekte

Dr. S. Almer, München, ADAC-Kongreß Neu-Ulm 17.10.08

Liegt ein irgendwie gearteter Fahreignungsmangel vor, besteht die zentrale Pflicht des Arztes in einer Sicherungsaufklärung.

Sicherungsaufklärung ≠ Eingriffsaufklärung !



Fahreignungsbeurteilung – Juristische Aspekte

Dr. S. Almer, München, ADAC-Kongreß Neu-Ulm 17.10.08

Umfang der Sicherungsaufklärung:

- Verhaltensmaßregeln, Hinweise, Anweisungen und Empfehlungen für ein verkehrsgerechtes Verhalten (Auto, Motorrad und Fahrrad !)
→ unaufgefordert !
- Aufklärung über Risiken der Verkehrsteilnahme, insbesondere Unfallgefahr (Eigen- und Fremdgefährdung).

weitere Einzelheiten zur Sicherungsaufklärung
→ www.kanzleiwendt.de



Fahreignungsbeurteilung – Juristische Aspekte

Dr. S. Almer, München, ADAC-Kongreß Neu-Ulm 17.10.08

Problem: uneinsichtiger Patient, d.h. Patient beachtet die Sicherungsaufklärung nicht und nimmt trotz Fahreignungsmangel am Straßenverkehr teil.

Rechtliche Konsequenz für den Patienten:

ggf. Strafbarkeit nach §§ 315c, 316 StgB

ggf. Entziehung der Fahrerlaubnis und Fahrverbot

Bei Unfall:

ggf. Schadensersatz und Schmerzensgeld

ggf. Strafbarkeit nach §§ 222, 223, 229 StgB

Pflichten des Arztes?



Fahreignungsbeurteilung – Juristische Aspekte

Dr. S. Almer, München, ADAC-Kongreß Neu-Ulm 17.10.08

BGH: „Dormicum-Fall“.

- **Es soll eine ambulante Gastroskopie durchgeführt werden, Sedierung mit Buscopan und Dormicum.**
- **Patient wird vor der Sedierung aufgeklärt, dass er nach dem Eingriff nicht Auto fahren darf. Patient erklärt, er werde mit dem Taxi nach Hause fahren.**

BGH, Urteil vom 08.04.2003, MedR 2003, 629



Fahreignungsbeurteilung – Juristische Aspekte

Dr. S. Almer, München, ADAC-Kongreß Neu-Ulm 17.10.08

BGH: „Dormicum-Fall“.

- **Da sein Kind erkrankt, kann ihn die Ehefrau nicht bringen, er kommt mit dem Auto (ohne dass er dem Arzt davon erzählt).**
- **Patient bleibt nach dem Eingriff etwa ½ Stunde im Untersuchungszimmer unter Aufsicht, danach bleibt er noch etwa 1 ½ Stunden in den Behandlungsräumen des Arztes.**

BGH, Urteil vom 08.04.2003, MedR 2003, 629



Fahreignungsbeurteilung – Juristische Aspekte

Dr. S. Almer, München, ADAC-Kongreß Neu-Ulm 17.10.08

BGH: „Dormicum-Fall“.

- **Ohne entlassen worden zu sein, entfernte sich der Patient unbemerkt aus dem Krankenhaus und fuhr mit seinem Pkw weg.**
- **Kurz darauf geriet er aus ungeklärter Ursache auf die Gegenfahrbahn, wo er mit einem Lastzug kollidierte und dabei tödliche Verletzungen erlitt.**

BGH, Urteil vom 08.04.2003, MedR 2003, 629



Fahreignungsbeurteilung – Juristische Aspekte

Dr. S. Almer, München, ADAC-Kongreß Neu-Ulm 17.10.08

BGH: „Dormicum-Fall“.

Ehefrau und Kinder des Patienten machen gegen den Arzt Schadensersatzansprüche geltend.

Wie entscheidet der BGH?

Was sind die Entscheidungsgründe?

BGH, Urteil vom 08.04.2003, MedR 2003, 629



Fahreignungsbeurteilung – Juristische Aspekte

Dr. S. Almer, München, ADAC-Kongreß Neu-Ulm 17.10.08

Urteil des BGH: „Dormicum-Fall“.

- **Der Klage wird stattgegeben.**
- **Der Arzt hätte sicherstellen müssen, dass der Patient das Krankenhaus nicht unbemerkt verlassen konnte und sich dadurch der Gefahr einer Selbstschädigung aussetzte.**
- **Der Arzt hat nicht nur Hinweis- und Belehrungspflichten, sondern auch Überwachungs-, Fürsorge- und Schutzpflichten!**

BGH, Urteil vom 08.04.2003, MedR 2003, 629



Sichtweise der Dtsch. Ges. Verkehrsmedizin

nicht als einer Krankheit gegenüber. Ge-
sunden zur das Tüchtigkeit an. Häufig sind
dabei auch Assistenten mit im Spiel

Arzt hat Aufklärungspflicht

„Das Problem ist in erster Linie die Kom-
plexität der Sache. Die meisten Ärzte sind
Medizinernachweise notwendig, letztlich
trogen aber heute il-



Prof. Dr. med.
R. Müller
Häufige sind sich
nicht darüber bewusst, dass bestimmte
Wahrscheinlichkeit ihrer hand-
lungsmündigen Klienten. In der Tat ist
verkehrsmedizinisches Wissen bei Nichtex-
perten relativ wenig verbreitet“ weiß Mü-

llert in irgendeiner Weise beeinträchtigen
kann – also beispielsweise auch für den In-
genieurwesen: Flucht mit ordentlichem
oder Inflation. Bei Bus- und LKW-Fahrern so-
wie allen, die Personen befördern, werden
hierbei weitaus strengere Maßstäbe ange-
legt als bei privaten Kraftfahrern.

Zivil- und strafrechtliche Konsequenzen

Auch nach einem Herzinfarkt ist der Pati-
ent wegen möglicher Rückfallrisiken
erwa nur halbes Jahr lang unfähig.
Das müsste ihm sein Arzt regelmäßig
weiß es oft aber selbst nicht. Bei allen an-
deren Erkrankungen, die zu einer unvor-
hersehbaren Bewusstlosigkeit führen könn-
ten, muss das Auto ebenfalls stehen blei-
ben. Bzw. bei einer Epilepsie. Epileptiker
müssen mindestens ein Jahr unfähig
sein, bevor sie wieder hinterm Steuer dür-
fen. Unkenntnis schützt hier nicht vor Stra-
fe. Der Arzt kann sowohl straf- als auch ziv-
lrechtlich belangt werden, wenn er sich

DMW 31: 2200-1 (2006)



Fahreignungsbeurteilung – Juristische Aspekte

Dr. S. Almer, München, ADAC-Kongress Neu-Ulm 17.10.08

Umfang der Schutzpflichten:

- Nicht zurechnungsfähiger Patient
- Zurechnungsfähiger Patient



Fahreignungsbeurteilung – Juristische Aspekte

Dr. S. Almer, München, ADAC-Kongreß Neu-Ulm 17.10.08

Umfang der Schutzpflichten beim nicht zurechnungsfähigen Patienten:

- **Arzt muss die gefährliche Fahrt durch geeignete, zumutbare Maßnahmen verhindern.**
- **Warnungen und ärztliches Fahrverbot wiederholen.**
- **Ggf. Autoschlüssel abnehmen.**
- **Ggf. Parkschanke nicht öffnen.**
- **Ultima ratio: Polizei verständigen.**



Fahreignungsbeurteilung – Juristische Aspekte

Dr. S. Almer, München, ADAC-Kongreß Neu-Ulm 17.10.08

Umfang der Schutzpflichten beim zurechnungsfähigen Patienten:

- **Warnungen und ärztliches Fahrverbot wiederholen.**
- **Dieser über die Risiken aufgeklärte Patient ist allein für sein Handeln verantwortlich.**
- **Keine Pflicht die Polizei zu verständigen (ärztliche Schweigepflicht), ggf. aber hierzu berechtigt (rechtfertigender Notstand, § 34 StGB).**



Fahreignungsbeurteilung – Juristische Aspekte

Dr. S. Almer, München, ADAC-Kongreß Neu-Ulm 17.10.08

Cave:

**Auf eine sorgfältige Dokumentation der
Sicherungsaufklärung und der getroffenen
Schutzmaßnahmen achten (Stempel reicht nicht).**



Situation in Hessen

Verkehrsamt für die Fahrerlaubnis der BKL
KLAUS WITTEBORN

Medizinisch-Psychologische Werkstatt (MPW)
TUV Hessen
Löhrenberg Hessen-Darm
Eichengraben Landstr. 4/100
69426 Frankfurt
Telefon: (069) 608514-45/8
Telefax: (069) 878821-21
E-Mail: hessen@klausuramt.hessen.de

Herrn Prof. Dr. Thomas Weidt
Rehabilitationsklinik Weidmann
Zandernstraße 28 - 32
91221 Bad Nauheim

Frankfurt, den 2. November 2004
MP-412/04

Die Hälfte des Antrags ruht um die kraftfähigen Patienten.

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Weidt,
der Bundesgerichtshof hat die Ärzte aktuell vor eine große Herausforderung gestellt, die sie sich im Interesse ihrer Patienten und im eigenen haftungsschützlichen Interesse stellen müssen.
Mit Urteil vom 04.2003 heißt es u.a.:



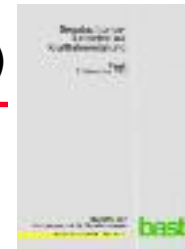
Gliederung: Fahreignung bei KHK

- ✓ Begutachtungsleitlinie(n) (Gruppe 1 und 2)
- ✓ Koronarstents ?
- ✓ Haftungsfragen !
- Fazit



Fahrtauglichkeitsbeurteilung – Fazit (1)

Die für D gültigen sozialmedizinischen Aussagen zur Fahreignung bei KHK:




1. haben Gesetzescharakter,
2. sind unvollständig (z.B. NSTEMI = STEMI, stents),
3. entsprechen nicht mehr den aktuellen kardiologischen Erkenntnissen (→ LL DGK 2010),
4. benachteiligen die hiesigen Berufskraftfahrer im europäischen Vergleich,



Fahrtauglichkeitsbeurteilung – Fazit (2)

Die für D gültigen sozialmedizinischen Aussagen zur Fahreignung bei KHK:



5. sollten dennoch allen Ärzten geläufig sein, da im jeweiligen Fachgebiet eine *diesbezügliche* Aufklärungs- und Dokumentationspflicht besteht !
6. sind offensichtlich jedoch nur Sozialmedizinern, Haftpflichtversicherern und Juristen bekannt,
7. müssen dringend angepaßt werden (Umsetzung der Vorschläge der bast-Arbeitsgruppe → DGPR, DRV?) 

Verkehrsmedizin in der Rehabilitation

38. Jahrestagung der DGPR, Berlin, 03. Juni 2011



Der Patient mit koronarer Herzkrankheit.



www.prof-wendt.de