

Aufklärung – Beratung – Dokumentation der Fahrsicherheit am Beispiel der Depressiven Störung.....	2
Die Kasuistiken .....	2
1. Fall.....	2
2. Fall.....	3
Fragestellungen .....	3
A. Verkehrsmedizin im Praxisalltag.....	3
Vorbemerkung.....	3
Verkehrsmedizinische Aspekte zu depressiven Störungen nach Maßgabe der Begutachtungs-	
Leitlinien zur Kraftfahrereignung.....	4
Kasuistik.....	6
B. Ärztliche Aufklärung – Beratung – Dokumentation – StreetReadyTool® .....	7
Die Bedeutung von Krankheiten für die Fahrsicherheit.....	7
Mobilität und Prüfungspflicht .....	8
Konsequenzen im Verkehrsschadenfall .....	9
C. Professionelles Praxis- und Klinikmanagement bei Aufklärung, Beratung und Dokumentation	
der Fahrsicherheit .....	11
Aufklärung, Bewertung und Beratung fahrsicherheitsrelevanter Erkrankungen .....	12
Allgemeine Problematik .....	12
Wie hat die Aufklärung zu erfolgen? .....	14
Besteht eine Meldepflicht? .....	14
Dokumentation der Aufklärung.....	15
Dokumentationspflicht .....	15
Allgemeines.....	15
Dokumentation der Aufklärung und Beratung zur „Fahrsicherheit“ .....	16
Art und Umfang der Dokumentation.....	16
Street Ready Tool .....	17
D. Rechtsprechung .....	19
1. Fall nach Verwaltungsgericht München (Beschl. v. 11.02.2011, Az.: M 6a K 10.1384) .....	19
Entscheidung des Gerichts: .....	20
2. Fall nach Bayerischer VGH München (Beschl. v. 26.10.2010 Az.: 11 ZB 10.94) .....	21
Entscheidung des Gerichts: .....	22
3. Fall nach VG München (Urteil vom 17.08.2010, Az.: M 1 K 10.3218) .....	23
Entscheidung des Gerichts: .....	24
4. Fall nach Bundesgerichtshof (Urteil vom 8.4.2003, Az. VI ZR 265/02) .....	25
Entscheidung des BGH: .....	26
5. Fall nach Oberlandesgericht Oldenburg (MDR 2011, 294) .....	26
Entscheidung des Gerichts: .....	26

# Aufklärung – Beratung – Dokumentation der Fahrsicherheit am Beispiel der Depressiven Störung

Jürgen Peitz<sup>1</sup>, Hannelore Hoffmann-Born<sup>2</sup>

Das Thema Fahrsicherheit im Zusammenspiel zwischen Selbstverantwortung des Patienten und Haftung des Arztes ist hoch brisant. Eine fehlende oder fehlerhafte Bewertung einer Erkrankung oder eine fehlerhafte Reaktion auf eine für die Teilnahme am Straßenverkehr risikobehaftete Symptomatologie stellen erhebliche Risiken im Straßenverkehr dar.

Die Ärzteschaft ist mehr denn je gefordert, die Erkrankungen ihrer Patienten nicht nur mit ihrem spezifischen – ständig zu aktualisierenden – medizinischen Fachwissen, sondern auch mit Blick auf die verkehrsmedizinische Relevanz einzuordnen und im Rahmen ihrer therapeutischen Aufklärungspflicht kompetent und adäquat in jedem Einzelfall zu handeln. Dies ist schwer genug, zumal auch die demografische Entwicklung der Bevölkerung neue Probleme mit sich bringt und damit neue und schwierige Aufgaben stellt: Der ältere Verkehrsteilnehmer ist einerseits erfahren, andererseits aber auch altersbedingt und krankheitsbedingt gehandicapt.

Die Autoren stellen in diesem Beitrag spezifische Probleme des Krankheitsbildes der Depression vor, insbesondere vor dem Hintergrund der für die Verkehrssicherheit relevanten Symptomatologien, Risiko- und Verlaufsformen und unter Betrachtung der Compliance des Patienten. Es wird aufgezeigt, welche haftungsrechtlichen Implikationen bestehen und wie eine zureichende Dokumentation für eine Absicherung sowohl des Arztes als auch des Patienten aussehen können.

## Die Kasuistiken

### 1. Fall

Der 35-jährige Buchhändlerin Frau Gisela F. stellt sich einem Psychiater vor, dem sie von einer längeren Partnerschaftskonfliktsituation berichtet, wobei sie seit 4 Monaten zunehmend an massiven Schlafstörungen, heftigen Weinanfällen und schwerer Antriebslosigkeit und Konzentrationsstörungen leide, was zu Problemen am Arbeitsplatz geführt habe. Ihr Hausarzt habe ihr schon mal ein Medikament (Mirtazapin) verschrieben, das sie wegen starker Nebenwirkungen (sie sei wie betäubt gewesen) nach 3 Tagen wieder abgesetzt habe. Aktuell könne sie kaum einschlafen und gehe erst morgens zu Bett. Auf gezieltes Befragen räumt sie ein, zunehmend Gedanken ans „Schluss machen“ zu haben, sie könne nicht mit dem Gedanken leben, dass ihr Partner sie über Jahre hintergangen habe. Eine stationäre Behandlung wird von Frau F. abgelehnt.

---

<sup>1</sup> Rechtsanwalt mit Schwerpunkt Arzt- und Medizinrecht, Versicherungsrecht, Bielefeld

<sup>2</sup> Dr. med., Leitende Ärztin Bereich Life Service, TÜV Technische Überwachung Hessen GmbH, Frankfurt am Main

## 2. Fall

Der 56-jährige Busfahrer Herr Ewald H. sucht nach einem längeren stationären Aufenthalt wegen eines Suizidversuchs durch Pulsaderschnitt bei der Diagnose einer schweren depressiven Episode einen Psychiater auf. Unter der Behandlung mit Antidepressiva, aktuell SSRI (Paroxetin), ist eine weitgehende Remission eingetreten. Herr H. fühlt sich stimmungsmäßig wieder ausgeglichen und möchte wieder in seinem Beruf arbeiten. Sein Arbeitgeber weiß nichts von seiner Diagnose. Wesentliche psychopathologische Auffälligkeiten bestehen nicht, sieht man von einer geringen psychomotorischen Verlangsamung ab. Im Arztbrief aus der Klinik wird auf eine vorausgegangene schwere depressive Episode 2003 verwiesen, die mit Wahngedanken – vorwiegend Verarmungsideen – einhergegangen war.

## Fragestellungen

### A. Verkehrsmedizin im Praxisalltag

1. Wie ist das Vorgehen aus verkehrsmedizinischer Sicht bei Frau F.
2. Besteht bei Herrn H. eine hinreichende Fahrsicherheit als Busfahrer ?

### B. Aufklärung, Beratung und Dokumentation

1. Wie sind die Patienten aufzuklären und zu beraten?
2. Besteht bei Herrn H. eine Meldepflicht an Arbeitgeber und/oder Straßenverkehrsamt?
3. Wie kann die Aufklärung und Beratung professionell dokumentiert werden?

## A. Verkehrsmedizin im Praxisalltag

### Vorbemerkung

Verkehrsmedizinische Fragestellungen sind im Praxis- und Klinikalltag immanent und nicht nur dann relevant, falls der Patient ausdrücklich Fragen nach der Fahrsicherheit stellt oder wenn Unbedenklichkeitsbescheinigungen erbeten werden. Viele neurologisch/psychiatrische aber auch internistische Erkrankungen können die Fahrsicherheit beeinträchtigen. Sie setzen zur sachgerechten Beratung der Patienten hinreichende **Kenntnisse der Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung** voraus.

Psychiater, Neurologen, Allgemeinmediziner und Hausärzte sind somit notwendigerweise immer wieder mit verkehrsmedizinischen Aspekten ihres ärztlichen Handelns konfrontiert, so auch bei der Behandlung ihrer Patienten mit depressiven Störungen.

Besondere verkehrsmedizinische Kompetenz wird allen Ärzten schon wegen der demografischen Entwicklung abverlangt, die sie zunehmend mit älteren und multimorbiden Patienten konfrontiert. Hier spielen naturgemäß auch dementive Erkrankungen eine besondere Rolle.

Zu den risikoreichen und damit verkehrsrelevanten psychiatrischen Erkrankungen gehören weiterhin schizophrene und affektive Psychosen, wobei bei den depressiven Störungen – allein schon wegen ihres häufigen Auftretens – die Notwendigkeit der sachgerechten Aufklärung zur Fahrsicherheit bei oft fehlender oder unzureichender Behandlung und begleitenden kognitiven Störungen auf der Hand liegt. Auf die besondere Gefährdung der Fahrsicherheit durch manische und bipolare Störungen sei an dieser Stelle verwiesen (eingehend dazu Peitz/Hoffmann-Born, *Arzthaftung bei problematischer Fahreignung*, 2008 sowie Peitz/Hoffmann-Born, *StreetReadyTool*<sup>®</sup>, 1. Auflage 2011 Schattauer Verlag, Stuttgart).

Die Aufklärung aller psychiatrisch verkehrsrelevant erkrankter Patienten hat sich nach den Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung zu richten.

Für die richtige und sachgerechte Beratung aller Patienten ist stets auch die Kenntnis der Fahrerlaubnisklasse (s. Kasuistik) unabdingbar, da für nahezu alle Erkrankungen für LKW- oder Bus- oder Taxifahrer höhere Anforderungen und strengere Bewertungsmaßstäbe gelten als für Privatfahrer. So unterscheiden die Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung – nach Anlage 4 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) – zwei Gruppen von Fahrerlaubnisinhabern und -bewerbern:

- **Gruppe 1:** Führer von Fahrzeugen der Klassen A, A1, B, BE, M, S, L und T.
- **Gruppe 2:** Führer von Fahrzeugen der Klassen C, C1, CE, C1 E, D, D1, DE, D1E und Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung.

## Verkehrsmedizinische Aspekte zu depressiven Störungen nach Maßgabe der Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung

Depressive Störungen sind insbesondere bei sehr schweren Verlaufsformen wegen ihrer psychopathologischen Störungen (Ausprägung der depressiven Symptomatik, ggf. einhergehend mit Hemmung des Denkens und der Psychomotorik, depressiven Wahngedanken, Suizidalität), der begleitenden kognitiven Leistungseinbußen und/oder wegen der Auswirkung der Psychopharmakotherapie nachteilig relevant für die Verkehrssicherheit.

Bei schweren Krankheitsbildern ist daher die Fahrsicherheit nicht gegeben. Dies gilt insbesondere für Depressionen, die mit wahnhaften oder depressiv stuporösen Symptomen einhergehen sowie bei akuter Suizidalität.

Der maßgebliche Leitsatz aus den Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung lautet:

*„Bei jeder sehr schweren Depression, die z. B. mit depressiv-wahnhaften, depressiv-stuporösen Symptomen oder mit akuter Suizidalität einhergeht, sind die für das Kraftfahren notwendigen psychischen Fähigkeiten so erheblich herabgesetzt, dass ein ernsthaftes Risiko des verkehrswidrigen Verhaltens besteht.“*

Die Bewertung der Fahrsicherheit beschränkt sich aber nicht nur auf die Statusfeststellung sondern auch auf die Verlaufsbeobachtung: So kann nach Abklingen der schweren depressiven Symptomatik die Fahrsicherheit bedingt gegeben sein.

Eine bedingte Fahrsicherheit (unter der Maßgabe regelmäßiger Kontrollen und ggf. unter Psychopharmakatherapie zur Rückfallprophylaxe) kann jedoch nur dann wieder angenommen werden, wenn prognostisch davon ausgegangen werden kann, dass kein Rezidiv einer sehr schweren Depression mehr auftreten wird.

Die Abschätzung des Rezidivrisikos kann im Einzelfall und insbesondere nach einer ersten Krankheitsepisode – sofern eine solche quantitative Festlegung nach Maßgabe der Angaben des Patienten zuverlässig überhaupt möglich ist – schwierig sein. Für die Bewertung spielen auch Aspekte der Ansprechbarkeit auf die pharmakologischen und ggf. auf die psychotherapeutischen Maßnahmen eine wichtige Rolle.

Für Fahrer der Gruppe 1 muss zwar keine Vollremission nachgewiesen werden. Jedoch hat die Verlaufseinschätzung (z.B. durch die Auswirkungen der medikamentösen Therapie und Persönlichkeitsfaktoren des Patienten) einen besonderen Stellenwert. Dabei sind fahrsicherheitsrelevante Nebenwirkungen der Psychopharmakatherapie zu berücksichtigen. Gegebenenfalls muss eine Abklärung der psycho-physischen Leistungsfähigkeit erfolgen.

Bei Inhabern von Fahrerlaubnissen der Gruppe 2 ist die Fahrsicherheit allerdings nur dann gegeben, wenn die Depression voll abgeklungen ist und kein Rezidivrisiko besteht. Nach mehreren schweren depressiven Phasen ist in der Regel nicht mehr von einem angepassten Verhalten bei der Teilnahme am Straßenverkehr mit einem Kraftfahrzeug auszugehen.

Für Führerscheininhaber der Gruppe 1 ist nach mehreren sehr schweren Depressionen die Fahrsicherheit dann nicht gegeben, auch wenn aktuell eine Remission eingetreten ist und zwar in den Fällen in denen der weitere Verlauf nicht absehbar ist, insbesondere dann, wenn keine Phasenprophylaxe erfolgt. Dies gilt besonders für Patienten mit erheblicher Rezidivneigung und Tendenz zur Intervallverkürzung.

Der maßgebliche Leitsatz aus den Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung lautet:

*„Wenn mehrere sehr schwere depressive Phasen mit kurzen Intervallen eingetreten waren und deshalb der weitere Verlauf nicht absehbar ist (besonders wenn keine Phasenprophylaxe erfolgt), ist nicht von einem angepassten Verhalten bei der Teilnahme am Straßenverkehr mit einem Kraftfahrzeug auszugehen, auch wenn zurzeit keine Störungen nachweisbar sind.“*

Bei Patienten mit depressiven Störungen im höheren Lebensalter ist neben einer verzögerten Remission die häufiger bestehende Komorbidität in den Beratungsprozess mit einzubeziehen.

Nach Symptombesserung – besonders nach einer ersten schweren depressiven Episode – ist die Abschätzung der Fahrsicherheit problematisch. Denn hier ist insbesondere dann der Verlauf schwer absehbar, wenn Erfolg der Pharmakotherapie und die Compliance nicht hinreichend sicher

eingeschätzt werden können. Im Hinblick auf die Beratung ist auch auf das Rezidivrisiko nach Absetzen der Medikamente hinzuweisen.

Der maßgebliche Leitsatz aus den Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung lautet:

*"Wenn die relevanten Symptome einer sehr schweren Depression nicht mehr vorhanden sind und - gegebenenfalls unter regelmäßig kontrollierter medikamentöser Prävention - mit ihrem Auftreten nicht mehr gerechnet werden muss, ist in der Regel von einem angepassten Verhalten bei Teilnahme am Straßenverkehr mit einem Kraftfahrzeug auszugehen. Auswirkungen der antidepressiven Pharmakotherapie sind zu berücksichtigen, insbesondere in den ersten Tagen nach rascher Dosissteigerung"*

Auch **komorbide Störungen** wie beispielsweise Substanzmissbrauch (Alkohol und Medikamente), kardiovaskuläre Erkrankungen, Angst-/Panikstörungen sind bei depressiven Patienten in die Gesamtbewertung der Fahrsicherheit einzubeziehen.

Zur Bewertung der Fahrsicherheit depressiver Patienten sind gleichfalls die Wirkungen und insbesondere die Nebenwirkungen der **Antidepressiva** zu beachten. Patienten mit Therapieresistenz oder solche, die die Medikation nicht akzeptieren, stellen ein besonderes Problem in der Fahrsicherheitsberatung dar. Besonders kritisch sind Komedikationen mit sedierenden Präparaten, wie z.B. Hypnotika oder Benzodiazepinen, einzustufen. Dabei sind die älteren Antidepressiva wegen ihrer sedierenden Nebenwirkungen eher kritisch einzuschätzen. Im Zweifelsfall ist eine Überprüfung der psychophysischen Leistungsfähigkeit angezeigt. Dies gilt umso mehr bei notwendiger Mehrfachmedikation.

Schließlich spielt für die Einschätzung des individuellen Verkehrsrisikos auch die Persönlichkeit des Kranken eine wichtige Rolle. So wird es in Grenzfällen eher möglich sein, bei Patienten mit guter Selbstwahrnehmung, Compliance und Kompensationsbereitschaft Fahrsicherheit anzunehmen.

## Kasuistik

Wie sind nun die Fragen A 1 und A 2 zu den vorangestellten Kasuistiken zu beantworten?

1. **Frau F.** leidet als Inhaberin einer Fahrerlaubnis der Gruppe 1 an einer schweren Depression mit latenter Suizidalität. Schon deshalb ist sie nach den Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung als nicht fahrsicher einzustufen. Darüber hinaus ergeben sich aus den geschilderten Symptomen und aus dem psychopathologischen Befundbild konkrete Anhaltspunkte für die Annahme mangelnder Fahrsicherheit. Besonders fallen die kognitiven Leistungseinbußen, die geschilderten Konzentrationsproblemen sowie zusätzlich die Folgen des Schlafmangels ins Gewicht. Es ist zusammenfassend davon auszugehen, dass die psychophysische Leistungsfähigkeit krankheitsbedingt in einem solchen Maße reduziert ist, dass eine sichere Verkehrsteilnahme nicht gewährleistet ist. Frau F. ist also dahingehend zu beraten, dass bis zur Stabilisierung des Krankheitsbildes die Fahrsicherheit nicht gegeben ist.
2. **Herr H.** ist als Busfahrer Inhaber einer Fahrerlaubnis der Gruppe 2 als nicht fahrsicher einzustufen. Dies gilt nicht für die Fahrerlaubnis der Gruppe 1 (Einzelheiten zur differenzierten Bewertung der

## **B. Ärztliche Aufklärung – Beratung – Dokumentation – StreetReadyTool®**

### **Die Bedeutung von Krankheiten für die Fahrsicherheit**

Dass Erkrankungen ein hohes Risikopotenzial für eine mindestens mitwirkende Verursachung von Unfällen beinhalten, ist unstrittig, wengleich dieses Risiko allein mithilfe statistischer Parameter schwierig einschätzbar ist. Bei Lichte betrachtet erweisen sich die gesetzlichen Regelungen zur Gewährleistung der Verkehrssicherheit auf den Straßen nur scheinbar als ausreichend.

Im Rahmen der Erteilung der Erlaubnis findet bekanntlich neben einem Sehtest keine besondere Überprüfung statt, es sei denn, dass im Rahmen der Wiedererteilung oder Verlängerung (Gruppe 2) oder ein sonst Anlass bezogener Grund vorliegt:

*„Geeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen ist, wer die notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllt und nicht erheblich oder nicht wiederholt gegen verkehrsrechtliche Vorschriften oder gegen Strafgesetze verstoßen hat. Ist der Bewerber auf Grund körperlicher oder geistiger Mängel nur bedingt zum Führen von Kraftfahrzeugen geeignet, so erteilt die Fahrerlaubnisbehörde die Fahrerlaubnis mit Beschränkungen oder unter Auflagen, wenn dadurch das sichere Führen von Kraftfahrzeugen gewährleistet ist. ...“ (§ 2 Abs. 4 FeV).*

Ist der Bewerber erst einmal im Besitze einer Fahrerlaubnis, stellen die rechtlichen Rahmenbedingungen im Wesentlichen auf die Selbstverantwortung der Fahrerlaubnisinhaber ab. Sofern danach die Gesamtleistungsfähigkeit des Führers eines Kraftfahrzeugs z.B. wegen geistig-seelischer oder körperlicher Leistungsausfälle oder wegen Enthemmung in einem Maße herabgesetzt ist, dass er nicht mehr fähig ist, ein Fahrzeug im Straßenverkehr sicher zu führen, ist eine Fahrsicherheit nicht mehr gegeben:

*„Wer sich infolge körperlicher oder geistiger Mängel nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn Vorsorge getroffen ist, dass er andere nicht gefährdet.“ (§ 2 Abs. 1 FeV).*

Der Fahrerlaubnisinhaber ist indes nicht zur Selbstanzeige oder – unbeschadet einer Anlass bezogenen behördlichen Anordnung – auch nur zur Durchführung einer Untersuchung seiner Leistungsfähigkeit verpflichtet.

Die Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) in der maßgeblichen Anlage 4 zu § 11 FeV enthält auch ausdrücklich keine abschließende Auswahl der für die Fahrsicherheit relevanten Krankheitsbilder. Dazu heißt es in der Vorbemerkung zu Anlage 4 FeV:

*„Die nachstehende Aufstellung enthält häufiger vorkommende Erkrankungen und Mängel, die die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen längere Zeit beeinträchtigen oder aufheben können. Nicht*

*aufgenommen sind Erkrankungen, die seltener vorkommen oder nur kurzzeitig andauern (z. B. grippale Infekte, akute infektiöse Magen-/Darmstörungen, Migräne, Heuschnupfen, Asthma).“*

Deshalb sind die **Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung**, die ihre Grundlage in der Fahrerlaubnis-Verordnung und der Zweiten Führerscheinrichtlinie der EG haben, als Hilfestellung bei der Eignungsbegutachtung von Kraftfahrern auf medizinischem und auf psychologischem Gebiet zwingend heranzuziehen und füllen letztlich die Fahrerlaubnis-Verordnung und die dort genannten Erkrankungen fachlich aus (verfügbar als Kommentar „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung“, Hrsg. Schubert, Schneider, Eisenmenger, Stephan, 2. Aufl. 2005, Kirschbaum Verlag, Bonn).

Trotz dieser rechtlichen Rahmenbedingungen der Fahrsicherheit ist die Dunkelziffer der Ursächlichkeit von Krankheiten für Unfälle im Straßenverkehr wie jene für Alkohol-, Drogen-, und auch Medikamenteneinfluss groß.

## Mobilität und Prüfungspflicht

Der Verkehrsteilnehmer hat zunächst 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 Fahrerlaubnis-Verordnung (§ 10 Mindestalter, § 11 Eignung, § 13 Alkoholproblematik, § 14 Betäubungs- und Arzneimittel, § 48 Fahrgastbeförderung und in Verbindung mit den Anlagen 4 und 5 zur FeV).

## 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.

### ► 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**).

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**).

► **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, gleichwertig 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 Erkrankungen 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 8.4.2003, Az. VI ZR 265/02, NJW 2003, 2309; Dt. Ärzteblatt 2004, 598**) potenziell 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.

## **C. 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 verantwortet handeln muss, ein hohes Maß an persönlicher Sicherheit verschafft.

### **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.

#### **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 **Lokalanästhesie** oder gar **Kurznaarkose** 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 Behandlungsverlaufs stehen. Denn der Patient, der sich in die Obhut des Arztes begibt 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 potenzieller 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 Durchführung der 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 Risikogeneigtheit, 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.E. 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 Sicherungsberatung 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 15.3.2005, 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.

### **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.

## **Besteht eine Meldepflicht?**

In Deutschland besteht keine Meldepflicht. Vielmehr hat sich der Arzt grundsätzlich an seine Schweigepflicht zu halten. Diese Rechtslage gilt sowohl für die Information des Straßenverkehrsamtes, als auch für die Information des Arbeitgebers bei Berufskraftfahrern.

Selbstverständlich besteht aber die Möglichkeit, dass der Patient den Arzt von seiner Verschwiegenheitsverpflichtung befreit. Tendenziell sollte der Arzt im vertrauensvollen Gespräch mit seinem Patient diese Möglichkeit erfragen. Keinesfalls darf der Arzt ohne Einwilligung den Arbeitgeber einbeziehen.

Eine Ausnahme besteht dann, wenn der Arzt eine drohende Gefahr für Leib und Leben des Patienten annehmen muss. Da die Abgrenzung stets eine differenzierte Auseinandersetzung und Abwägung mit verkehrsmedizinischen und rechtlichen Fragestellungen im Einzelfall erfordert, sollte von einer Meldung nur mit besonderer Zurückhaltung Gebrauch gemacht werden. Die Kenntnis der verkehrsmedizinischen Grundlagen ist unabdingbar. Eine vorherige Beratung durch einen spezialisierten Rechtsanwalt wird empfohlen.

## **Dokumentation der Aufklärung**

### **Dokumentationspflicht**

#### **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.“*

Mi 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.

### **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 verkehrs- medizinischen 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 nicht-ärztliches 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 zutreffend 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 besonderen –

höheren – Anforderungen an Belastbarkeit, Orientierungsleistung, Konzentrationsleistung, Aufmerksamkeitsleistung und Reaktionsfähigkeit erfüllen müssen.

## Art und Umfang der Dokumentation

Zu dokumentieren ist schriftlich, eindeutig, umfassend, ereignisnah, sowie einsehbar, 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. 24.06.2010 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.

## 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).

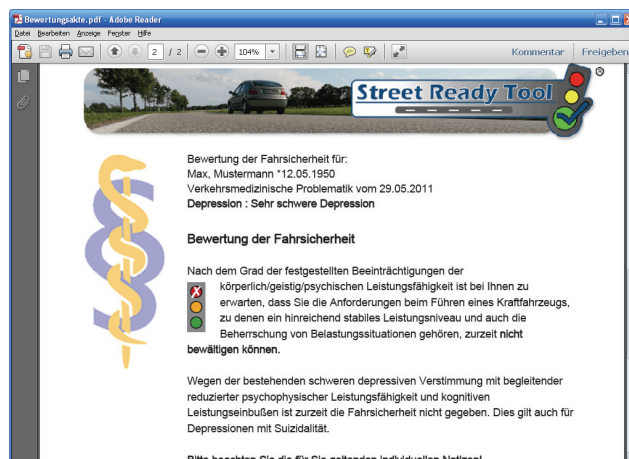
Mit geeigneter Software (z. B. Peitz/Hoffmann-Born **StreetReadyTool<sup>®</sup>, 1. Auflage 2011 Schattauer Verlag, Stuttgart**) ist die Aufklärung und Beratung lege artis auf der Grundlage der Fahrerlaubnisverordnung und der Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung gewährleistet. Der Arzt findet 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:



(Peitz/Hoffmann-Born, StreetReadyTool<sup>®</sup>, 2011 ©Schattauer Verlag Stuttgart)

Wichtig erscheint die Professionalisierung der Aufklärung und des Wissens und des spezifischen Umgangs auch des Patienten mit den Einschränkungen seiner Fahrsicherheit.

Der Arzt kann mithilfe des **StreetReadyTool<sup>®</sup>** 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**<sup>®</sup> 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.

## **D. Rechtsprechung**

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

### **1. Fall nach Verwaltungsgericht München (Beschl. v. 11.02.2011, Az.: M 6a K 10.1384)**

Die Klägerin war wegen Depressionen in Behandlung, hatte Schlaftabletten eingenommen und war um 17.30 Uhr mit ihrem Pkw zu ihrer Mutter nach A. gefahren, dort aber nicht angekommen. Um 22.45 Uhr konnten Polizeibeamte das von der Klägerin gesteuerte, trotz schlechter Fahrbahnbeschaffenheit mit relativ hoher Geschwindigkeit fahrende Fahrzeug anhalten. Auf wiederholte Nachfragen räumte die Klägerin schließlich ein, sie nehme wegen Depressionen seit zwei Wochen Antidepressiva ein, habe gegenwärtig etwa 4 Schlaftabletten eingenommen und wolle sich mit einem mitgeführten Bergsteigerseil aufhängen. Die chemisch-toxikologische Untersuchung der daraufhin angeordneten Blutentnahme belegte die vorangegangene Aufnahme eines flurazepamhaltigen Beruhigungsmittels. Die festgestellte Konzentration von Desalkylflurazepam (0,02 mg/L) lag laut dem toxikologischen Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin der Universität A. „im wirksamen Bereich“ und war „geeignet, die Fahrtüchtigkeit zu beeinträchtigen“.

In der Folgezeit wurde die Klägerin laut Informationen in der psychiatrischen Klinik behandelt und die Fahrerlaubnisbehörde informiert, die dem Kläger die Fahrerlaubnis entzog. In dem hiergegen gerichteten Klageverfahren wurde ein nervenärztliches Gutachten erstellt. Darin ist ausgeführt, dass bei der Begutachtung der Klägerin eine „situativ bedingte vermehrte Ängstlichkeit und psychomotorische Grundanspannung“ aufgefallen sei. Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Stimmung oder eine die Fahreignung einschränkende schwere depressive Erkrankung bestünden aber nicht. Der zwischenzeitliche Krankheitsverlauf mache

auch ein Wiederauftreten der Erkrankung unwahrscheinlich. Weiterhin wurde ausgeführt, dass der neurologische Befund regelrecht ausgefallen sei und keine Hinweise auf Störungen der Motorik oder Sensibilität bestünden. Auffällig seien allerdings „unterdurchschnittliche Ergebnisse im Rahmen der Leistungsdiagnostik“ gewesen. Unter Berücksichtigung der anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunde im kognitiven Bereich und der bei der Fahrprobe in der Vergangenheit festgestellten Leistungsdefizite müssten bei der Klägerin im Vergleich zur Altersgruppe der 40- bis 60- bzw. 51- bis 60-Jährigen „kognitive Defizite festgestellt werden, die Zweifel an der Fahreignung der Klägerin aufkommen lassen“. Diese kognitiven Defizite könnten prinzipiell durch Fahrerfahrung bzw. eine umsichtige Fahrweise kompensiert werden. Es sei aber unklar, inwieweit die Klägerin ihren Fahrstil ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit anpasst. Insofern werde die Durchführung einer Fahrprobe für „unerlässlich“ gehalten, um eine abschließende Aussage zur Fahreignung treffen zu können.

### **Entscheidung des Gerichts:**

Das Gericht hat auf die Klage die Entziehung der Fahrerlaubnis aufgehoben! Die Entscheidung zeigt instruktiv, dass im Einzelfall eine präzise gutachterliche Auseinandersetzung und Begründung erforderlich und eine schematisch-formalisierte Betrachtung unzulässig ist:

1. Nach § 3 Abs. 1 Satz 1 StVG und § 46 Abs. 1 Satz 1 der Fahrerlaubnisverordnung -FeV- hat die Fahrerlaubnisbehörde die Fahrerlaubnis zwar zu entziehen, wenn sich deren Inhaber als ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen erweist. Dies gilt gemäß § 46 Abs. 1 Satz 2 FeV insbesondere, wenn Erkrankungen oder Mängel nach den Anlagen 4, 5 oder 6 vorliegen oder erheblich oder wiederholt gegen verkehrsrechtliche Vorschriften oder Strafgesetze verstoßen wurde und dadurch die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen ausgeschlossen ist.

In Nr. 7 der Anlage 4 zur Fahrerlaubnisverordnung -FeV- wird ausgeführt, dass die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen der Klassen A, A1, B, BE, M, L und T u. a. beim Vorliegen folgender psychischen (geistigen) Störungen nicht gegeben ist:

Akute organische Psychosen; schwere chronische hirnorganische Psychosyndrome; affektive Psychosen, soweit Manien, sehr schwere Depressionen oder mehrere manische oder sehr schwere depressive Phasen mit kurzen Intervallen vorliegen; akute schizophrene Psychosen

Nach Ablauf akuter schizophrener Psychosen kann die Eignung für die Klassen A, A1, B, BE, M, L und T nur dann wieder bejaht werden, wenn keine Störungen mehr nachweisbar sind, die das Realitätsurteil erheblich beeinträchtigen.

Bezüglich Kraftfahrzeugen der Klassen C1, C1E fehlt die Eignung neben den o. g. Störungen bereits dann, wenn keine Symptomfreiheit nach dem Abklingen einer manischen Phase einer affektiven Psychose und der relevanten Symptome einer sehr schweren Depression vorliegt,

wenn mehrere manische oder sehr schwere depressive Phasen von affektiven Psychosen mit kurzen Intervallen vorgelegen haben und wenn keine besonders günstige Umstände bei abgelaufenen schizophrenen Psychosen oder bei mehreren psychotischen Episoden gegeben sind.

2. Hier hatte das eingeholte Gutachten zwar Zweifel an der Fahreignung der Klägerin aufgeworfen, rechtfertigte für sich allein nach Auffassung des Gerichts die Entziehung der Fahrerlaubnis aber nicht, weil es nicht schlüssig und nachvollziehbar war und damit den in § 11 Abs. 5 FeV i.V.m. Anlage 15 zur FeV genannten Grundsätzen nicht genügte.

Danach reicht eine fehlende Bescheinigung über eine regelmäßige Behandlung der Depression bei einem Facharzt für Psychiatrie für die Entziehung nicht aus.

Die Depression muss stets nach Art und Schweregrad bestimmt werden, da diesbezüglich schon in Nr. 7 der Anlage 4 zur FeV nach verschiedenen Typen und Schweregraden unterschieden wird. Erst recht muss ausgeführt werden, warum (hier) trotz (seit 5 Jahren) stabilisierter Stimmung und offensichtlich regelmäßiger abendlicher Einnahme von Stangyl fünf Jahre nach dem letzten dokumentierten Akutvorfall eine regelmäßige begleitende antidepressive Therapie bei einem Facharzt für Psychiatrie erforderlich sein soll.

Die fehlende Fahreignung kann auch nicht nur mit Leistungsdefiziten bei psychologischen Leistungstests begründet werden, weil „die Überprüfung isolierter Leistungsfunktionen ... jedoch in ihrer Bedeutung nicht über einen hinweisenden Charakter hinausgehen“ kann. Aber auch zusammen mit der psychologischen Fahrverhaltensbeobachtung ergibt sich nicht stets dass eine Nichteignung zum Führen von Kraftfahrzeugen vorliegt.

Da für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit eines Bescheids, der die Entziehung einer Fahrerlaubnis zum Gegenstand hat, nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts die im Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung bestehende Sach- und Rechtslage maßgebend ist (BVerwGE 99, 249 f. m.w.N.), war der Bescheid über die Entziehung hier aufzuheben.

## **2. Fall nach Bayerischer VGH München (Beschl. v. 26.10.2010 Az.: 11 ZB 10.94)**

Die 1983 geborene Klägerin schnitt sich Mitte November 2007 in der Badewanne ihres Elternhauses mit einer Rasierklinge den Unterarm in der Nähe der Pulsadern auf. Nach Darstellung ihrer Eltern litt sie seit etwa zehn Jahren an Bulimie. Sie sei bereits mehrfach in stationärer Behandlung gewesen. Den letzten Klinikaufenthalt habe sie am Anfang November 2007 auf eigenen Wunsch abgebrochen und seither mehrfach Selbstmordabsichten geäußert. Am Ende November 2007 teilte die Mutter der Klägerin dem Landratsamt mit, die Klägerin befinde sich in einer psychosomatischen Klinik in Behandlung. Die an diese Klinik gerichtete Bitte des Landratsamts, sich zur Fahreignung der Klägerin zu äußern, blieb unbeantwortet.

Die Behörde forderte die Klägerin unter Fristsetzung auf, das Gutachten eines Facharztes für Neurologie/Psychiatrie darüber vorzulegen, ob bei ihr ein Mangel oder eine Erkrankung mit der Folge vorliege, dass sie nicht mehr (uneingeschränkt) fahrgeeignet sei. Da die Klägerin diesem Verlangen nicht nachkam, entzog ihr das Landratsamt die Fahrerlaubnis.

### **Entscheidung des Gerichts:**

Die Entziehung der Fahrerlaubnis ist rechtmäßig. Der VGH hat deutlich gemacht, dass die Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts in Relation zur Wertigkeit der Rechtsgüter gesetzt werden muss, die beeinträchtigt würden, wenn es zu der abzuwehrenden Störung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung kommen sollte.

Zwar sei die Wahrscheinlichkeit, das Führen von Kraftfahrzeugen durch die Klägerin werde mit Gefahren für die Sicherheit des Straßenverkehrs einhergehen, geringer als in der Mehrzahl der Fälle, in denen von Rechts wegen die Vorlage eines Fahreignungsgutachtens verlangt werden dürfe. Führe jedoch eine nach dem Kenntnisstand der Behörde seit vielen Jahren psychisch kranke Person ein Kraftfahrzeug im Straßenverkehr, so könne das dann mit einer Lebensgefahr für Dritte einhergehen, wenn der Betroffene durch krankheitsbedingte Aufmerksamkeits-Störungen Verkehrsunfälle verursacht, die mit Personenschäden verbunden sind. Ebenfalls signifikant gefährdet wären hochrangige Schutzgüter der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, wenn jene Person wegen ihrer seelischen Erkrankung Psychopharmaka einnehmen sollte, die die Fahrtüchtigkeit beeinflussen.

1. Nach glaubhafter Darstellung der Eltern sei der Vorfall aus November 2007 nicht Ausdruck einer lediglich temporären psychischen Krise; vielmehr solle die Klägerin bereits seit einem Jahrzehnt an einer seelischen Erkrankung gelitten und sie sich deswegen schon mehrfach in stationärer Behandlung befunden haben. Wenn sie einen Klinikaufenthalt aus eigenem Entschluss abgebrochen und sie in der Folgezeit wiederholt Selbstmordabsichten geäußert habe, so lege das den Schluss nahe, dass die vorangegangenen Therapien nicht wesentlich dazu beitragen konnten, den bei ihr offenbar bestehenden Leidensdruck zu mildern. Dass sich die Klägerin selbst als psychisch krank und dringend behandlungsbedürftig ansehe, zeige auch der Umstand, dass sie sich danach erneut in eine Klinik begeben habe.

2. Diese Umstände begründen in ihrer Zusammenschau den Verdacht, bei der Klägerin könnte eine schwere – andauernde oder rezidivierende – Depression bestehen, wie sie nach den Nummern 7.5.1 und 7.5.3 der Anlage 4 zur Fahrerlaubnis-Verordnung u. U. zum Verlust der Fahreignung führt.

Der erwähnte Umstand, sie leide an Bulimie und damit an einer Krankheit, die - für sich genommen – die Fahreignung unberührt lasse, stehe der Notwendigkeit einer verkehrsmedizinischen Abklärung nicht entgegen. Zum einen sei ungewiss, ob diese Angabe zutreffe. Zum anderen könne eine solche Essstörung, sollte sie vorliegen, Symptom eines

pathologischen psychischen Zustands sein, der seinerseits sehr wohl Auswirkungen auf die Fahreignung zeitigen könne. Von welcher Art und Schwere das bei der Klägerin bestehende seelische Leiden sei, und ob sich hieraus (oder aus der Medikation, die sie zur Therapie ihrer seelischen Beeinträchtigung ggf. erhält) Folgerungen für die Ungefährlichkeit ihrer motorisierten Teilnahme am Straßenverkehr ergeben, hätte gerade durch das angeforderte Gutachten geklärt werden sollen.

### **3. Fall nach VG München (Urteil vom 17.08.2010, Az.: M 1 K 10.3218)**

Die unter Betreuung stehende Klägerin wurde im August 1999 aufgrund einer psychischen Erkrankung stationär behandelt. Ausweislich eines bei den Akten befindlichen Gutachtens eines Arztes für Neurologie und Psychiatrie vom Oktober 1999 hatte sich die Klägerin nach einem nervenklinischen Aufenthalt im Klinikum und anschließendem Aufenthalt in einem Psychiatrischen Pflegeheim (insgesamt von November 1993 bis 30. November 1997) von November 1997 bis Juni 1998 in dessen Behandlung befunden. Die Behandlung durch ihn sei mit einem Lithiumpräparat erfolgt; das Befinden sei relativ stabil gewesen. Am 18. Oktober 1999 sei ihm die Klägerin wiederum von ihrer damaligen Betreuerin vorgestellt worden, nachdem sie vom 12. Juni bis 17. August 1999 wieder in der Psychiatrie des Klinikums stationär wegen erneuter manischer Episode in Behandlung gewesen war. Angeblich seien Partnerprobleme der Auslöser für Schlafstörungen und diese dann für die Manie gewesen. Die Behandlung sei von der Klägerin vorzeitig abgebrochen worden. Laut diesem Gutachten zeigte der psychische Befund zum damaligen Zeitpunkt (Oktober 1999) eine bewusstseinsklare, zu allen Qualitäten voll orientierte Patientin, ohne Zeichen von Gedächtnis- oder Merkfähigkeitsstörungen. Die Stimmungslage sei im Normbereich, der Affekt sei stabil, Antriebs-, Wahrnehmungs- oder Denkstörungen seien nicht erkennbar.

Nach Auffälligkeiten – Entwendung mehrerer persönlicher Gegenstände von hauptsächlich imaginärem Wert aus dem unversperrten Kellerabteil einer Nachbarin – hat die Klägerin bei der polizeilichen Vernehmung einen sehr verwirrten Eindruck gemacht. Sie sei dem vernehmenden Polizeibeamten psychisch angeschlagen erschienen, ohne dass aus seiner Sicht Anzeichen von Fremd- oder Eigengefährdung zu erkennen gewesen seien. Sie scheine zeitlich und örtlich orientiert zu sein, handele jedoch teilweise völlig unvorhersehbar und unberechenbar. Am Ende der Beschuldigtenvernehmung habe sie urplötzlich einen Sinneswandel bekommen, sei aufgesprungen und habe eilig und eigenmächtig das Dienstgebäude der Polizei verlassen. Zuvor sei sie freundlich und bereitwillig gewesen, danach ohne ersichtlichen Grund „ingeschnappt“ und widerwillig.

Die Fahrerlaubnisbehörde, hiervon in Kenntnis gesetzt, hat gestützt auf § 46 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3, § 11 Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit Nr. 7.5 der Anlage 4 zur Fahrerlaubnisverordnung (FeV), die Beibringung eines fachärztlichen Gutachtens angeordnet, das folgende Frage klären sollte: „Liegt bei der Betroffenen eine Erkrankung vor, die nach

Anlage 4 FeV die Fahreignung in Frage stellt (psychische Erkrankung; v.a. Verdacht auf eine affektive Psychose)? Ist die Betroffene (wieder) in der Lage, den Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Klasse 3 gerecht zu werden? Sind ggf. Auflagen zur Fahrerlaubnis oder weitere Nachuntersuchungen – falls ja, nach welchem Zeitabstand – erforderlich?“ Die Klägerin hat ein Gutachten nicht beigebracht. Aufgrund dieser Weigerung ist ihr die Fahrerlaubnis entzogen worden.

### **Entscheidung des Gerichts:**

Die Entziehung der Fahrerlaubnis hat Bestand.

Die Entscheidung zeigt auf, dass immer dann, wenn Tatsachen bekannt werden, die Bedenken gegen die körperliche oder geistige Eignung des Fahrerlaubnisinhabers begründen, ein Gutachten zur Feststellung der Fahreignung eingeholt werden kann. Bedenken gegen die körperliche oder geistige Eignung bestehen nach § 11 Abs. 2 Satz 2 FeV insbesondere, wenn Tatsachen bekannt werden, die auf eine Erkrankung oder einen Mangel nach Anlage 4 oder 5 zur FeV hinweisen. Nach dem klaren Wortlaut der Vorschrift muss eine solche Erkrankung also nicht etwa feststehen, um eine Begutachtung als gerechtfertigt erscheinen zu lassen. Eine Begutachtung darf bereits immer dann angeordnet werden, wenn Tatsachen auf eine solche Erkrankung hinweisen.

Auf die Vorlage eines Gutachtens kann nicht und auch nicht deshalb verzichtet werden, wenn der Proband sich in ärztlicher Behandlung befindet und regelmäßig seine Medikamente einnimmt. Diese Entscheidung macht aber auch dadurch deutlich, wie wichtig die stete beratende ärztliche Begleitung des Probanden und die Dokumentation dieser Behandlung ist, damit positive Ansätze, die die Annahme der Fahreignung rechtfertigen könnten, im Entziehungsverfahren vorgetragen werden können.

1. Die der Fahrerlaubnisbehörde vorliegenden Informationen ließen konkret befürchten, dass bei der Klägerin eine die Fahreignung beeinträchtigende oder ausschließende psychische Erkrankung vorliege, was im Interesse der Verkehrssicherheit nicht hingenommen werden könne. Ausweislich der polizeilichen Schilderungen habe die Klägerin über einen längeren Zeitraum ein hoch auffälliges Verhalten gezeigt und auch auf die Beamten einen sehr verwirrten Eindruck gemacht. Auch dass sie sich offenbar für mehrere Wochen stationär in psychiatrischer Behandlung befunden habe, lasse darauf schließen, dass ihre psychische Erkrankung wohl nicht unerheblich sei. Des Weiteren sei aus einem früheren Verfahren bekannt, dass die Klägerin bereits im Jahr 1999 an einer affektiven Psychose erkrankt war, die nun vermutlich wieder zum Ausbruch gekommen sei. Psychische Störungen könnten jedoch wegen der damit einhergehenden Minderung der Anpassungs- und Leistungsfähigkeit erhebliche Auswirkungen auf die Kraftfahreignung haben. Daher sei die Beibringung des geforderten Gutachtens aus Gründen der Verkehrssicherheit zur näheren Abklärung

erforderlich. Auf § 11 Abs. 8 FeV und die Folgen einer Verweigerung der Begutachtung wurde hingewiesen.

2. Durch ein fachärztliches Gutachten war daher aufzuklären, ob zum einen eine psychische Störung im Sinne von Nr. 7 der Anlage 4 zur FeV vorliegt und falls ja, ob diese Störung die Fahreignung ausschließt oder nicht.

Weigert sich der Betroffene, sich untersuchen zu lassen oder bringt er der Fahrerlaubnisbehörde das von ihr geforderte Gutachten nicht fristgerecht bei, so darf sie bei ihrer Entscheidung gemäß § 46 Abs. 3 FeV i.V.m. § 11 Abs. 8 Satz 1 FeV auf die Nichteignung des Betroffenen schließen.

Die der Fahrerlaubnisbehörde gemeldeten Umstände begründen den Verdacht, dass möglicherweise eine psychische Erkrankung vorliegt. Vor dem Hintergrund, dass die Klägerin stationär wegen (erneuter) manischer Episode in Behandlung war, begründen die erneuten Auffälligkeiten den Verdacht, dass die damalige Erkrankung wieder ausgebrochen sein könnte oder dass eine andere die Fahreignung ausschließende psychische Erkrankung vorliegt.

Nach dem Kommentar zu den Begutachtungsleitlinien (a.a.O.) könne eine affektive Psychose und vor allem eine Manie unter anderem durch eine gesteigerte Aktivität, motorische Ruhelosigkeit und durch den Verlust normaler sozialer Hemmungen sowie völlig unangepasstes Verhalten gekennzeichnet sein. Das Verhalten der Klägerin (nächtliches Herumgeistern im Haus und Klingeln bei der Nachbarin, Umdrehen von Papierkörben, Herausreißen der Rückwand des Briefkastens, Entwenden persönlicher und an sich objektiv wertloser Gegenstände aus dem Kellerabteil der Nachbarin) lasse möglicherweise derartige Symptome erkennen. Auch gezeigte Verhalten bei der Beschuldigtenvernehmung, während derer die Klägerin zunächst einen starken Redefluss zeigte, wobei es ihr aber nicht gelang, ihre Gedanken zu ordnen, und sie sich teilweise noch in denselben Sätzen selbst widersprach, deute möglicherweise auf eine psychische Störung hin. Dass die Klägerin dann plötzlich fluchtartig und ohne erkennbaren Grund das Polizeigebäude verließ, weise auf starke Stimmungsschwankungen hin, was ebenfalls ein Anzeichen für eine psychische Störung sein könne.

#### **4. Fall nach Bundesgerichtshof (Urteil vom 8.4.2003, Az. VI ZR 265/02)**

Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs nimmt den behandelnden Arzt mit in die Pflicht, Gefahren von dem Patienten abzuwenden. Der BGH statuiert wird neben der Pflicht zur Aufklärung eine **besondere Überwachungspflicht in Gefahrenlagen**:

### **Entscheidung des BGH:**

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

### **5. Fall nach Oberlandesgericht Oldenburg (MDR 2011, 294)**

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

### **Entscheidung des Gerichts:**

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, angemessene 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.