

Ärztliche Aufklärung bei problematischer Fahreignung Information schafft Sicherheit

Die individuelle Mobilität genießt in unserer Gesellschaft einen sehr hohen Stellenwert. Es ist ein wichtiges ärztliches Anliegen, die Auto-Mobilität und damit die Lebensqualität ihrer erkrankten Patienten zu erhalten und zu verbessern. Gleichzeitig ist es eine wichtige ärztliche Aufgabe, Patienten mit reduzierter Fahreignung umfassend über die möglichen Risiken bei der Teilnahme am Straßenverkehr zu informieren.

Defizite durch eine Erkrankung, die die Fahreignung einschränkt oder aufhebt, werden von den Betroffenen häufig nicht wahrgenommen bzw. unrealistisch eingeschätzt, bedeuten sie doch zugleich eine Gefahr für den Erhalt der Fahrerlaubnis. Gleiches gilt insbesondere für die oft schleichenden altersbedingten körperlichen und geistigen Leistungseinbußen oder für die Folgen der Einnahme von Medikamenten. Die damit verbundenen Gefahren für die persönliche und allgemeine Verkehrssicherheit sind enorm. Eine hohe Dunkelziffer von Unfällen, die auf Ursachen in der Fahreignung des Kraftfahrers zurückzuführen sind, belastet auch die Versicherungswirtschaft. Die behandelnden Ärzte hatten nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ihrem Patienten und an einem Unfall beteiligten Dritten, wenn sie bei erkennbarer Einschränkung oder Aufhebung der Fahreignung ihre Patienten hierüber nicht aufklären oder den Patienten nach einer die Fahreignung tangierenden Behandlung nicht ausreichend überwachen. Die Problematik der ärztlichen Aufklärung bei Fahreignungsmängeln der Patienten hat eine erhebliche haftungsrechtliche Relevanz. Ihre besondere unfallpräventive Aufgabe hat durch den 43. Deutschen Verkehrsgerichtstag 2005 in Goslar eine besondere Aktualität erlangt. Der Arbeitskreis V hat sich mit dem Spannungsfeld „Vertrauensverhältnis“ kontra „Verkehrssicherheit“ beschäftigt und u.a. diskutiert, ob der jeweils behandelnde Arzt durch Meldung an die Verkehrsbehörde, Patienten mit aufgehobener oder reduzierter Fahreignung vom Kraftverkehr abzuhalten hat.

Folgende Empfehlungen wurden im Arbeitskreis V „Arzt und Fahreignungsmängel seines Patienten“ erarbeitet:

1. Der Arzt hat aus dem Behandlungsvertrag die Pflicht, seinen Patienten auch über mögliche Fahreignungsmängel aufzuklären und nachdrücklich auf daraus resultierende Gefahren für ihn selbst und

für andere hinzuweisen. Dies hat er angemessen zu dokumentieren.

2. Dafür sind verbesserte verkehrsmedizinische Kenntnisse nicht nur wünschenswert, sondern unerlässlich.
3. Im Unterschied zu einigen anderen europäischen Ländern ist der Arzt in der Bundesrepublik Deutschland nicht verpflichtet, Fahreignungsmängel seines Patienten der zuständigen Behörde zu melden. Um das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht zu belasten, soll dieser Rechtszustand nach ganz überwiegender Ansicht des Arbeitskreises nicht geändert werden.
4. Wegen dieses Vertrauensverhältnisses hat der Arbeitskreis mit großer Mehrheit auch die Einführung eines spezialgesetzlich geregelten Melderechts abgelehnt. Vielmehr soll der Arzt nach Maßgabe des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) abwägen und entscheiden können, ob die zu befürchtende Gefährdung der allgemeinen Verkehrssicherheit im Ausnahmefall die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht erlaubt. Auch in diesem Fall besteht keine Meldepflicht.
5. Nach Auffassung des Arbeitskreises besteht im Übrigen ein erhebliches Defizit an fundierten empirischen Erkenntnissen über die Unfallursächlichkeit von körperlich-geistigen Fahreignungsmängeln. Dies betrifft beispielsweise psychiatrische, neurologische und geriatrische Erkrankungen sowie den Konsum von berauschenden Mitteln und die Einnahme von Medikamenten.

Die Erfahrung durch individuelle Rückmeldungen von Ärzten zeigt, dass der rechtliche Aspekt von Beratung und Aufklärung erkrankter Kraftfahrer bisher nicht immer hinreichend in Klinik- und Praxisalltag umgesetzt wird. Dieses Defizit ist begründet durch die immer knapper werdenden zeitlichen, personellen und damit auch wirtschaftlichen Ressourcen. Zudem besteht ein erhebliches Defizit in der verkehrsmedizinischen Aus- und Fortbildung der Ärzte. Da gesundheitliche Defizite und/oder Beeinträchtigungen durch Medikamenteneinnahme potenzielle Unfallursachen sein können, kommt den verkehrsmedizinischen Aspekten der ärztlichen Tätigkeit eine hohe unfallpräventive Bedeutung zu. Die Vielzahl und Vielfalt möglicher Erkrankungen mit Relevanz für die Fahreignung bedingt folgerichtig, dass sich Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen mit den hiermit zusammenhängenden verkehrsmedi-

zinischen Problemen beschäftigen müssen. Im Praxisalltag sind besonders Hausärzte, Internisten, Psychiater, Neurologen, Schmerztherapeuten und Augenärzte immer wieder mit Patienten konfrontiert, deren Fahreignung krankheitsbedingt reduziert oder aufgehoben ist: Beispielsweise haben sich Herzinfarktpatienten, Patienten, bei denen ein Zuckerschok als Unfallauslöser in der Vorgeschichte bekannt ist, Schmerzpatienten, ältere Patienten mit beginnendem demenziellen Abbau, Patienten mit langjähriger Parkinsonerkrankung, Patienten mit einer endogenen Psychose oder Patienten mit anfallsartigen Bewusstseinsstörungen die Frage zu stellen, ob und wann sie wieder sicher fahren können. Dies setzt grundlegend voraus, dass der Arzt Kenntnisse über verkehrsrelevante Erkrankungen hat. Informationen zur verkehrsmedizinischen Bewertung der wichtigsten Krankheitsbilder sind in den **Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung** zu finden. Schematisiert und tabellarisch geordnet sind die wichtigsten verkehrsmedizinisch relevanten Gesundheitsstörungen und Mängel in der Anlage 4 der Fahrerlaubnisverordnung aufgelistet, wobei darin lediglich jeweils der Bezug zur Eignung und zur bedingten Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen zu erkennen ist.

Für die ärztliche Aufklärung, Beratung und Bewertung der Fahreignung ist somit die Kenntnis der Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung eine unabdingbare Voraussetzung. Maßgeblich ist dabei nicht nur der aktuelle Gesundheitsstatus, sondern auch die individuelle Prognose des Krankheitsbildes dahingehend, ob beim Führen von Kraftfahrzeugen eine (konkrete) Verkehrsgefährdung zu erwarten ist. Es ist weiterhin zu berücksichtigen, ob festgestellte Beeinträchtigungen ein stabiles Leistungsniveau gewährleisten oder ob plötzliche Leistungszusammenbrüche zu erwarten sind. Darüber hinaus sind in jedem Falle Fragen der Kompensation festgestellter Eignungsmängel in die Bewertung einzubeziehen. Solche Kompensationsmöglichkeiten können einerseits technischer Art sein, wie zum Beispiel durch Umbauten des Kraftfahrzeuges. Andererseits spielen Persönlichkeitsmerkmale des Betroffenen eine besondere Rolle, wie zum Beispiel persönliche Zuverlässigkeit, Compliance und verantwortungsvolle Grundeinstellung. In vielen Fällen, wie beispielsweise bei psychiatrisch neurologischen Krankheitsbildern und/oder zur Beurteilung der Auswirkung der medikamentösen Behandlung, wird die Überprüfung der psychofunktionalen Leistungsfähigkeit durch spezifi-

sche verkehrspsychologische Testverfahren in die Bewertung einzubeziehen sein. Insbesondere bei Akzeptanzproblemen seitens der Patienten können die aus Haftungsgründen in rechtlicher Hinsicht unbedingt anzurathenden und zu dokumentierenden Aufklärungsgespräche das Arzt-/Patientenverhältnis erheblich belasten. Für den behandelnden Arzt ergibt sich eine Problematik häufig aus der mangelnden Distanz zu seinen Patienten – also aus der fehlenden Neutralität. (Diesem Umstand wird in der Fahrerlaubnisverordnung Rechnung getragen durch die Forderung, dass der begutachtende Arzt nicht zugleich der behandelnde Arzt sein soll.) Unsicherheiten bestehen häufig in der Bewertung des Ausmaßes der reduzierten Fahreignung bei altersbedingten Defiziten und/oder Multimobilität. Ein Aufklärungsgespräch wird insbesondere bei den Patienten besonders problematisch, die sich in ihrer Fahrtüchtigkeit falsch positiv einschätzen und vorhandene Defizite nicht erkennen oder akzeptieren können.

(Die Möglichkeit einer sicheren Abschätzung des Mobilitätsrisikos erkrankter Kraftfahrer bieten aktuell die Begutachtungsstellen für Fahreignung des TÜV Hessen durch eine spezifische Dienstleistung KONDIAG, als so genannte konsiliardiagnostische Plattform für den Arzt.

KONDIAG, die **konsiliardiagnostische Begutachtung für erkrankte Kraftfahrer**, bietet dem Arzt und den Patienten eine Hilfestellung in der Bewertung von fahreignungsrelevanten Erkrankungen und Verletzungen der Patienten. Eine Untersuchung durch neutrale, objektive Verkehrsmediziner und Verkehrspsychologen bei den Medizinisch-Psychologischen Instituten des TÜV Hessen ermöglicht die Abklärung und individuelle gutachterliche Bewertung der Mobilitätsrisiken und -chancen von Menschen mit verkehrsrelevanten Erkrankungen.

Die **KONDIAG**-Begutachtung beruht auf dem Gedanken der Selbstverantwortung des Patienten nach Maßgabe der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) ohne erzwungene behördliche Anordnung und trägt damit zugleich dem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten Rechnung. Voraussetzung für die **KONDIAG**-Begutachtung ist die Kenntnis der ärztlich erhobenen anamnestischen Daten unter Einbeziehung aller weiteren relevanten ärztlichen Befunde. Je nach Wunsch der Betroffenen kann eine mündliche Beratung vorgenommen werden oder eine schriftliche gutachterliche Aussage. Zusätzlich zur verkehrsmedizinischen Bewertung, oder auch isoliert, können erfahrene Verkehrspsychologen die psychofunktionale Leistungsfähigkeit testen und bewerten und darüber hinaus besteht in besonderen Fällen die Möglichkeit einer praktischen Fahrprobe mit einem Verkehrspsychologen. Selbstverständlich wird die Schweigepflicht beachtet, es erfolgt keine Meldung an die Verkehrsbehörde. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt. Mit der Information aus der **KONDIAG**-Begutachtung kann dem Betroffenen eine Hilfestellung gegeben werden, die sich auf seine Einstellungen, Verhaltensweisen und Potenziale positiv auswirkt. Der Vorteil liegt dabei sowohl für den behandelnden Arzt als auch für den betroffenen Patienten auf der Hand:

Für den Patienten schafft **KONDIAG** Sicherheit. Er erfährt, ob und inwieweit er trotz seiner Erkrankung in der Lage ist, sich selbst und das Fahrzeug sicher zu beherrschen.

Der behandelnde Arzt kann das Ergebnis der neutralen, konsiliardiagnostischen Untersuchung in seine weiteren Beratungs- und Behandlungsprozesse einbeziehen. Gleichzeitig hat er damit nachgewiesen, dass er seiner Aufklärungspflicht nachgekommen ist.)

III.)

Die Relevanz für den behandelnden Arzt liegt auf der Hand: Sobald der Arzt Kenntnis von der reduzierten oder aufgehobenen Fahreignung seines Patienten erlangt hat, muss er ihn über alle notwendigen Verhaltensmaßnahmen im Zusammenhang mit der Diagnose bzw. Behandlung unterrichten. Diese Pflicht folgt aus dem **Behandlungsvertrag**. Sofern Anhaltspunkte für eine auch nur reduzierte



Krankenversicherung für Ärztinnen und Ärzte

Verordnen Sie sich eine Absicherung mit Zukunft

Was die Gesundheitsreform auch bringen wird: Mit unserem speziellen Angebot für Ärztinnen und Ärzte geht es Ihnen und Ihrer Familie heute und in Zukunft bestens. Denn zu günstigen Beiträgen, die seit über 10 Jahren zu den stabilsten gehören, bieten wir Top-Konditionen, z. B.:

- freie Arztwahl, 2-Bett-Zimmer und Zahnbehandlung/-ersatz zu 100%
- kein Selbstbehalt (auch nicht bei Medikamenten)
- attraktive Rückerstattung bei Leistungsfreiheit
- es fällt keine Praxisgebühr an

Monatlicher Beitrag*		
Eintrittsalter	Männer	Frauen
bis 19	99,90	100,22
24	156,13	246,49
29	176,70	272,85
34	197,62	295,68
39	222,56	306,48
44	252,50	322,20

*Beiträge inkl. 10 % gesetzlicher Zuschlag

Fax-Antwort:

- Bitte erstellen Sie für mich einen persönlichen Vorschlag zum Heilberufe-Tarif

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsjahr (bitte unbedingt angeben)

Telefon/Email

- Niedergelassener Arzt Angestellter Arzt

Deutsche Ärzte Finanz

Repräsentanz Michael Karge

Leipziger Straße 44

03048 Cottbus

Telefon: 03 55/4 78 44-0

Telefax: 03 55/4 78 44-20

email: michael.karge@aerzte-finanz.de



Fahreignung bestehen, muss der Arzt diesem Verdacht konkret nachgehen, auch wenn er nicht weiß, ob der Patient tatsächlich am – insbesondere auch motorisierten – Straßenverkehr teilnimmt. Dieser Situationsbeschreibung verdeutlicht zugleich ein typisches Problem: Was der Patient außerhalb der Behandlungsräume macht, bleibt dem Behandler in der Regel verborgen. Dennoch haftet der Arzt nach der Rechtsprechung bei Verletzung der Aufklärungspflicht, insbesondere aber auch bei Verletzung der Überwachungspflicht: Der **Bundesgerichtshof** hat einen Arzt – anders als die die Klage abweisenden Vorinstanzen – zum Schadensersatz an die Erben eines Patienten verurteilt:

Begründung:

„(...) Dem Arzt war bekannt, dass der später verunfallte und zu Schaden gekommene Patient ohne Begleitperson mit dem eigenen Kfz zu ihm gekommen war und er aufgrund der Verabreichung des Wirkstoffs M. noch lange Zeit nach dem Eingriff nicht in der Lage war, selbst ein Kraftfahrzeug zu führen.

Der Arzt wusste also, dass der Patient nur „home ready“ nicht aber „street ready“ war.“ Daraus folgt der **Bundesgerichtshof** weiter: *„Der beklagte Arzt hätte sicherstellen müssen, dass sein Patient die Behandlungsräume nicht unbemerkt verlassen konnte und sich dadurch der Gefahr einer Selbstschädigung aussetzte. Hätte der Arzt seine Pflicht zur Überwachung erfüllt, wäre es nicht zu dem eigenmächtigen Entfernen und dem nachfolgenden Unfall gekommen. Denn es bestand u. a. die Gefahr einer Gedächtnisstörung mit der Folge, dass sich der Patient an das Fahrverbot nicht erinnert. Der eingetretene Schaden ist daher ausschließlich auf die Pflichtverletzung des Arztes zurückzuführen, so dass der Arzt in vollem Umfang ohne ein Mitverschulden des Patienten haftet.“*

(Bundesgerichtshof

Urteil vom 08.04.2003 Az.: VI ZR 265/02, NJW 2003, 2309; Dt. Ärzteblatt 2004, 598)

Die Pflicht des Arztes wirkt haftungsrechtlich sogar weiter, auch zugunsten anderer Verkehrsteilnehmer. Soweit der Patient nach einem Verkehrsunfall diesen zum Schadensersatz verpflichtet hat, kommt eine hierfür mitursächliche Verletzung der ärztlichen Schutzpflicht auch insoweit und zu Lasten des Arztes zum Tragen.

Das Dilemma ist evident. Zwar ist dem Patienten kein konkreter Heilungserfolg geschuldet. Der Arzt ist auch nicht in der Lage und nicht willens, ständig die **Sach- und Risikoverwaltung** für den Patienten im Hinblick auf dessen Versicherungsschutz und im Hinblick auf durch Ihren Patienten verletzte

Rechtsgüter Dritter auszuüben. Trotzdem verlangt die Rechtsprechung, dass der Patient bei auch nur eingeschränkter Fahreignung aufgeklärt, gewarnt und nötigenfalls auch gehindert werden muss, dass er nicht am Straßenverkehr teilnimmt. Die Einhaltung dieser Pflicht hat der Arzt im Haftungsfall nachzuweisen. Schon wegen des hohen emotionalen Stellenwertes der Fahrerlaubnis stellten häufig die Aufklärung und Beratung von Patienten mit verkehrsrelevanten Erkrankungen an den behandelnden Arzt besondere Anforderungen. Besonders schwierig und auch zeitaufwändig gestaltet sich aber auch der notwendige Beratungsprozess bei **Patienten mit Akzeptanzproblemen**, die entweder aus der Persönlichkeitsstruktur resultieren oder sich als Folge der Erkrankung selbst darstellen. Dabei ist der Arzt in der Beratung immer in einer Doppelrolle: Einerseits muss er alle Verkehrsteilnehmer vor ungeeigneten Kraftfahrern schützen, andererseits muss er die individuellen Mobilitätschancen seines Patienten erhalten, zum Beispiel durch geeignete Kontrolluntersuchungen und Therapieformen, oder eröffnen durch Definieren von Auflagen oder Beschränkungen. Der Arzt muss aber insbesondere über spezifisch verkehrsmedizinische Kenntnisse verfügen (diese unter Beachtung sowohl der Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung als auch der Vorgaben der komplexen Fahrerlaubnis-Verordnung). Allein der Nachweis jener Kenntnisse ist nicht der Regelfall. Somit setzt sich jeder Arzt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs hohen **Haftungsrisiken** aus. Der Arzt muss also als wichtiger Bestandteil der **Unfallprävention** begriffen werden. Er hat eine verantwortungsbewusste Beratung im Vorfeld zur Vermeidung eines Schadensereignisses vorzunehmen.

Er sollte in Ermangelung eigener verkehrsmedizinischer Kompetenz eine konsiliardiagnostische Beratung (etwa jene beim TÜV Hessen KONDIAG) nutzen, sofern er bei gewissenhafter Überprüfung seiner eigenen Kapazitäten (quantitativ oder qualitativ) zu dem Ergebnis gelangt, eine verkehrsmedizinisch und/oder verkehrspsychologisch zuverlässige Einschätzung und Einweisung des Patienten nicht vornehmen zu können. Er trägt dadurch auf beiden Seiten zur Risikominimierung bei. Kommt es nämlich zur Entziehung der Fahrerlaubnis durch behördlichen Zwang im Rahmen einer letztlich anlassbezogenen Reaktion der Verwaltungsbehörde etwa nach einem Unfall oder sonstiger Auffälligkeit, d.h. nach dem Eintritt eines verkehrsrelevanten Problems, trifft sie den kraftfahrenden Patienten nahezu unvermittelt mit weit reichenden Mobilitätseinbußen. Für den Berufskraftfahrer re-

sultieren zudem auch wirtschaftliche Konsequenzen. Eine individuelle verkehrsmedizinisch/verkehrspsychologische Diagnostik und Beratung dient also dem Ziel der Unfallprävention und somit der Erhöhung der Verkehrssicherheit. Zusätzlich soll sie dem Betroffenen Sicherheit verschaffen. Sie ist ein Hilfsmittel für den Erkrankten zur Feststellung, ob er die Anforderungen im Rahmen der ihm obliegenden Verantwortung erfüllt.

In vielen Fällen wird der einsichtige Patient die hierauf ausgerichtete verkehrsmedizinische Beratung akzeptieren und sich verantwortungsvoll verhalten. Dabei kann sanfter, kompetenter Druck die Bereitschaft erhöhen, zu erkennen, dass es bei Einschaltung der Straßenverkehrsbehörde nach einem Unfall oder durch konkrete Anzeige Dritter zu spät sein kann. Dann nämlich folgt die unter Umständen zeit- und kostenaufwändige Anordnung der Beibringung eines Gutachtens zur Beurteilung der Fahreignung. Denn die Beweislast für die Fahreignung trägt der **Patient**.

Aus diesem Grund ist es sinnvoll, die Selbstverantwortung des Patienten zu stärken, um mit ihm gemeinsam die bestmögliche Klärung der Fahreignung herbeizuführen – zur Weiterverfolgung und Unterstützung des Mobilitätsinteresses des Patienten und zur beidseitigen Haftungsminimierung.

Der Arzt unterstützt zudem seine Patienten in der spezifischen Behandlungssituation, indem er entweder mit eigener verkehrsmedizinischer Kompetenz oder nach Inanspruchnahme einer konsiliardiagnostischen Beratung (KONDIAG) die dann vorliegenden Untersuchungsergebnisse mit seinem Patienten erörtert, und gemeinsam klärt, wie die Behandlung einer möglichen Erkrankung zur Wiederherstellung der Fahreignung aussehen kann. *(Der Patient kann im Übrigen bei Inanspruchnahme von KONDIAG auf Wunsch das Begutachtungsergebnis mündlich zur Kenntnis bekommen oder auch als schriftliches Gutachten, was die Akzeptanz erhöht, zudem besteht die Möglichkeit, eine Fahrverhaltensbeobachtung durchzuführen).*

Im Rahmen einer KONDIAG-Begutachtung wird zunächst eine Problemzuordnung erfolgen durch den Überblick über die verkehrsmedizinische Thematik (Beachtung der spezifischen Fragestellung des Klienten oder seines behandelnden Arztes). Nach Unterlagenprüfung (Vollständigkeit der ärztlichen Vorgeschichtsdaten und ärztlichen Befundlage), Befragung (Anamnese) des Klienten zur spezifischen Erkrankung und Ausschluss weiterer verkehrsmedizinischer relevanter Erkrankungen erfolgt eine ärztliche Untersuchung, mit Erhebung eines allgemein medizinischen, ggf. neurologischen und/oder psychiatrischen Befundes (ggf. Erhebung eines Laborstatus’).

Auf ärztliche Anforderung oder nach Maßgabe der Erforderlichkeit seitens des Krankheitsbildes wird (zusätzlich) eine psychofunktionale Leistungsüberprüfung vorgenommen, die allerdings als (Zusatz-) Information auch direkt angefordert werden kann. In besonderen Fällen kann eine zusätzliche Fahrverhaltensbeobachtung das Befundbild komplettieren. Besonders bei Erkrankungen mit Auswirkungen auf die psycho-funktionale Leistungsfähigkeit, z.B. Apoplex oder Demenz, wird man den Betroffenen zu einer spezifisch verkehrspsychologischen Testuntersuchung raten müssen, zur endgültigen Abklärung der Fahreignung.

In jedem Fall entsprechen die Gutachten den Forderungen der Anlage 15 FeV und § 11 Abs. 5 Fahrerlaubnis-Verordnung, besonders im Hinblick auf Anlassbezug, Verständlichkeit, Nachvollziehbarkeit, Nachprüfbarkeit und Vollständigkeit.

Es ist die originäre **Aufgabe des Gutachters**, die Defizite (Mängel) bzw. die verkehrsrelevanten Auswirkung der Erkrankung des Probanden zu befunden, die Befundtatsachen diagnostisch einzuordnen und auf der Grundlage dieser spezifisch verkehrsmedizinischen/verkehrspsychologischen Feststellungen eine hierauf aufbauende Prognose anzustellen in Bezug auf eventuelle Konsequenzen bei Teilnahme des Patienten am (motorisierten) Straßenverkehr, dies allerdings unter Bewertung aller eventuellen Kompensationsmöglichkeiten. Der (KONDIAG-) **Gutachter** ist selbstverständlich **spezialisiert** und **verkehrsmedizinisch/verkehrspsychologisch** besonders ausgebildet, und/

oder er verfügt über besondere Erfahrungen durch praktische Tätigkeit (§§ 65–67, 72 FeV) und er ist **neutral**. Gerade die Neutralität einer unabhängigen (KONDIAG-) Begutachtung bietet einen Vorteil, besonders bei Patienten mit Akzeptanzproblemen. Ein weiterer Vorteil resultiert aus der Tatsache, dass der Patient interdisziplinär, also verkehrsmedizinisch und verkehrspsychologisch, untersucht werden kann, um zu einer bestmöglichen Absicherung der Befundlage zu kommen, eventuell unter Einbeziehung des Ergebnisses einer Fahrverhaltensbeobachtung. Grundlage für die verkehrsmedizinische und/oder verkehrspsychologische Begutachtung sind die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung.

Während die FeV und deren Anlagen die rechtlichen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen der Fahreignung beinhalten, sind die Begutachtungs-Leitlinien für die Kraftfahreignung die Wiedergabe allgemeiner gültiger wissenschaftlicher Erkenntnisse, die im konkreten zu untersuchenden Einzelfall letztendlich das Fahrerlaubnisrecht normativ ausfüllen. Hieran orientieren sich sowohl die Rechtsprechung als auch die Fahrerlaubnisbehörden.

Die partnerschaftliche Unterstützung durch eine konsiliarärztliche Plattform (KONDIAG) wird dem Patienten ein Höchstmaß an Absicherung verschaffen; Arzt und Patient finden damit die gewünschte unabhängige und neutrale Unterstützungsplattform für das Mobilitätsinteresse. Die Inanspruchnahme einer solchen Plattform bedeutet zugleich die

Minimierung beträchtlicher haftungsrechtlicher Risiken.

V.

Zu dem Problemkreis ist im Kirschbaum Verlag ein aktuelles Buch der Autoren erschienen:

Peitz/Hoffmann-Born: *Arzthftung bei problematischer Fahreignung*, 2005 ISBN 3-7812-1628-4 (19,80 €)

Dieses Buch soll dem Behandler also einerseits Problembewusstsein vermitteln und ihm hierfür erste rechtliche und verkehrsmedizinische Anknüpfungspunkte liefern. Es soll ihn im eigenen und im Patienteninteresse zugleich ermutigen, z.B. die konsiliardiagnostische Untersuchung bei dem TÜV Hessen (KONDIAG) in Anspruch zu nehmen, die im Anhang zu diesem Buch näher erläutert ist. Nur so wird er seiner besonderen Verantwortung für seine Patienten mit fahreignungsrelevanten Erkrankungen oder altersbedingten Indispositionen gerecht und vermeidet Haftungsfallen.

Anschriften der Verfasser:
Dr. med. Hannelore Hoffmann-Born
Ltd. Ärztin der
Medizinisch-Psychologischen Institute
TÜV Hessen
Eschborner Landstraße 42–50
60489 Frankfurt am Main
Rechtsanwalt Jürgen Peitz
Partner der Anwaltssozietät
Dr. Behrens Daalman Wolff Peitz
Kapitány & Mauntel
Am Ostpark 14, 33604 Bielefeld

Aktuell

Praxis ohne Computer? – Nein danke!

Eine Studie zur PC-Nutzung in Arztpraxen hat es an den Tag gebracht: Neun von zehn Medizinern – also 90 Prozent – nutzen den Computer bei jedem Patienten. Etwa 3000 Ärzte hatten sich an der MAIS-Studie (Marktanalyse Arzt-Informationen-Systeme) beteiligt, die von Schröder+Kern sowie MW Office durchgeführt wurde. Für die Verordnung von Arzneimitteln greifen sogar 92 Prozent der Befragten auf den Praxis-PC zurück.

Häufigste Todesursache: Herz-Kreislauf-Erkrankung

Im Jahr 2005 starben in Deutschland 830.227 Menschen (388.554 Männer und 441.673 Frauen), wie das Statistische Bundesamt mitteilt. Eine Erkrankung des Kreislaufsystems war bei fast jedem zweiten Verstorbenen die Ursache für den später eintretenden Tod. Besonders ältere Menschen starben infolge von Kreislauf-Erkrankungen: So waren beinahe 91 Prozent über 65 Jahre alt. Häufiger erlagen Frauen ei-

ner Kreislauferkrankung, weil sie durchschnittlich älter werden als Männer. 66.179 Personen verstarben am Herzinfarkt, wovon 54,8 Prozent Männer und 45,2 Prozent Frauen waren. In allen Bundesländern ist im langfristigen Vergleich seit 1990 die Sterblichkeit gesunken. Die altersstandardisierte Sterbeziffer sank bundesweit von 1990 bis 2005 um 29 Prozent auf 801,6 Gestorbene je 100.000 Einwohner. Weitere Informationen und Statistiken unter: www.destatis.de.

Vertreterversammlung der KBV hat neuen Vorsitzenden

Dr. Andreas Hellmann ist der neue Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). In der Sitzung vom 1. Dezember 2006 wurde er als Nachfolger des Anfang Oktober verstorbenen Dr. Heinz-Michael Mörlein gewählt. Hellmann ist Facharzt für Lungenheilkunde, Innere Medizin, Allergologie, Sport-, Sozial- und Umweltmedizin und hat ebenfalls den Vorsitz der Be-

zirksstelle Schwaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) inne.

Zahl der Übergewichtigen nimmt zu

58 Prozent der erwachsenen Männer und 42 Prozent der erwachsenen Frauen waren im Jahr 2005 in Deutschland übergewichtig. Damit ist der Anteil an Übergewichtigen im Vergleich zu 1999 – Männer 56 Prozent, Frauen 40 Prozent – gestiegen. Bereits bei jungen Menschen ist Übergewicht nicht selten und erlebt einen Anstieg mit zunehmendem Alter. Bei den 20- bis 24-Jährigen leiden 26 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen an Übergewicht. Die Spitzenwerte liegen jedoch bei den 65- bis 69-jährigen Männern mit 74 Prozent und den 70- bis 74-jährigen Frauen mit 64 Prozent. Ausführliche Informationen unter www.destatis.de.

Anja Jüttner
[4iMEDIA]