



## Fahrtauglichkeit bei neurologischen Erkrankungen

Themenheft

16. Jahrgang (2019) ■ [www.rechtsdepesche.de](http://www.rechtsdepesche.de)



# Der Kompakt-Klassiker für das Straßenverkehrsrecht.



Burmann/Heß/Hühnermann/  
Jahnke

**Straßenverkehrsrecht**

26. Auflage. 2020. XXIX, 2002 Seiten.

In Leinen € 125,-

ISBN 978-3-406-73877-7

Neu im Januar 2020

☰ [beck-shop.de/27664827](http://beck-shop.de/27664827)

## Knapp, aktuell und übersichtlich

stellt dieser Kommentar die zentralen Bereiche des Straßenverkehrsrechts dar: das **Verkehrsstraf- und Ordnungswidrigkeitenrecht** sowie das **Schadensrecht und Versicherungsrecht**. Er bietet dem Verkehrsrechtspraktiker alles, was er zur vollständigen Wahrnehmung eines verkehrsrechtlichen Mandats an Informationen benötigt.

## Stand Herbst 2019

Die 26. Auflage dieses Verkehrsrechts-Klassikers befindet sich in Gesetzgebung, Rechtsprechung und Literatur auf dem **Bearbeitungsstand September 2019**. Bereits enthalten ist die erste Kommentierung der Verordnung über die Teilnahme von Elektrokraftfahrzeugen am Straßenverkehr – Elektrokraftfahrzeuge-Verordnung (eKFV).



*Das Fazit ist deshalb denkbar einfach:  
Der kleine Kommentar hat richtig was zu bieten und wird durch seine Aktualität und Präzision auch weiterhin einer Vielzahl von Rechtsanwendern Wissen und Sicherheit vermitteln.*

Dr. Benjamin Krenberger, RiAG, in:  
<http://dierезensenten.blogspot.de> 26.02.2018,  
zur 25. Auflage 2018

# Inhalt

Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen

ISSN 2512-3300 (Print) ■ ISSN 2512-3688 (Digital)

## Verlag

G & S Verlag GbR, Sallerring 48, 50677 Köln  
Tel.: +49 221 951584-25  
Fax: +49 221 951584-95  
E-Mail: [verlag@rechtsdepesche.de](mailto:verlag@rechtsdepesche.de)  
Web: <https://www.rechtsdepesche.de>

## Geschäftsführung und Verlagsleitung

Prof. Dr. jur. Volker Großkopf,  
Dipl.-Jurist Michael Schanz

## Herausgeber

Prof. Dr. jur. Volker Großkopf

## Redaktion

Dipl.-Jurist Michael Schanz (Chefredakteur, ViSdP),  
Dipl.-Berufspädagoge für Pflege Marco Di Bella,  
M.A. Maren van Lessen, B.A. Bernd Schöneck  
E-Mail: [redaktion@rechtsdepesche.de](mailto:redaktion@rechtsdepesche.de)

## Satz und Grafik

Marco Di Bella  
E-Mail: [dibella@rechtsdepesche.de](mailto:dibella@rechtsdepesche.de)

## Lektorat

Christina Helbling

## Druck

Warlich Druck Meckenheim GmbH,  
Am Hambuch 5, 53340 Meckenheim

## Kundenbetreuung

Yasmin Wiesner  
E-Mail: [verlag@rechtsdepesche.de](mailto:verlag@rechtsdepesche.de)

## Mediaberatung

Ramona Keller  
E-Mail: [keller@rechtsdepesche.de](mailto:keller@rechtsdepesche.de)

## Mediadaten

Im Internet abrufbar unter: <https://media.rechtsdepesche.de>

## Urheber- und Verlagsrechte

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung (auch auszugsweise) nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages und unter Angabe der Quelle zulässig. Das gilt in gleicher Weise für die veröffentlichten Gerichtsentscheidungen und ihre Leitsätze, denn diese sind geschützt, soweit sie vom Einsender oder von der Redaktion erarbeitet oder redigiert worden sind. Der Rechtsschutz gilt auch gegenüber Datenbanken und ähnlichen Einrichtungen. Gezeichnete Beiträge geben die Meinung der Autoren wider, nicht die des Herausgebers oder des Verlages. Eine Haftung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Beiträge und zitierten Quellen wird nicht übernommen.

## Umschlaggestaltung

Marco Di Bella mit Stockmaterial von Leerodney Avison (Dreamstime.com).

## Vertriebskooperation

Verlag C.H. Beck, München

## Schwerpunktthema

**2 Zivil- und strafrechtliche Perspektiven**  
Ärztliche Pflichten bei der Beurteilung  
der Fahreignung und Fahrtüchtigkeit  
VOLKER GROSSKOPF

**6 Interview mit Prof. Dr. Dirk Weitalla**  
Einschätzung der Fahruntüchtigkeit  
aus medizinischer Sicht

## Sonderproblem: Fahrauglichkeitsprüfung

**9 Verkehrsrechtliche Grundlagen**  
Die ärztliche Überprüfung der Fahreignung  
im Rahmen einer anlassbezogenen Begutachtung  
ANIGNA HOCKAMP

## Aus der Rechtsprechung

**12 OLG Düsseldorf vom 2.4.2015 – III-2 Ws 101/15**  
Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht  
durch Unterrichtung der Straßenverkehrsbehörde

**15 BGH vom 8.4.2003 – VI ZR 265/02**  
Ärztliche Überwachungspflicht bei bestehender  
Fahruntauglichkeit

## Forum Haftpflichtrecht

**18 Zivilrechtliche Konsequenzen**  
Haftung für ein verkehrsmedizinisches Gutachten  
MICHAEL SCHANZ

## Service

**20 Weiterführende Materialien**

Zivilrechtliche und strafrechtliche Perspektiven

# Ärztliche Pflichten bei der Beurteilung der Fahreignung und Fahrtüchtigkeit

Die Fahreignung ist im Straßenverkehrsrecht von zentraler Bedeutung. Der Führer eines Kraftfahrzeugs muss körperlich und geistig in der Lage sein, die Anforderungen des Straßenverkehrs zu beherrschen. Der Begriff „Fahrtüchtigkeit“ stammt demgegenüber aus der Verkehrsmedizin und bezeichnet die zeitlich und situationsabhängige Fähigkeit zum Lenken eines Fahrzeuges im Straßenverkehr. Sowohl hinsichtlich der Fahreignung als auch der Fahrtüchtigkeit kann eine ärztliche Begutachtung erforderlich werden.

VOLKER GROSSKOPF

**V**erdichten sich die Bedenken an der Fahreignung des Betroffenen, kann die Fahrerlaubnisbehörde die Beibringung eines ärztlichen Gutachtens anordnen. Auf Basis dieses ärztlichen Gutachtens kann dann nach den einschlägigen straf-

und straßenverkehrsrechtlichen Vorschriften die Nichterteilung bzw. Entziehung der Fahrerlaubnis erfolgen. Steht hingegen die konkret situationsbezogene Fahrtüchtigkeit infrage, wird der Arzt auch die Fahreignung für künftige Fahrten bei seiner Untersuchung zu berücksichtigen haben. Während der Arzt bei der Fahreignungsprüfung die Untersuchung nach den Vorgaben der Fahrerlaubnisbehörde auszurichten hat, können die Zweifel an der Fahrtüchtigkeit auch aus der eigenen diagnostischen Wahrnehmung rühren und den Arzt zur Beurteilung der Befähigung zur Teilhabe am Straßenverkehr bewegen. Hierbei sind im Rahmen des Arzt-Patienten-Verhältnisses die nachfolgenden Prinzipien zu beachten.



ZUR PERSON: VOLKER GROSSKOPF

Prof. Dr. Volker Großkopf ist Professor für Rechtswissenschaften an der Kath. Hochschule Nordrhein-Westfalen, Fachbereich Gesundheitswesen. Herausgeber der gesundheitsrechtlichen Fachzeitschrift „Rechtsdepesche“.

## Die Aufklärungspflicht

§ 630c Abs. 2 BGB statuiert für den Arzt die Pflicht, im Rahmen der sogenannten **Sicherungsaufklärung** (auch therapeutische Aufklärung genannt) seinen Patienten über die sich aus der Krankheit sowie der Medikation ergebenden Umstände zu informieren und alle wesentlichen Gesichtspunkte zu erläutern, die zur Sicherung des Heilungserfolges und zu einem therapiegerechten Verhalten erforderlich sind. Hierzu zählen auch Informationen, die zu Einschränkungen im täglichen Leben führen können, wie z. B. die Möglichkeit am Straßenverkehr teilzunehmen. Mithin obliegt es dem Arzt sich darüber zu erkundigen, ob sein Patient über eine Fahrerlaubnis verfügt und aktiv am Straßenverkehr teilnimmt.<sup>1</sup> Wird beides positiv festgestellt und bestehen Bedenken gegen die gesundheitliche Eignung an der Teilhabe am Straßenverkehr, muss der Arzt seinen Patienten darüber informieren, dass die Krankheit gegebenenfalls seine Fahreignung beschränkt oder das Einnehmen der Medikation zur Fahruntüchtigkeit führt. Die Aufklärung über die mangelnde Fahreignung oder vorliegende Fahruntüchtigkeit hat **anlasslos** zu erfolgen. Sollte eine Fahruntüchtigkeit vorliegen muss der Arzt darauf hinweisen, dass selbst kurze Fahrstrecken oder bekannte Wege mittels eines motorisierten Fahrzeuges nicht zurückgelegt werden dürfen.<sup>2</sup>

Das hierdurch ausgesprochene sogenannte „ärztliche Fahrverbot“ besitzt gegenüber dem Patienten allerdings keine rechtliche Bindungswirkung. Die Erteilung, Beschränkung und Entziehung der Fahrerlaubnis ist eine hoheitliche Maßnahme, die nur von der Fahrerlaubnisbehörde angeordnet werden kann. In diesem Zusammenhang ist zwingend zu beachten, dass die vorgenannten Informationen dem Patienten klar und unmissverständlich in einem **Gespräch** vermittelt werden müssen. Das bloße Aushändigen eines Aufklärungsbogens ist nicht ausreichend und wird von der Rechtsprechung lediglich als ergänzende Information anerkannt. Aus Gründen der Beweissicherung sollte das Aufklärungsgespräch daher in der ärztlichen Dokumentation vermerkt werden. Zur Verdeutlichung des „Gesprächscharakters“ können die

### Aufklärungspflicht durch den behandelnden Arzt

Die Aufklärung über die mangelnde Fahreignung oder vorliegende Fahruntüchtigkeit hat **anlasslos** zu erfolgen. Sollte eine Fahruntüchtigkeit vorliegen muss der Arzt darauf hinweisen, dass selbst kurze Fahrstrecken oder bekannte Wege mittels eines motorisierten Fahrzeuges nicht zurückgelegt werden dürfen.

stichwortartige Wiedergabe der Aufklärungsinhalte oder eventuelle Rückfragen und/oder Bemerkungen des Patienten dienen. Sofern die Inhalte des Aufklärungsgesprächs standardisiert oder in einer Aufklärungsbroschüre hinterlegt sein sollten, genügt die entsprechende Bezugnahme auf den Standard oder die Broschüre in der ärztlichen Dokumentation. Diese Vorgehensweise erspart zum einen die detaillierte Aufführung der Dokumentationsinhalte und zum anderen kann der Standard oder die Broschüre als „Leitfaden“ zum Ablauf des Aufklärungsgesprächs dienen. Bei dieser Vorgehensweise empfiehlt es sich jedoch unbedingt, die Rückfragen oder Bemerkungen des Patienten schriftlich festzuhalten, da hierdurch im Streitfall der Beweis für die Durchführung eines Gespräches bekräftigt und dem Einwand der bloßen Aushändigung der Aufklärungsbroschüre entgegengetreten werden kann. Für den Fall, dass seitens des Patienten ein Aufklärungsbogen unterschrieben werden sollte, sind ihm die Abschriften dieser Unterlagen auszuhändigen (vgl. hierzu § 630e Abs. 2 BGB.). Ein Unterzeichnen solcher Unterlagen durch den Patienten ist aus Sicht der Beweissicherung allerdings nicht zwingend erforderlich, da der ärztlichen Dokumentation im Rahmen des **Anscheinsbeweises** grundsätzlich die Wahrheitsvermutung innewohnt.

Für den Arzt kann aus zivilrechtlicher Sicht eine unterlassene Sicherungsaufklärung einen zum Schadensersatzanspruch führenden Behandlungsfehler darstellen; unter strafrechtlichen Gesichtspunkten kann die verabsäumte Aufklärung und Beratung des Patienten den Vorwurf eines fahrlässigen Unterlassungsdeliktes begründen, wenn der Patient infolge der fehlenden Informationen einen Verkehrsunfall mit Verletzungen an Körper (§§ 229, 13 StGB) oder Leben (§§ 222, 13 StGB) erlitten bzw. verursacht hat.<sup>3</sup>

Aus Sicht des Patienten kann die Teilnahme am

<sup>1</sup> Forster (1986, S. 414).

<sup>2</sup> Halbe (2018).

<sup>3</sup> Laufs/Kern/Rehborn, § 160, RN 21.

### Keine Meldepflicht des behandelnden Arztes

Grundsätzlich besteht weder bei einer generellen Fahruntauglichkeit noch bei einer partiellen Fahruntüchtigkeit eine ärztliche Meldepflicht gegenüber den Fahrerlaubnis- oder Polizeibehörden.

Straßenverkehr trotz Vorliegens eines „ärztlichen Fahrverbotes“ dazu führen, dass ein selbstverschuldeter Unfall als grob fahrlässiges oder sogar vorsätzliches Fehlverhalten eingestuft wird. In einem solchen Fall kann die Kfz-Haftpflichtversicherung beim Versicherten gegebenenfalls Rückgriff wegen der entstandenen Unfallkosten nehmen.

### Die Meldepflicht

Vor dem Hintergrund der Gefährdungssituation, die von einem Patienten mit mangelnder Fahreignung ausgehen kann, stellt sich nun die Frage, ob der behandelnde Arzt berechtigt oder gar verpflichtet ist, seine Erkenntnisse über krankheits- oder medikamentenbedingte Zweifel an der Tauglichkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges der Straßenverkehrsbehörde mitzuteilen hat. An dieser Stelle ist eindeutig zu konstatieren, dass grundsätzlich weder bei einer generellen Fahruntauglichkeit noch bei einer partiellen Fahruntüchtigkeit eine ärztliche Meldepflicht gegenüber der Fahrerlaubnisbehörde oder den Polizeibehörden besteht.

Bei dieser Problemstellung tritt das Spannungsverhältnis zwischen dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung und dem Recht auf körperliche Unversehrtheit zutage. Das verfassungsmäßig geprägte Recht des Einzelnen über die Preisgabe und Verwendung der personenbezogenen Daten im medizinischen Kontext präsentiert sich im Strafrecht durch den Tatbestand der „Verletzung von Privatgeheimnissen“ gemäß § 203 StGB. Hiernach wird die unbefugte Offenbarung eines Geheimnisses aus dem Behandlungsverhältnis mit einer Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe geahndet. Eine direkte gesetzliche Befugnis zur Offenbarung der Tatsache, dass eine mangelnde Fahreignung vorliegt, besteht nicht, sodass sich eine strafausschließende Rechtfertigung nur unter der Berufung auf die Grundsätze des rechtfertigenden Notstandes gemäß

§ 34 StGB ergeben kann. Hierbei ist eine Güterabwägung vorzunehmen, bei der im Ergebnis die Offenbarung zum Schutz bedrohter, vom Recht anerkannter Interessen (Schutz von Leib und Leben des Patienten und/oder anderer Verkehrsteilnehmer) gegenüber dem individuellen Recht des Patienten (Schutz vor Geheimnisverrat) überwiegen muss. Rechtsprechung und juristische Literatur rechtfertigen einen Bruch der Schweigepflicht gemäß § 34 StGB in der Regel allerdings nur dann, **wenn konkrete Hinweise vorliegen**, dass der Patient trotz eingehender Aufklärung über seine mangelnde Fahreignung weiterhin am Straßenverkehr teilnehmen wird.<sup>4</sup> In einer solchen Fallkonstellation **kann** der behandelnde Arzt nach Abwägung der widerstreitenden Interessen eine Meldung an die Behörden vornehmen. Aber wie bereits erwähnt, eine Verpflichtung hierzu besteht grundsätzlich nicht.

Entschließt sich der Arzt zur Preisgabe seiner Bedenken, weil der Patient offensichtlich uneinsichtig ist und eine extreme Gefahrenlage droht, muss er seine Informationen allerdings knapp fassen und ausschließlich auf die Aspekte und Inhalte beziehen, welche die Diagnose der Fahruntüchtigkeit begründen. Weiterführende Hinweise, die Rückschlüsse auf die allgemeine Krankengeschichte ermöglichen, werden als Geheimnisverrat gewertet und können zu empfindlichen straf- und zivilrechtlichen Folgen führen.<sup>5</sup>

### Die Zurückhaltungspflicht

Eine Pflicht den Patienten an der Teilnahme am Straßenverkehr zu hindern, besteht ebenfalls grundsätzlich nicht. Erstens hat der einsichtsfähige Patient ein Recht auf Selbstgefährdung und zweitens kommt dem Arzt hinsichtlich der Sicherheit im Straßenverkehr keine Garantenpflicht zu. Eine Ausnahme liegt nur dann vor, wenn es dem Patient an der Einsichts- oder Einwilligungsfähigkeit mangelt. Dies ist immer dann der Fall, wenn der betroffene Patient nicht in der Lage ist die Schwere und Tragweite seiner Handlung beurteilen und bewerten zu können. In diesem

<sup>4</sup> BGH vom 8.10.1968 – VI ZR 168/67 = NJW 1968, S. 2290; OLG Zweibrücken vom 19.10.1967 – Ss 147/67 = NJW 1968, S. 2301; Lackner/Kühl, § 203, RN 25; weitere Nachweise bei Laufs/Kern/Rehborn, § 160, RN 24.

<sup>5</sup> OLG Düsseldorf vom 2.4.2015 – 2 WS 101/15.

### Zurückhaltungspflicht nur bei Gefahr und fehlender Einsichtsfähigkeit

Eine Zurückhaltung des Patienten ist nur bei Vorliegen einer Gefahr und fehlender Einsichtsfähigkeit des Patienten zulässig und geboten.

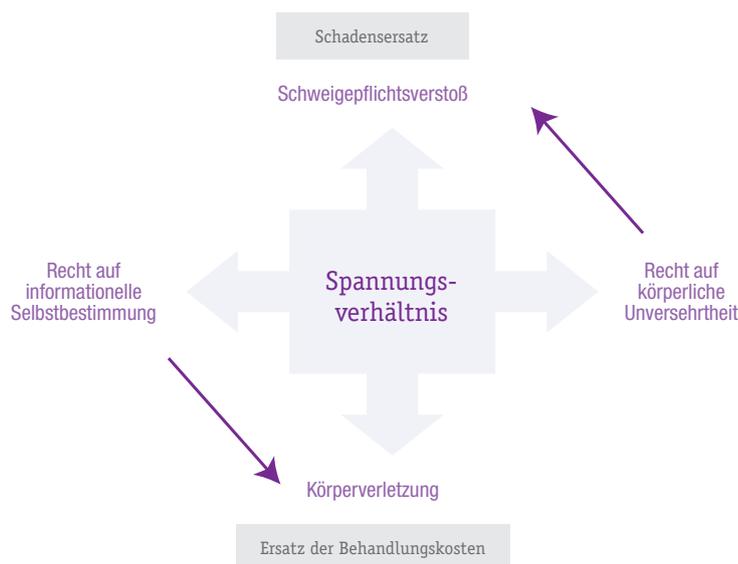
Fall ist der Arzt aus dem Behandlungsvertrag, der sich daraus ergebenden Sorgfalts- und Fürsorgepflicht sowie der dem Patienten gegenüber bestehenden Garantienpflicht gehalten, Schäden vom ihm abzuwenden.<sup>6</sup> Der Bundesgerichtshof hat in diesem Zusammenhang einen Chefarzt zu Schadensersatz verurteilt, weil dieser nach einer ambulanten Magenspiegelung mit Dormicum®-Sedierung (Wirkstoff: Midazolam) seine postoperative Überwachungspflicht verletzt hat. Trotz Aufklärung darüber, dass nach der Untersuchung eine Fahruntüchtigkeit vorliege, hat der Patient eigenmächtig das Krankenhaus verlassen und war nach einem Unfall mit seinem Kfz auf dem Heimweg verstorben. Der Bundesgerichtshof führte hierzu aus, dass der Bewusstseinszustand des Patienten infolge der Sedierung getrübt war. Mithin hätte postoperativ durch eine Unterbringung des Patienten in einem dauerhaft überwachten Raum sichergestellt werden müssen, dass dieser sich nicht bereits vor der ärztlich veranlassten Entlassung hätte entfernen können. Die Unterbringung des Patienten im Flur ohne ständige Aufsicht war nicht ausreichend gewesen und stellte damit eine Sorgfaltspflichtverletzung dar.<sup>7</sup>

### Fazit

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass der Arzt seinen Patienten über die sich aus der Krankheit und/oder Medikation ergebenden Einschränkungen seiner Fahreignung immer aufzuklären hat. Diese Verpflichtung ergibt sich bereits aus dem mit dem Patienten abgeschlossenen Behandlungsvertrag. Eine Offenbarungspflicht des Arztes besteht hingegen nicht, denn der behandelnde Arzt ist nicht der verlängerte Arm der Behörden. Vielmehr wird dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Dies bedeu-

tet, dass die Inhalte der Krankheitsgeschichte des behandelnden Patienten grundsätzlich durch die Schwe-

igepflicht des Arztes geschützt sind. Nur in ganz speziellen und wenigen Ausnahmefällen bei denen eine extreme Gefahrenlage zu verzeichnen wäre, kann ein Bruch des Vertrauensverhältnisses gemäß § 34 StGB gerechtfertigt sein. Das sich hieraus ergebende Offenbarungsrecht schlägt allerdings nur dann in eine Zurückhaltungspflicht um, wenn der Patient offensichtlich – z. B. durch eine sedierende Medikation – entscheidungsunfähig ist. ■

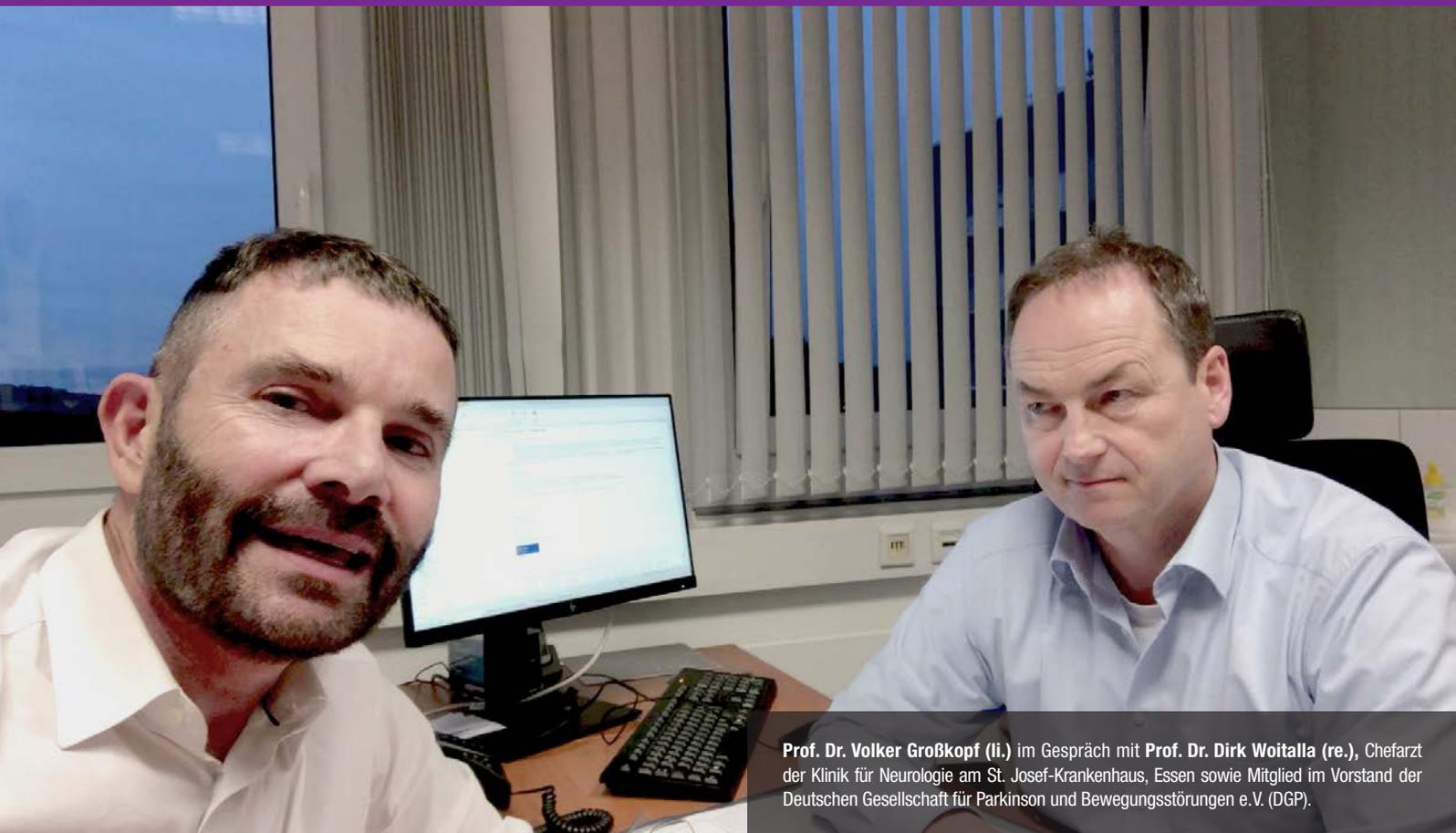


### Literatur

- Burmann M, Heß R, Hühnermann K, Jahnke J (2018): Straßenverkehrsrecht: StVR. 25. Auflage, München: C. H. Beck [zitiert: Burmann/Heß/Hühnermann/Jahnke]
- Forster B (1986): Praxis der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen. Stuttgart: Thieme
- Halbe B (2018): „Aufklärungspflicht: Umgang mit fahruntauglichen Patienten in der Praxis.“ In: Dtsch Arztebl 115 (38), S. A-1666
- Lackner K, Kühl K (2018): Strafgesetzbuch, Kommentar. 29. Auflage, München: C. H. Beck [zitiert: Lackner/Kühl]
- Laufs A, Kern B-R, Rehborn M (2019): Handbuch des Arztrechts. 5. Auflage, München: C. H. Beck [zitiert: Laufs/Kern/Rehborn]

<sup>6</sup> Weiterführend: Burmann/Heß/Hühnermann/Jahnke, vor § 249, RN 49.

<sup>7</sup> BGH vom 8.4.2003 – 6 ZR 256/02.



Prof. Dr. Volker Großkopf (li.) im Gespräch mit Prof. Dr. Dirk Voitalla (re.), Chefarzt der Klinik für Neurologie am St. Josef-Krankenhaus, Essen sowie Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörungen e.V. (DGP).

Interview mit Prof. Dr. Dirk Voitalla

## Einschätzung der Fahruntüchtigkeit aus medizinischer Sicht

Gemäß § 315c Abs. 1 Ziff. 1b StGB (Gefährdung im Straßenverkehr) wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer infolge geistiger oder körperlicher Mängel nicht in der Lage ist ein Fahrzeug sicher zu führen. Tathandlung des § 315c StGB ist das Führen eines Fahrzeuges im Zustand der Fahruntüchtigkeit. Die Gerichte erkennen die Fahruntüchtigkeit immer dann als gegeben an, wenn der Führer des Kraftfahrzeuges nicht fähig ist, dieses über eine längere Strecke so zu steuern, dass er dabei den Anforderungen des Straßenverkehrs, und zwar auch bei plötzlichem Auftreten schwieriger Verkehrslagen, gewachsen ist. Wann aber führen geistige und körperliche Mängel tatsächlich zu einer Fahruntüchtigkeit? Die Klärung dieser Frage stellt für Patienten, Richter und medizinische Sachverständige immer wieder eine Herausforderung dar. Zur Klarstellung führte der Herausgeber der Rechtsdepesche, Prof. Dr. Volker Großkopf, ein Interview mit dem Neurologen und Parkinson-Spezialisten Prof. Dr. Dirk Voitalla.

**Großkopf:** Welche Faktoren müssen aus Sicht eines Mediziners bei der Einschätzung der Fahrtüchtigkeit berücksichtigt werden?

**Woitalla:** Die motorischen und geistigen Fertigkeiten des Patienten stellen sich aus medizinischer Sicht als relevante Einflussfaktoren zur Bewertung der Fahrtüchtigkeit dar. Beide Funktionen beeinflussen sich wechselseitig. Unter den geistigen Faktoren sind die geteilte Aufmerksamkeit, die Konzentrationsfähigkeit sowie die Ablenkbarkeit hervorzuheben. Aber auch das Auftreten von Sinneswahrnehmungen kann sich auf die motorischen Fertigkeiten auswirken und die Fahrtüchtigkeit negativ beeinflussen. Bezüglich der Einschränkung der motorischen Fertigkeiten sind beispielsweise Lähmungen oder unwillkürliche Bewegungen zu nennen, die die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen können. Aber auch Schlafattacken und plötzliche, unvorhersehbare Müdigkeit können die Motorik massiv beeinträchtigen und damit die Fahrtüchtigkeit eklatant herabsetzen. In der Medizin werden solche fahrsicherheitsrelevanten Auffälligkeiten als „Red Flags“ bezeichnet. Insbesondere in der Neurologie muss ferner die Dynamik der jeweiligen Erkrankung in besonderer Weise berücksichtigt werden. Diese Vorgehensweise wird auch in den einschlägigen Leitlinien<sup>1</sup> hervorgehoben. Wie bei jedem gesunden Menschen gibt es natürlich auch bei den neurologischen Patienten temporäre Zustände, bei denen die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt ist. Die Einnahme bestimmter Medikamente kann Effekte wie Müdigkeit oder die Herabsetzung der Reaktionsgeschwindigkeit hervorrufen. Wann immer die Einnahmen von Medikamenten zu berechenbaren Einschränkungen führen und damit für den betroffenen Patienten vorhersehbar sind, fällt dies in dessen Verantwortlichkeit, seine Fahreignung selbst zu hinterfragen und dementsprechend seine Fahraktivität danach auszurichten.

**Großkopf:** Gibt es typische Medikamente, welche die Fahrtüchtigkeit einschränken?

<sup>1</sup> Begutachtungsleitlinien zur Krafftfahreignung, Stand der letzten Änderungen: 24.5.2018. Verfügbar auf den Seiten der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt).

**Woitalla:** Das sind zum einen alle Medikamente, die Effekte auf die Reaktionsfähigkeit haben, wie beispielsweise Beruhigungsmittel. Das sind zum anderen Medikamente, die erfahrungsgemäß die Reaktionsgeschwindigkeit und Vigilanz beeinflussen, beispielsweise wie dies bei einigen Antiepileptika der Fall ist. Darüber hinaus erhöhen Schlaf- und Narkosemittel, wie etwa Dormicum oder Propofol die Fahruntüchtigkeit und damit das Unfallrisiko eminent.

**Großkopf:** Wie beurteilen Sie die Selbsteinschätzung des Patienten bezogen auf die Fahrtüchtigkeit, bzw. Fahruntüchtigkeit?

**Woitalla:** Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Patienten nicht immer in der Lage sind, den Einfluss von Medikamenten, Genussmitteln oder die Folgen ihrer Erkrankung auf die Fahreignung adäquat zu beurteilen. Es ist eher davon auszugehen, dass der Einfluss der Krankheit auf die Fahrtüchtigkeit meistens massiv unterschätzt wird. Dies gilt in Analogie übrigens auch für uns Gesunde hinsichtlich des Konsums von Genussmitteln. Mithin bleibt es in der Verantwortung des Betroffenen seinen Zustand adäquat zu beurteilen, soweit dies seine Krankheit zulässt.

**Großkopf:** Abschließend drängt sich für mich die Frage auf, worin aus Sicht eines Arztes die Schwierigkeit besteht, den Patienten über seine mangelnde Fahrtüchtigkeit aufzuklären?

**Woitalla:** Wir müssen den Patienten mit seiner Krankheit konfrontieren, mit der viele, meist negative Einschränkungen einhergehen. Um das Vertrauensverhältnis nicht bereits zu Beginn der Behandlung zu zerstören ist eine positive Gesprächsatmosphäre besonders wichtig. Denn Ziel sollte es sein, gemeinsam mit dem Patienten einen guten „Therapieweg“ zu beschreiten. Es bedarf daher ärztlicherseits einer hohen Sensibilität für die sich aus der Krankheit ergebenden Ängste und Nöte des Patienten. Die Erfahrungen zeigen, dass eine Konfrontation mit zusätzlichen Einschränkungen wie zum Beispiel die Fahruntüchtigkeit zu Beginn der Behandlung, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und

## Algorithmus zur Einschätzung der Fahrtauglichkeit bei neurologischen Erkrankungen

I

Neurologisches Defizit mit Einschränkung der

- Sensomotorik,
- Koordination,
- Kognition/Wahrnehmung/Vigilanz,
- Reaktionsgeschwindigkeit,

die an der Fahrtauglichkeit zweifeln lassen.

II

Bestehende oder anzunehmende Erkrankung, die das Risiko birgt

- sich akut zu verschlechtern (z. B. Fluktuationen bei Parkinson),
- episodisch aufzutreten (z. B. Epilepsie),
- mit Rezidiven erneut aufzutreten (z. B. Zerebrovaskuläre Erkrankung)

und dabei zu Defiziten im Sinne von I führen können.

III

Medikation mit Wirkstoffen mit potenziellen Nebenwirkungen, die zu Defiziten im Sinne von I führen können. Dazu gehören beispielsweise:

- Analgetika
- Sedativa
- Antidepressiva
- Antiepileptika
- dopaminerge Substanzen
- Cannabinoide

### Vorgehen

Bei einem Zutreffen von

**I, II, III** Aufklärung des Patienten über Einschränkung der Fahrtauglichkeit.

**I** gegebenenfalls Überweisung an einen Gutachter für Verkehrsmedizin, TÜV oder DEKRA zur Beratung auch über eventuell notwendige Anpassung des Fahrzeugs; ggf. Veranlassung einer Überprüfung der praktischen Fahrtauglichkeit durch eine hierfür qualifizierte Fahrschule.

**II** Aufklärung des Patienten über einzuhaltende Medikationen und Fristen (z. B. nach epileptischem Anfall oder Schlaganfall). Gegebenfalls Vorgehen wie bei I.

**III** Dosierungseffekte abwarten. Gegebenfalls keine Fahrzeugnutzung während bzw. nach Einnahme der Medikation.

### Cave

**Es gibt keine relative Fahrtauglichkeit!** Eine auch nur eingeschränkte Nutzung des Fahrzeugs bezüglich Dauer und Umgebung („nur kurze Strecken“, „nur in bekannter Umgebung“) **ist nicht möglich!**

Patient nachhaltig negativ beeinflussen kann. Dies ist wohl der Grund, weshalb das Thema Fahruntüchtigkeit häufig nicht bereits bei dem ersten Patientenkontakt in der Arztpraxis angesprochen wird.

Im stationären Bereich stellt sich dies anders dar. Der Aufenthalt in einem Krankenhaus zeichnet sich in der Regel nicht durch eine langfristige Bindung zwischen Patient und Arzt aus; sodass die Konfrontation mit zusätzlichen Einschränkungen nur eine geringe bis gar keine negative Auswirkung auf das Behandlungsverhältnis hat. Wegen der meist dauerhaften Bindung der Patienten im ambulanten Behandlungsverhältnis ist dies für die niedergelassenen Kollegen anders zu bewerten. Aus diesem Grunde ist es äußerst wichtig, dass die Information über eine mangelnde Fahrtüchtigkeit bei neurologischen oder sonstigen Erkrankungen in der öffentlichen Wahrnehmung und Diskussion stärker hervorgehoben werden muss. Wünschenswert wäre es, wenn das Thema einer möglichen Fahruntüchtigkeit von den betroffenen Patienten selbst gegenüber den behandelnden Ärzten aktiv zur Sprache gebracht werden würde. Dies wäre für den Arzt-Patienten-Kontakt und das daraus resultierende Vertrauensverhältnis deutlich besser, als wenn der Arzt der Bote der schlechten Nachricht ist. Man darf sich aber auch nichts vormachen: Das Gespräch über die Fahrtüchtigkeit birgt für den Patienten das Risiko der Mobilitätseinschränkung und wird das Verhältnis zwischen Arzt und Patient immer in einer bestimmten Art und Weise beeinflussen.

**Großkopf:** Sehr geehrter Herr Prof. Woitala, herzlichen Dank für das äußerst informative Gespräch. ■

← Der Algorithmus zur Einschätzung der Fahrtauglichkeit bei neurologischen Erkrankungen wurde zusammengestellt von Dr. Wolfram von Pannwitz, Facharzt für Neurologie. Dr. von Pannwitz ist Gutachter für Verkehrsmedizin der Ärztekammer Berlin und seit 2014 Partner in der Gemeinschaftspraxis Neurologie Berlin:

[www.neurologie-berlin.de](http://www.neurologie-berlin.de)



## Verkehrsrechtliche Grundlagen

# Die ärztliche Überprüfung der Fahreignung im Rahmen einer anlassbezogenen Begutachtung

§ 11 Absatz 2 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) gibt der Fahrerlaubnisbehörde die Möglichkeit, bei Bedenken gegen die körperliche und geistige Eignung einer Person zum Führen eines Kraftfahrzeuges, die Beibringung eines ärztlichen Gutachtens anzuordnen. Die dabei vorgelegten Gutachten sollen der Behörde die notwendigen Informationen vermitteln, um über die Erteilung oder Verlängerung einer Fahrerlaubnis oder über deren Entzug entscheiden zu können. Sowohl die mit dem Gutachten beauftragten Mediziner, als auch der einen Betroffenen behandelnde Arzt, sieht sich mit der fehlenden Fahreignung eines Patienten diversen rechtlichen Fragestellungen ausgesetzt.

ANIGNA HOCKAMP

**D**ie Fahreignung ist die generelle (psychische oder physische) Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges. Diese kann durch Erkrankungen derart beeinträchtigt sein, dass dem Betroffenen aus Gründen der Verkehrssicherheit und im Interesse der Allgemeinheit die Fahrerlaubnis zu entziehen (oder nicht zu erteilen) ist.

Eine Auflistung derjenigen Erkrankungen, die regelhaft zur fehlenden Eignung des Betroffenen führen, findet sich in Anlage 4 zur FeV, die nicht abschließend ist. Eine weitere Zusammenstellung eignungsausschließender und eignungseinschränkender Krankheiten findet sich in den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt). Es handelt sich hierbei um eine Entscheidungshilfe für die Begutachtungstätigkeit im Rahmen der Fahreignungsüberprüfung. Darüber hinaus existiert etwa eine S2e-Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Herausgegeben von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG); AWMF-Register-Nr. 057-026.

und ein Positionspapier „Fahreignung bei Hirngefäßerkrankungen“.<sup>2</sup>

## Wer ist mit der Gutachtenerstellung betraut?

In der Regel sind mit der Erstellung solcher Gutachten nur Ärzte mit verkehrsmedizinischer Qualifikation, die durch die Ärztekammer bescheinigt wird, zu betrauen, Fachärzte für Rechtsmedizin, solche mit der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin oder Betriebsmedizin, Ärzte des Gesundheitsamtes oder von Begutachtungsstellen für Fahreignung. Die Fahrerlaubnisbehörde wird im Zusammenhang mit der Anordnung einer Begutachtung entsprechende Anordnungen zur erforderlichen Qualifikation des Mediziners treffen. Den Begutachtungsauftrag erteilt jedoch der Betroffene (unter Vorlage der Anordnung der Behörde), nicht die Behörde.

In der Regel ist der behandelnde Arzt, Hausarzt oder Facharzt, nicht der geeignete Gutachter. Selbst

<sup>2</sup> Gemeinsames Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB), der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC), der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR), der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) und der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) vom November 2018.

### Welche Ärzte können eine anlassbezogene Begutachtung gemäß FEV durchführen?

- Ärzte mit verkehrsmedizinischer Qualifikation
- Fachärzte für Rechtsmedizin
- Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Arbeits- oder Betriebsmedizin
- Ärzte in Begutachtungsstellen für Fahreignung

### Hinweis

Zur Vermeidung des Vorwurfs der Parteilichkeit ist der behandelnde Arzt als Gutachter in der Regel nicht geeignet!

wenn eine entsprechende verkehrsmedizinische Qualifikation des Arztes vorliegt, ist die Erstellung des Gutachtens durch ihn – aufgrund des Näheverhältnisses zum Patienten – nicht geeignet, die von der Behörde formulierten Zweifel an der Fahreignung auszuräumen. Das Gutachten eines Arztes ohne verkehrsmedizinische Qualifikation dient diesem Zweck ebenso wenig und ist damit bestenfalls nutzlos. Schlimmstenfalls enthält es weitere, neue Anknüpfungspunkte für die Behörde, an der Fahreignung des Betroffenen zu zweifeln und diesen nachzugehen. Soweit der Betroffene entsprechende Atteste freiwillig vorlegt, ist die Behörde nicht gehindert, sie zu verwerten.<sup>3</sup>

### Welchen Inhalt hat die Anordnung?

Eine entsprechende Anordnung der Beibringung eines Gutachtens muss anlassbezogen sein. Das bedeutet, dass ein Gefahrverdacht vorliegen muss: Der Behörde müssen hinreichende Anhaltspunkte

<sup>3</sup> Vgl. BVerwG vom 28.4.2010 – 3 C 2/10.



#### ZUR PERSON: ANIGNA HOCKAMP

Anigna Hockamp, LL.M. (Medizinrecht), ist Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht in der Kanzlei Buiting & Teßmer.

te dafür vorliegen, dass von dem Betroffenen eine Gefährdung der Allgemeinheit (des Straßenverkehrs) ausgeht. Dies wird in der Regel dann geschehen, wenn der Betroffene im Straßenverkehr auffällig wurde, sei es durch die Verursachung eines Unfalles oder durch sein für eine Verkehrssituation unangemessenes Verhalten (etwa fehlende Reaktion auf Blaulicht o.ä.). Die Polizei setzt die Fahrerlaubnisbehörden von derartigen Vorfällen regelmäßig in Kenntnis. Denkbar ist jedoch auch, dass die Behörde durch die Mitteilung Dritter – etwa Angehöriger oder Ärzte der Betroffenen – Kenntnis von etwaigen gesundheitlichen Mängeln im Hinblick auf die Fahreignung erhält, wobei es hierbei nicht ausreicht, generelle Zweifel zu äußern, ohne konkrete Diagnosen oder Symptome zu benennen.<sup>4</sup> Der Betroffene erhält sodann die oben bezeichnete Anordnung – eine Aufforderung zur Vorlage eines ärztlichen Gutachtens über seine Eignung zur Teilnahme am Straßenverkehr.

Im Rahmen der Anordnung eines Gutachtens legt die Behörde fest, welche Fragen im Hinblick auf die Fahreignung des Betroffenen zu klären sind, § 11 Abs. 6 FeV. Anlassbezogen ist die Anordnung einer Begutachtung dann, wenn aufgrund der bekannten Umstände hinreichend Anhaltspunkte für die Begründung eines Gefahrenverdachts bestehen.<sup>5</sup> Erforderlich ist also ein innerer Zusammenhang zwischen den bekannten Umständen, die zu Eignungszweifeln führen, und den behördlichen Fragestellungen. Äußert also etwa die Polizei Zweifel an der zureichenden Hörfähigkeit eines Verkehrsteilnehmers, weil dieser nicht auf ein Martinshorn reagiert hat, verbieten sich Fragestellungen nach dessen Sehkraft.

### Welchen Inhalt soll das Gutachten haben?

Soweit eine behördliche Anordnung der Begutachtung vorliegt, sind nur deren formulierte Fragen zu beantworten und die Antworten im Rahmen des Begutachtungsanlasses zu halten. Unterbleiben sollten umfassende Ausführungen, die den gesundheitlichen Zustand des Betroffenen über den eigent-

<sup>4</sup> Vgl. VGH München vom 9.10.2018 – 11 CS 18.1897.

<sup>5</sup> BVerwG vom 9.6.2005 – 3 C 25/04.

lichen Begutachtungsanlass hinaus darlegen. Auch die Aufforderung einer Behörde zur Mitteilung „aller fahrerlaubnisrelevanten Leiden“ ist nicht anlassbezogen und damit rechtswidrig.<sup>6</sup> Geht die Anordnung dergestalt ersichtlich über den Begutachtungsanlass hinaus, sollte der Betroffene – im Rahmen der insoweit bestehenden Aufklärungs- und Beratungspflicht aus dem Behandlungsvertrag – darauf hingewiesen werden, dass die Fragestellungen zu weit gefasst sind. Denn auch hier gilt: Legt der Betroffene freiwillig ein Gutachten vor, kann dessen Inhalt in der Regel vollumfänglich verwertet werden. Dies gilt auch dann, wenn die Anordnung durch die Behörde nicht anlassbezogen und damit rechtswidrig war.

Durch die Anordnung der Vorlage eines Gutachtens über die Fahreignung wird in den Kernbereich des Persönlichkeitsrechtes eingegriffen. Dieser Eingriff muss so schonend wie möglich erfolgen – aus diesem Grunde ist die Behörde nur zur Erhebung der gerade notwendigen Informationen berechtigt. Deswegen darf nur den bekannten Zweifeln an der Fahreignung nachgegangen und nicht darü-

### Spezifikation des Gutachtens

- Eine anlassbezogene Begutachtung gem. § 11 Abs. 6 FEV erfordert hinreichende Anhaltspunkte für das Vorliegen einer fehlenden Fahreignung.
- Ferner muss ein innerer Zusammenhang zwischen den gefahr-begründenden Anhaltspunkten und der Gutachterfragestellung bestehen.
- Das Gutachten soll sich nur auf solche Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensweisen beziehen, die für die Feststellung der Kraftfahreignung von Bedeutung sind.

ber hinaus ermittelt werden. Alle Ermittlungen, die über die bekannten Eignungszweifel hinaus gehen, bewegen sich im Rahmen der unzulässigen Ausforschung und sind zu unterlassen. Betroffene und betroffener Arzt sollten hier aufgrund der weitreichenden Folgen für den Betroffenen die Einholung juristischen Rates in Zweifelsfragen nicht scheuen, um Art und Umfang der erforderlichen Begutachtung, die Grundlage für die Entscheidung über die Fahrerlaubnis sein wird, zu eruieren. ■

6 OVG Lüneburg vom 29.9.2017 – 12 ME 136/17.



## NEUESTE ÜBERARBEITETE AUFLAGE INKLUSIVE PATIENTENRECHTEGESETZ & ANTIKORRUPTIONSRECHT

Großkopf / Klein

## Recht in Medizin und Pflege

Das ideale Werk zum Gesundheitsrecht für Studium, Ausbildung und Praxis

5. überarbeitete und erweiterte Auflage 2020.

520 Seiten, 43 Abbildungen, 20 Tabellen

€ 48,80 brutto [D] / € 50,20 brutto [AT] / 53,70 CHF (UVP)

ISBN 978-3-947683-42-0

Erhältlich unter [shop.rechtsdepesche.de](http://shop.rechtsdepesche.de)  
sowie im gut sortierten Fachbuchhandel



In dieser Rubrik finden Sie die Kurzdarstellung zweier Gerichtsentscheidungen, auf die in diesem Themenheft Bezug genommen wird.

OLG Düsseldorf vom 2.4.2015 – III-2 Ws 101/15

## Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht durch Unterrichtung der Straßenverkehrsbehörde

### Leitsatz

Grundsätzlich haben Ärzte über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen. Eine Durchbrechung dieser Schweigepflichtsmaxime kann erforderlich sein, wenn ein Patient krankheitsbedingt nicht mehr in Lage ist ein Kraftfahrzeug zu führen, ohne sich und andere dabei zu gefährden, und wenn der Patient dennoch beabsichtigt mit einem Kraftfahrzeug am Straßenverkehr teilzunehmen. Die Unterrichtung der Straßenverkehrsbehörde über die Kraftfahr(un-)tauglichkeit des Patienten darf in ihrem Umfang den angemessenen und erforderlichen Rahmen jedoch nicht überschreiten.

### Sachverhalt

Der Antragsteller bezichtigt seinen Arzt (im Folgenden: Beschuldigter) der Verletzung von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Abs. 1 StGB.

Am 6.4.2013 erlitt der Antragsteller einen Hirninfarkt mit anschließender Lähmung der rechten Körperhälfte (Hemiplegie). Nach Beendigung der stationären Versorgung in den Kliniken *M.H.* am 24.4.2013 erfolgte die weitergehende Behandlung in der Praxis des Beschuldigten, letztmalig im Oktober 2013.

Am 19.3.2014 suchte der Sohn des Antragstellers die Praxis des Beschuldigten auf, um mit diesem die Frage eines Kraftfahrzeugumbaus zu erörtern. Der Beschuldigte, der nunmehr über das Bestreben des Antragstellers als Kraftfahrzeugführer am Straßenverkehr wieder teilzunehmen Kenntnis erlangt hatte, hegte aufgrund des

Krankheitsbildes Zweifel an dessen Kraftfahrtauglichkeit. Noch im Verlauf des gleichen Tages informierte der Beschuldigte die Straßenverkehrsbehörde über den gesundheitlichen Zustand des Antragsstellers, in dem er die erste Seite des Entlassungsberichts der Kliniken *M.H.* übersandte und hierauf mit Datum vom 19.3.2014 handschriftlich vermerkt:

„Zweifel an der Kraftfahrtauglichkeit [...] Bescheinigung sollte für Umbau sein.“

Unter dem 10.5.2014 erfuhr der Antragsteller von der Mitteilung des Beschuldigten gegenüber der Straßenverkehrsbehörde. In dem Verlangen, den Beschuldigten wegen der Verletzung von Privatgeheimnissen (§ 203 Abs. 1 StGB) strafrechtlich zu verfolgen, stellte der Betroffene mit Schreiben vom 24.7.2014 fristgerecht den hierzu erforderlichen Strafantrag gemäß § 205 StGB.

Dass das Ergebnis der anschließenden Ermittlungen der Staatsanwaltschaft Mönchengladbach nicht genügend Anlass zur Erhebung der öffentlichen Klage bot,<sup>1</sup> stellte diese mit Bescheid vom 17.12.2014 das Ermittlungsverfahren ein. Die hiergegen gerichtete Beschwerde hat der Generalstaatsanwalt in Düsseldorf mit Bescheid vom 23.1.2015 zurückgewiesen. Gegen diesen

<sup>1</sup> Vgl. § 170 StPO.

Bescheid wendet sich der Antragsteller mit seinem Antrag auf gerichtliche Entscheidung.

### Entscheidung

Der Antrag auf gerichtliche Entscheidung ist zulässig. Die Auffassung der Generalstaatsanwaltschaft, der Antrag genüge nicht den Anforderungen des § 172 Abs. 3 Satz 1 StPO, weil dort der in den Bescheiden der Staatsanwaltschaft und des Generalstaatsanwalts jeweils am Ende enthaltene Verweis auf die beigelegte Rechtsmittelbelehrung und diese selbst nicht mitgeteilt worden seien, ist fernliegend. Denn dieser Umstand ist für die dem Senat zufallende Prüfung, ob die Staatsanwaltschaft durch die Einstellung des Verfahrens ihre Verfolgungspflicht verletzt hat, irrelevant. Der sachliche Inhalt der Bescheide wurde in der Antragschrift jeweils vollständig wiedergegeben.

Der auf § 152 Abs. 2 StPO gestützte Einstellungsbescheid vom 28. 7. 2014 ist durch die spätere Aufnahme der Ermittlungen überholt und hat keinen Inhalt, der zum Verständnis des hier maßgeblichen Einstellungsbescheides vom 17. 12. 2014 notwendig wäre oder über die dortigen Erwägungen hinausgeht. Im Übrigen muss ein Einstellungsbescheid aus sich heraus verständlich sein. Eine näheren Wiedergabe des überholten Einstellungsbescheides vom 28. 7. 2014 bedurfte es daher nicht.

Nach Aktenlage besteht der hinreichende Verdacht, dass sich der Beschuldigte einer Straftat nach § 203 Abs. 1 StGB schuldig gemacht hat. Denn selbst wenn die für die Beurteilung der Rechtfertigungselemente wesentlichen Tatsachen zugunsten des Beschuldigten unterstellt werden, **sind nicht sämtliche Voraussetzungen eines rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) erfüllt.**

Die Ermittlungsbehörden sind im Ansatz zutreffend davon ausgegangen, dass ein Arzt trotz seiner grundsätzlichen Schweigepflicht nach den Grundsätzen über die Abwägung widerstreitender Pflichten oder Interessen berechtigt sein kann, die Straßenverkehrsbehörde zu benachrichtigen, wenn die Gefahr droht, dass sein Patient mit einem Kraftfahrzeug am Straßenverkehr teilnimmt, obwohl dieser krankheitsbedingt nicht mehr fähig ist, ein

Kraftfahrzeug zu führen, ohne sich und andere zu gefährden.<sup>2</sup> Der Antragsteller hatte am 6. 4. 2013 einen Hirninfarkt mit rechtsseitiger Hemiplegie erlitten. Dieses Krankheitsbild legte Zweifel an der Kraftfahrtauglichkeit nahe.

Nach dem Ermittlungsergebnis ist auch davon auszugehen, dass der Antragsteller bestrebt war, wieder als Kraftfahrzeugführer am Straßenverkehr teilzunehmen. Denn ohne ein solches Vorhaben hätte für seinen Sohn kein Anlass bestanden, die Frage eines Kfz-Umbaus mit dem Beschuldigten zu erörtern. Das Vorbringen des Antragstellers, er habe am 29. 3. 2014 erstmals wieder – gemeint wohl außerhalb der Familie – den Wunsch geäußert, ein Kraftfahrzeug zu führen, steht der Annahme, dass dieser Wunsch schon zehn Tage vorher, d. h. zum Zeitpunkt der Benachrichtigung der Straßenverkehrsbehörde durch den Beschuldigten bestand, nicht entgegen. In der Folgezeit hat der Antragsteller sein Vorhaben auch durch die Einholung eines nervenfachärztlichen Gutachtens weiterverfolgt. Ohnehin kann zugunsten des Beschuldigten unterstellt werden, **dass zum Zeitpunkt seiner Mitteilung vom 19. 3. 2014 objektiv eine gegenwärtige Gefahr im Sinne des § 34 StGB bestand.**

### § 34 StGB – Rechtfertigender Notstand

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

Im Hinblick auf das Merkmal „nicht anders abwendbar“ und das Vertrauensverhältnis zum Patienten **ist grundsätzlich zu verlangen, dass ihn der Arzt bei Zweifeln an der Kraftfahrtauglichkeit vor einer Benachrichtigung der Stra-**

<sup>2</sup> Vgl. BGH vom 7. 6. 1968 – VI ZR 1/67 = NJW 1968, S. 2288.

**Benverkehrsbehörde auf seinen Gesundheitszustand und die sich daraus für das Führen eines Kraftfahrzeugs ergebenden Gefahren hinweist.**<sup>3</sup> Eine Ausnahme gilt dann, wenn ein Zureden des Arztes wegen der Art der Erkrankung oder wegen der Uneinsichtigkeit des Patienten von vornherein zwecklos ist.

Eine persönliche Rücksprache mit dem Antragsteller ist hier nicht erfolgt. Es kann jedoch zugunsten des Beschuldigten unterstellt werden, dass eine solche Rücksprache wegen Zwecklosigkeit entbehrlich war.

Aus den vorgenannten Gründen war der Beschuldigte berechtigt, die Straßenverkehrsbehörde über seine Zweifel an der Kraftfahrtauglichkeit des Antragstellers zu unterrichten. Damit ist jedoch noch nichts darüber gesagt, ob die Unterrichtung der Straßenverkehrsbehörde in dem konkreten Umfang angemessen und erforderlich war. Mit diesem Erfordernis, das hier zu verneinen ist, befassen sich die Bescheide der Staatsanwaltschaft und des Generalstaatsanwalts nicht.

**Bei einer gerechtfertigten Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht ist die Mitteilung an den Dritten auf das unbedingt Notwendige zu beschränken.** Vorliegend hätte es ausgereicht, der Straßenverkehrsbehörde unter Bezeichnung der Diagnose mitzuteilen, dass Zweifel an der Kraftfahrtauglichkeit bestehen. Schon dadurch wäre die Straßenverkehrsbehörde in die Lage versetzt worden, nach § 11 Abs. 2 FeV eine Anordnung zur Überprüfung der Eignung zu treffen. Der Beschuldigte hat indes kein eigenes (kurzes) Schreiben verfasst, sondern hat der Straßenverkehrsbehörde die erste Seite des Entlassungsberichts der Kliniken *M. H.* vom 24. 4. 2013 übersandt und diese mit einem handschriftlich Vermerk versehen. Der Entlassungsbericht enthielt neben einer ausführlichen Diagnose Angaben zum Zeitraum der stationären Behandlung, zur Therapieempfehlung und sonstigen

Empfehlung sowie zur aktuellen Anamnese. **In diesem Umfang war die Weitergabe von der ärztlichen Schweigepflicht unterliegenden Geheimnissen keinesfalls angemessen und erforderlich, um den beabsichtigten Zweck zu erfüllen.**

Sollte sich der Beschuldigte über den Umfang seiner Offenbarungsbefugnis geirrt haben, wäre lediglich ein Verbotsirrtum gegeben.<sup>4</sup> Dieser Verbotsirrtum wäre indes durch Einholung einer fundierten Rechtsauskunft vermeidbar gewesen. Der Beschuldigte durfte bei der Weitergabe des Entlassungsberichtes nicht nur der eigenen Einsicht vertrauen, die auch durch den Gedanken der Zeitersparnis (handschriftlicher Vermerk auf dem Entlassungsbericht statt Verfassen eines eigenen Schreibens) beeinflusst gewesen sein mag.

Der in den Bescheiden der Staatsanwaltschaft und des Generalstaatsanwalts angeführte Erlaubnistatbestandsirrtum kann sich nur auf einen Irrtum über die tatsächlichen Elemente des § 34 StGB beziehen, die in die vorzunehmende Gesamtbewertung einfließen. Selbst wenn die tatsächlichen Voraussetzungen zum „Ob“ des § 34 StGB uneingeschränkt zugunsten des Beschuldigten bejaht werden, durfte er nicht den Entlassungsbericht vom 24. 4. 2013 an die Straßenverkehrsbehörde übersenden. Denn in diesem Umfang war die Offenbarung der geschützten Geheimnisse nicht angemessen und erforderlich.

Da eine Geldauflage geeignet erscheint, das öffentliche Interesse an der Strafverfolgung zu beseitigen und die Schuld des Beschuldigten als eher gering einzustufen ist, regt der Senat vorab an, das Verfahren gemäß § 153a Abs. 1 StPO mit der Auflage, dass der Beschuldigte einen Betrag von 800 Euro an die Staatskasse zu zahlen hat, vorläufig einzustellen. ■

<sup>3</sup> Vgl. BGH a. a. O.; Gehrmann L (2005): „Der Arzt und die Fahreignungsmängel seines Patienten. Vertrauensverhältnis kontra Verkehrssicherheit.“ In: NZ 18 (1), S. 1-9

<sup>4</sup> Vgl. Knauer/Brose in: Spickhoff, Medizinrecht, 1. Aufl., StGB 600 RN. 53; Lenckner/Eisele in: Schönke/Schröder, StGB, 29. Aufl., § 203 RN. 71; Ulsenheimer in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 145 RN. 8.

BGH vom 8.4.2003 – VI ZR 265/02

## Ärztliche Überwachungspflicht bei bestehender Fahruntauglichkeit

### Sachverhalt

Die Kläger – die Ehefrau sowie die beiden Kinder des tödlich verunglückten Patienten – machen gegen den Beklagten, einen zwischenzeitlich im Ruhestand lebenden Chefarzt für Innere Medizin im Kreiskrankenhaus S., Schadensersatzansprüche unter anderem auf Ersatz entgangenen Unterhalts geltend.

Am Morgen des 7.12.1993 begab sich der Patient in das Kreiskrankenhaus S., um dort vom Beklagten eine Magenspiegelung, die unter der Sedierung des Patienten erfolgen sollte, vornehmen zu lassen. Vor der Sedierung wurde der Patient durch den Beklagten über die Eingriffsrisiken aufgeklärt und belehrt, dass er hiernach kein Kraftfahrzeug führen dürfe. Der Patient erklärte dem Beklagten, er sei mit dem eigenen Wagen ins Krankenhaus gekommen und werde mit einem Taxi nach Hause fahren. Der große und schwergewichtige Patient erhielt anschließend zur Sedierung 20 mg Buscopan® und 30 mg Dormicum® (Wirkstoff: Midazolam). Nach Durchführung der gegen 8:30 Uhr vorgenommenen Untersuchung verblieb er zunächst eine halbe Stunde im Untersuchungsraum unter Aufsicht. Im Anschluss wurden ihm 0,5 mg Anexate® (Wirkstoff: Flumazenil) verabreicht. Danach hielt er sich auf dem Flur vor den Dienst- und Behandlungsräumen des Beklagten auf, der wiederholt Blick- und Gesprächskontakt zu ihm hatte. Gegen 11:00 Uhr entfernte sich der Patient – ohne vorherige Entlassung – aus der Klinik und fuhr mit seinem Kraftfahrzeug weg. Kurz danach geriet er aus ungeklärter Ursache auf die Gegenfahrbahn, wo er mit einem Lastzug zusammenstieß. Er verstarb noch an der Unfallstelle.

Die Kläger haben vorgetragen, der Beklagte habe dem Patienten eine zu hohe Dosis Dormicum® verabreicht und weder den Patienten über die Gefah-

### Leitsatz

Wird ein Patient bei einer ambulanten Behandlung so stark sediert, dass seine Tauglichkeit für den Straßenverkehr für einen längeren Zeitraum erheblich eingeschränkt ist, kann dies für den behandelnden Arzt die Verpflichtung begründen, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass sich der Patient nach der durchgeführten Behandlung nicht unbemerkt entfernt.

ren der verabreichten Medikamente aufgeklärt noch geeignete Sicherungsmaßnahmen ergriffen, um ein unbemerktes Verlassen des Krankenhauses zu verhindern. Der Beklagte habe sich nicht auf dessen Erklärung verlassen dürfen, mit einem Taxi nach Hause zu fahren. Das LG Darmstadt hat die Klage abgewiesen.

Auch die Berufung der Kläger vor dem OLG Frankfurt ist ohne Erfolg geblieben: Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme stellt die von den Klägern beanstandete Gabe einer gegenüber den Empfehlungen des Herstellers höheren Dosis des Mittels Dormicum® (0,3 mg statt 0,2 mg pro Kilogramm Körpergewicht) keinen ärztlichen Kunstfehler dar. Nach den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen ist auch der Einsatz des Wirkstoffs Flumazenil im ambulanten Bereich trotz entgegenstehender deutscher Produktempfehlung nicht zu beanstanden. Jedenfalls sei seine Gabe nicht kausal geworden, weil der Patient zu dem Zeitpunkt, als er das Krankenhaus verlassen habe, keinesfalls mehr unter dem Einfluss dieses Wirkstoffs gestanden habe.

Aufklärungsmängel habe der Senat ebenfalls nicht feststellen können. Hierzu meint das Berufungsgericht, ein behandelnder Arzt müsse den Patienten nicht darüber aufklären, dass eine bestimmte Medikamentenanwendung nicht in Übereinstim-

mung mit der Produktempfehlung stehe, soweit sich eine bestimmte Übung herausgebildet habe, von der der Arzt in concreto nicht abweiche. So verhalte es sich hier hinsichtlich des Medikaments Anexate und gelte auch für die Dosierungsmenge des Dormicum. Eine Aufklärung sei auch nicht hinsichtlich der Möglichkeit einer retrograden Amnesie erforderlich gewesen, da der Beklagte nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht mit einer solchen habe rechnen müssen.

Eine Haftung sei auch nicht unter dem Gesichtspunkt eines Überwachungsdefizits begründet. Dem Beklagten habe es zwar oblegen, für eine Organisationsstruktur zu sorgen, die einen präventiven Schutz des Patienten gewährleiste. 1993 habe es jedoch keine verbindlichen Empfehlungen gegeben, wie sedierte Patienten zu behandeln seien. Ob der Überwachungsbereich Defizite aufgewiesen habe, könne letztlich dahinstehen, weil etwaige Defizite nicht im Rechtssinne für den Tod des Patienten kausal geworden seien: Es bestehe kein Grund für die Annahme, dass der Beklagte diesen hätte hindern können, das Krankenhaus zu verlassen und – gegebenenfalls auch nach ordnungsgemäßer Entlassung – selbst mit dem Auto zu fahren. Die Gefährdung, die sich tatsächlich realisiert habe, beruhe auf dem eigenen Entschluss des Patienten, weil der Senat davon ausgehe, dass ihm das Wissen um das Verbot, im Anschluss an die Untersuchung Auto zu fahren, nicht aufgrund einer retrograden Amnesie verloren gegangen sei.

Nach erfolgloser Berufung verfolgen die Kläger ihr Klagebegehren im Rahmen der Revision weiter.

### Entscheidung

Die Ausführungen des Berufungsgerichts halten der revisionsrechtlichen Nachprüfung nicht stand.

Entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts können die zu den Sorgfaltspflichten gegenüber suizidgefährdeten Patienten ergangenen Entscheidungen nicht ohne Weiteres auf den vorliegenden Sachverhalt übertragen werden. In jenen Fällen geht die Gefahr einer Selbstschädigung aufgrund seiner Veranlagung oder seines Verhaltens, etwa eines vorangegangenen Alkohol- oder Drogenmissbrauchs, von

dem Patienten selbst aus. Diese Fallgestaltungen sind nicht mit der hier gegebenen zu vergleichen, bei der die Gefahr einer Selbstschädigung erst durch die vom Beklagten im Zusammenhang mit dem Eingriff durchgeführten Sedierung und ihre Folgewirkungen entstand, die u. a. wegen der unstreitig gegebenen Möglichkeit einer anterograden Amnesie (Gedächtnisstörung für die Zeit nach Verabreichung des Medikaments) und einer längeren Fahruntüchtigkeit für den Patienten gefährlich waren.

Unter solchen Umständen gewinnt auch für die Pflicht zur Patientensicherung bzw. -überwachung der für den Inhalt von Verkehrssicherungspflichten geltende Grundsatz in erhöhtem Maß an Bedeutung, dass derjenige, der Gefahrenquellen schafft oder verstärkt, auch die notwendigen Vorkehrungen zum Schutz des Gefährdeten, hier des Patienten, treffen muss.<sup>1</sup>

Ausgehend von diesen Überlegungen liegt bei dem nach den Feststellungen des Berufungsgerichts gegebenen Sachverhalt eine Verletzung der dem Beklagten obliegenden Überwachungspflicht vor, obgleich es für das hier maßgebliche Jahr 1993 keine verbindlichen Empfehlungen für die ambulante Behandlung sedierter Patienten gab. Es lagen besondere, dem Beklagten auch bekannte Umstände vor, die aufgrund der vorgenommenen Sedierung und ihrer Folgewirkungen zu einer erhöhten Gefahr für den Patienten führten und die vom Beklagten getroffenen Maßnahmen zur Überwachung des Patienten nicht ausreichen ließen.

Dem Beklagten war bekannt, dass der Patient ohne Begleitperson mit dem eigenen Kraftfahrzeug in das Krankenhaus gekommen und wegen der Verabreichung des Wirkstoffs Midazolam noch lange Zeit nach dem Eingriff nicht in der Lage war, selbst ein Kraftfahrzeug zu führen. Nach seinen Angaben bei der Anhörung vor dem Berufungsgericht wusste er auch, dass bei der Anwendung von Midazolam eine anterograde Amnesie auftreten konnte, sodass er mit einer Gedächtnisstörung für die Zeit nach Verabreichung des Medikaments rechnen musste, die jedenfalls dann zu einer erheblichen Gefährdung des Patienten führen konnte, wenn sich die-

<sup>1</sup> Vgl. BGH vom 20.6.2000 – VI ZR 377/99 = VersR 2000, S. 1240 [1241].

ser nicht mehr daran erinnerte, dass er das Krankenhaus erst nach seiner offiziellen Entlassung verlassen durfte. Zudem musste der Beklagte nach den Feststellungen des Berufungsgerichts mit einbeziehen, dass sich nach Abklingen der Wirkung des Flumazenils wieder signifikante Sedierungswirkungen einstellen konnten. Aufgrund dieser Umstände geht das Berufungsgericht nach sachverständiger Beratung selbst davon aus, dass der Patient wegen der Wirkung des Medikaments zum Zeitpunkt seines Weggehens aus dem Krankenhaus zwar nicht mehr vital gefährdet, aber im Sinne der Fachterminologie nur „home ready“, nicht jedoch „street ready“ war. Die Revision weist in diesem Zusammenhang unter Hinweis auf die Ausführungen der Sachverständigen zu Recht darauf hin, **dass wegen der Folgewirkungen der Sedierung noch zum Zeitpunkt seiner Entfernung aus dem Krankenhaus bei dem Patienten eine Bewusstseins-trübung und Einschränkung der Einsichtsfähigkeit nicht ausgeschlossen werden konnte** und er deswegen möglicherweise nicht in der Lage gewesen sei, abgewogene und eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen.

Jedenfalls bei einem Medikament mit diesem – auch von den Sachverständigen aufgezeigten – Gefahrenpotenzial war die im Anschluss an den wegen einer akuten Gefährdung von Vitalfunktionen notwendigen Aufenthalt im Untersuchungs-zimmer veranlasste Unterbringung auf dem Flur vor den Dienst- und Behandlungsräumen des Beklagten nicht geeignet, die nach den Gesamtumständen bestehenden Überwachungspflichten zu erfüllen. Auch wenn der Beklagte den Patienten während der Aufenthaltszeit von ca. zwei Stunden mehrfach angesprochen hat, konnte dieser bei einem solchen Aufenthaltsort leicht den Eindruck gewinnen, dass er eigentlich nach Hause könne und nur müde sei.

Den Hinweis, dass er erst nach einer offiziellen Entlassung weggehen durfte, konnte er – wie dem Beklagten bekannt war – wegen der möglichen anterograden Amnesie vergessen haben. Die dem Beklagten aufgrund der ihm bekannten und von ihm geschaffenen gefahrerhöhenden Umstände obliegende Fürsorgepflicht hätte es deshalb erfordert, den Patienten in einem Raum – z. B. ein Vor-

zimmer oder ein besonderes Wartezimmer – unterzubringen, in dem er unter ständiger Überwachung stand und gegebenenfalls daran erinnert werden konnte, dass er das Krankenhaus nicht eigenmächtig verlassen durfte. In dem hier zu beurteilenden Sachverhalt war die tatsächlich erfolgte Unterbringung auf dem Flur ohne die Möglichkeit einer ständigen Beobachtung jedenfalls nicht ausreichend, um ein unbemerktes Entfernen des Patienten zu verhindern und die Gefahr eines selbstgefährdenden Verhaltens auszuschließen.

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen kommt es nicht auf die vom Berufungsgericht in den Mittelpunkt seiner Erwägungen gestellte Frage an, ob der Beklagte mit der Möglichkeit einer retrograden Amnesie zu rechnen hatte. Auch wenn man von der nach Auffassung des erkennenden Senats im Ergebnis vertretbaren Würdigung des Berufungsgerichts ausgeht, dass der Beklagte mit dieser Möglichkeit nicht rechnen musste, würde dies hinsichtlich der oben erörterten Umstände nicht zu einer anderen Bewertung führen. **Im Ergebnis hat der Beklagte auch ohne Einbeziehung der Möglichkeit einer retrograden Amnesie die ihm obliegende Verpflichtung verletzt, den Patienten so zu überwachen, dass er das Krankenhaus nicht unbemerkt verlassen konnte.** Obgleich das Berufungsgericht die rechtliche Wertung hinsichtlich einer Verletzung der Überwachungspflicht im Ergebnis offengelassen hat, ist der erkennende Senat nicht gehindert, diese Wertung zu treffen, da der maßgebliche Sachverhalt festgestellt und eine weitere Aufklärung nicht erforderlich ist.

Mit Erfolg wendet sich die Revision auch gegen die Ausführungen des Berufungsgerichts zur Kausalität. Dies folgt schon daraus, dass der Patient aufgrund einer ausreichenden Überwachung daran gehindert werden musste, das Krankenhaus unbemerkt zu verlassen. **Bei einer ausreichenden Beaufsichtigung wäre es nicht zu dem Unfall gekommen,** da nichts dafür spricht, dass der Patient sich auch dann entfernt hätte, indem er etwa eine Intervention der Aufsichtsperson nicht beachtet hätte. ■



## Zivilrechtliche Konsequenzen

# Haftung für ein verkehrsmedizinisches Gutachten

Es ist Sinn und Zweck eines verkehrsmedizinischen Gutachtens auf der Basis der medizinischen Befunde und unter Berücksichtigung der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnis sowie des ärztlichen Erfahrungswissens eine Entscheidung über die Fahreignung zu ermöglichen. Gleich, ob das Ergebnis positiv oder negativ ausfällt – ist das Gutachten falsch, kann es Grundlage zur Haftung sein.

MICHAEL SCHANZ

**D**ie Fahrerlaubnisbehörde verfügt nicht über das notwendige Fachwissen die gesundheitliche Eignung eines Führerscheininhabers zum Führen eines Kraftfahrzeugs zu prüfen, weshalb behördlicherseits im Falle von begründeten Zweifeln regelmäßig die Beibringung eines verkehrsmedizinischen Gutachtens verlangt wird. Bei dieser Bewertung haben die begutachtenden Ärzte einerseits die Mobilitätsinteressen des Betroffenen und andererseits das gesellschaftliche Interesse am Schutz vor Verkehrsgefahren zu berücksichtigen.



ZUR PERSON: MICHAEL SCHANZ

Dipl.-Jurist Michael Schanz ist Chefredakteur der Fachzeitschrift „Rechtsdepesche“.

Insbesondere bei der Bewertung neurologischer Krankheitsbilder, stellt die Frage nach den Grenzen der Fahreignung eine verantwortungsvolle Aufgabe dar. Immerhin wird die richtige Ermittlung der Fahreignung als Erfolg geschuldet und hierfür haftet der Sachverständige.

### Mögliche Haftungssituationen

Auftraggeber der verkehrsmedizinischen Begutachtung ist der betroffene Führerscheininhaber selbst, und nicht die Fahrerlaubnisbehörde, weshalb sich der Haftungsmaßstab im Falle einer negativen Feststellung der Fahreignung, die sich im Nachhinein als unrichtig erweist, nach dem Werkvertragsrecht (§§ 631 BGB) richtet. Erweist sich das Gutachten hiernach als „mangelhaft“, könnte dies zum einen den Rücktritt gemäß §§ 634 Nr. 3, 636, 323 und 326 Abs. 5 BGB bewirken, der den Auftraggeber zur Rückforderung der bereits bezahlten Vergütung berechtigen kann und zum anderen einen Schadensersatz gemäß §§ 634 Nr. 4, 636, 280 Abs. 1 BGB auslösen, sofern durch den Entzug der Fahrerlaubnis geldwerte Aufwendungen bewirkt worden sind (z. B. Fahr-

schulkosten, Aufwendungen für weitere Gutachten).

Beurteilt der Gutachter demgegenüber den Betroffenen als fahrtauglich und erweist sich diese Einschätzung in der Folge als falsch, kann dies ebenfalls zivilrechtliche Konsequenzen gegenüber dem Auftraggeber oder Dritten auslösen. Für die entsprechende vertragliche oder deliktische Inanspruchnahme bedarf es freilich eines Schadens, der auf dem unrichtigen Gutachten beruht. Denkbare Positionen könnten hier in den Forderungen für materielle und immaterielle Sach- und Personenschäden aus diesem Unfallereignis zu erkennen sein, soweit deren Eintritt nicht zu verzeichnen gewesen wäre, wenn die Fahreignung in dem Gutachten verneint worden wäre.

### Sorgfaltswidrige Begutachtung

Die verschiedenen Schadenkonstellationen haben gemeinsame Haftungsvoraussetzungen. Neben der Einhaltung der formellen Kriterien, die sich aus der Anlage 4a zu § 11 Abs. 5 FeV für die Durchführung der Untersuchungen und die Erstellung von verkehrsmedizinischen Gutachten ergeben (allgemeinverständliche Sprache, nachvollziehbare und nachprüfbar Inhalte), muss in materiell-rechtlicher Hinsicht jedem denkbaren Schadenereignis eine schuldhaft und sorgfaltswidrige Begutachtung vorausgegangen sein. Bezogen auf den Verschuldensmaßstab dieser Fehlleistung gilt § 276 BGB, wonach der privat beauftragte Gutachter bereits für einfache Fahrlässigkeit einzustehen hat.<sup>1</sup> Maßstab der gebotenen Sorgfalt bei der Gutachtenerstellung ist das für einen ordentlichen Gutachter im Fachgebiet der Verkehrsmedizin maßgebende Pflichtenprogramm. Dies folgt aus § 630a Abs. 2 BGB, der ausdrücklich darauf hinweist, dass jede ärztliche Behandlung nach den zu ihrem Zeitpunkt bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen hat. Zudem liegt dieses Verständnis auch der (Muster-)Berufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO) zugrunde, indem gemäß § 25 MBO für die Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse das bestmögliche Wissen und die notwendige Sorgfalt gefordert wird. Diese muss sich der Arzt ggf. im Wege einer Literaturrecherche oder Internetrecherche verschaffen.<sup>2</sup>

Wertvolle Orientierungshilfen liefern insoweit die Empfehlungen zur Fahreignung in den Begutachtungsleitlinien der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt).<sup>3</sup> Für die neurologischen Krankheitsbilder, die mit einem extrapyramidalen Syndrom oder einer zerebralen Störung einhergehen, wird in der Leitlinie anerkannt, dass das prozesshafte oder degenerative Krankheitsgeschehen sich im Einzelfall zwar einigermaßen vorausberechnen lässt, sich aber gleichwohl

Schwierigkeiten bei der Abschätzung der individuellen Belastbarkeit ergeben können. In vielen Fällen würden sich jedoch keineswegs so schwere Leistungseinbußen (wie Verlangsamung, grob störende unwillkürliche Bewegungsimpulse, Desintegration der Motorik) ergeben, dass nicht mehr sicher am Verkehr teilgenommen werden könne; die Beurteilung habe deshalb zurückhaltend zu erfolgen.

Dem Gutachter, der letztlich eine bloße Wahrscheinlichkeitsaussage trifft, die niemals absolut „wahr“ oder „falsch“ sein kann, ist deshalb bei den von ihm angestellten Wertungen und Schlussfolgerungen ein nicht zu eng zu bemessender Spielraum einzuräumen. Die Bewertung des „Für“ und „Wider“ ist von ihm allerdings offenzulegen und mit einem Wahrscheinlichkeitsgrad zu beziffern.

Die entscheidenden Kriterien für die Bewertung einer gutachterlichen Schlechtleistung im Sinne einer Sorgfaltspflichtverletzung knüpfen daher daran an, ob dem Gutachten eine logische Ordnung innewohnt und alle wesentlichen Untersuchungsverfahren, die zu den Befunden geführt haben, angegeben werden und – soweit die Schlussfolgerungen auf Forschungsergebnisse gestützt sind, die jeweiligen Quellen genannt sind. Das gilt nach der Rechtsprechung, und zwar sowohl aus einfachgesetzlicher wie verfassungsrechtlicher Sicht.<sup>4</sup> Klar ist, dass allein aufgrund vertretbarer gegenteiliger Wertungen nicht auf die Fehlerhaftigkeit des Gutachtens rückgeschlossen werden kann. Entscheidend ist die Nachvollziehbarkeit und Nachprüfbarkeit im Zeitpunkt der Gutachtenerstellung.

### Fazit

Die Begutachtung, ob eine gesundheitliche Ungeeignetheit zum Führen von Kraftfahrzeugen vorliegt, hängt im Wesentlichen von der Bewertung ab, ob bei dem Betroffenen durch seine krankheitsbedingten Einschränkungen Zweifel bestehen, in Zukunft ordnungsgemäß am Straßenverkehr teilzunehmen. Bei diesen Feststellungen obliegt es dem Sachverständigen, auf welchem Wege und auf welchen Grundlagen er sein Gutachten erstellt, soweit er sich auf den aktuellen Stand der Wissenschaft bezieht. Den Anforderungen an ein vollständiges und mangelfreies Werk ist genügt, wenn das Gutachten diese Funktion nachvollziehbar und nachprüfbar erfüllt. ■

### Literatur

- Burmann M, Heß R, Hühnermann K, Jahnke J (2018): Straßenverkehrsrecht: StVR. 25. Auflage, München: C. H. Beck [zitiert: Burmann/Heß/Hühnermann/Jahnke]  
 Laufs A, Katzenmeier C, Lipp V (2009): Arztrecht. 6. Auflage, München: C. H. Beck  
 Spiekhoff A (2018): Medizinrecht. 3. Auflage, München: C. H. Beck

<sup>1</sup> Laufs/Katzenmeier/Lipp, Kap. XII RN 44.

<sup>2</sup> Spiekhoff, § 25, RN 7.

<sup>3</sup> Burmann/Heß/Hühnermann/Jahnke, § 249 StVG, RN 7.

<sup>4</sup> BGHZ 43, S. 374.

# Weiterführende Materialien

Einfach QR-Code scannen oder Link aufrufen



## **Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnis-Verordnung – FeV)**

<http://bit.ly/36iGMw6>



## **Anlage 4a zu § 11 Abs. 5 FeV**

<http://bit.ly/35y06Wo>



## **Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung der Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST)**

<http://bit.ly/2rAe4le>



## **Testverfahren zur psychometrischen Leistungsprüfung der Fahreignung**

Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST), Heft M 203

<http://bit.ly/2rl8m7z>



## **Checkliste ärztliche Untersuchung für den behandelnden Neurologen**

<http://bit.ly/35Ei9u5>



## **Weitere Downloads rund um das Thema Morbus Parkinson**

<http://bit.ly/2sCS4MY>



## **Fahrtüchtigkeit nach ambulanter Operation**

Artikel auf Rechtsdepesche Online

<http://bit.ly/36g0msQ>

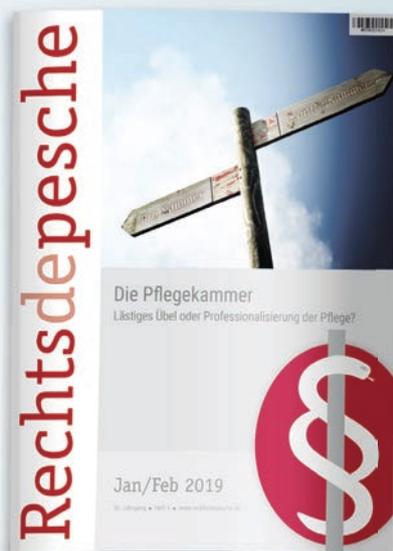


## **Der fahrtüchtige Patient – ein Haftungsrisiko**

Artikel auf Rechtsdepesche Online

<http://bit.ly/2P3NmAG>

auch als  
E-Paper



# Gesundheit hat immer Recht

[www.rechtsdepesche.de](http://www.rechtsdepesche.de)

Ja, ich möchte die Fachzeitschrift **Rechtsdepesche** ab der kommenden Ausgabe abonnieren:  digitale Ausgabe /  gedruckte Ausgabe

Jahresabonnementspreis 125 Euro (print) / 99 Euro (digital) / Sonderpreis für Studenten und Auszubildende: 89 Euro (print oder digital).  
(inkl. Versand & gesetzl. MwSt.; Vorzugspreis für Studenten/Auszubildende gegen Nachweis)

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Ort

.....  
E-Mail (bei digitaler Ausgabe erforderlich) / Telefon

.....  
Datum / Ort / Unterschrift

**Bezugsbedingungen:** Das Angebot besteht aus einem Jahresabonnement der Fachzeitschrift „Rechtsdepesche“, **wahlweise** gedruckt oder digital (E-Paper), ab Bestelldatum (Erscheinungsweise: mind. 6 Regel- und 2 Sonderausgaben pro Jahr) sowie einem personalisierten Zugang zum geschützten Benutzerbereich unter [www.rechtsdepesche.de](http://www.rechtsdepesche.de). Die Mindestlaufzeit des Abonnements beträgt 24 Monate; es verlängert sich um jeweils 12 Monate, wenn nicht 6 Wochen vor Bezugsende gekündigt wird. Eventuell abgebildete Geräte sind nicht Teil des Abonnements und dienen nur der Veranschaulichung. Alle Preise sind gültig für Neuabschlüsse ab 1. Mai 2018.

**Widerrufsrecht:** Das Abonnement kann innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen beim G & S Verlag GbR, Salierring 48 in 50677 Köln, schriftlich widerrufen werden.

#### Lastschriftinformationen:

.....  
Zahlungspflichtiger IBAN (22 Stellen)

.....  
Zahlungspflichtiger SWIFT-BIC (11 Stellen)

Jetzt bestellen unter FAX: +49 221 951584-95

Oder einsenden an: G & S Verlag GbR, Saliering 48, 50677 Köln

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige die G & S Verlag GbR Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung verlangen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der G & S Verlag GbR auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Abonnementbetrag wird monatlich eingezogen; Teileinlösungen werden nicht vorgenommen. Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE20ZZ00000485094, Mandatsreferenz wird Ihre künftige Abonnementnummer sein.

Besuchen Sie uns auch bei:



YouTube flickr

