

Verkehrsmedizin in der Rehabilitation

Die Beurteilung der Fahrtauglichkeit nach einem akuten kardiovaskulären Ereignis spielt vordergründig vor allem in der medizinischen Rehabilitation eine große Rolle, da die Anschlussrehabilitation (AHB) mit einer sozialmedizinischen Beurteilung abschließt, die Gutachtencharakter hat und bei Kraftfahrern, einerlei ob aus beruflichen oder privaten Gründen, auch eine Aussage zur Fahrtauglichkeit beinhalten muss. Bei allen anderen Patienten nach einem kardiovaskulären Ereignis, die keine AHB durchführen, obliegt diese juristisch verbindliche Begutachtung dem Arzt, der den Entlassungsbrief aus dem Akutkrankenhaus verfasst – mit hin meist dem invasiv tätigen Kardiologen, der zu diesem Thema zwar eine fundierte Meinung aus kardiologischer Sicht hat, jedoch nicht immer über die erforderlichen sozialmedizinischen Spezialkenntnisse verfügt und aus Mangel an „Notwendigkeitsbewusstsein“ auch meist keine Aussage hierzu trifft. Diese Unterlassung wiegt aber umso schwerer, weil die kardiologische und die juristische Sichtweise häufig diametral auseinanderliegen und im Schadensfall der Arzt haftet, auch ohne sich darüber im Klaren zu sein. Aus diesem Grund spielt die Verkehrsmedizin nicht nur in der Rehabilitation, sondern insbesondere auch in der Praxis und im Akutkrankenhaus eine große Rolle, ohne dass dies allgemein realisiert wird.

Der Grund für die unterschiedliche kardiologische und sozialmedizinische Sichtweise ist, dass zwar die Kardiologie in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht hat, die juristisch verbindlichen Richtlinien aber nicht entsprechend angepasst worden sind, was das seitens des BNK empfohlene Standardlehrbuch der

kardiologischen Rehabilitation wie folgt kommentiert [1]:

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

Die juristische Sichtweise

Die Grundlage der sozialmedizinischen und gutachterlichen Beurteilung der Fahrtauglichkeit eines Patienten mit unterschiedlichen vermeintlichen oder tatsächlichen Funktionseinschränkungen und Risiken stellt hierzulande die Begutachtungsleitlinie [2] zur Kraftfahrereignung der Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST) dar.

In deren letzter Neufassung 2009 wurden zwar aktuelle medizinische Entwicklungen zum Seh- und Hörvermögen, zu

Diabetes und Epilepsie, zur psychischen Leistungsfähigkeit sowie zu toxikologischen Tests eingepflegt, nicht jedoch die Aussagen zum Myokardinfarkt überarbeitet, die daher nach wie vor unverändert Bestand haben. Danach gelten für Kraftfahrzeuge der Gruppe 1 (Krafträder bis 25 kW, Kleinkrafträder und Fahrräder mit Hilfsmotor bis 45 km/h, Kfz bis 3,5 t mit oder ohne Anhänger, Quads, selbstfahrende Arbeitsmaschinen sowie land- und forstwirtschaftliche Zugmaschinen bis 60 km/h) folgende Leitsätze:

„Wer einen (ersten) Herzinfarkt durchgemacht hat, ist bezüglich den Anforderungen zum Führen eines Kraftfahrzeugs der Gruppe 1: a) bei komplikationslosem Infarkt (d. h. z. B. ohne Reanimation), b) ohne Herzinsuffizienz NYHA III oder IV sowie c) ohne gefährliche Herzrhythmusstörungen nach frühestens drei Monaten (sonst frühestens nach 6 Monaten) dazu

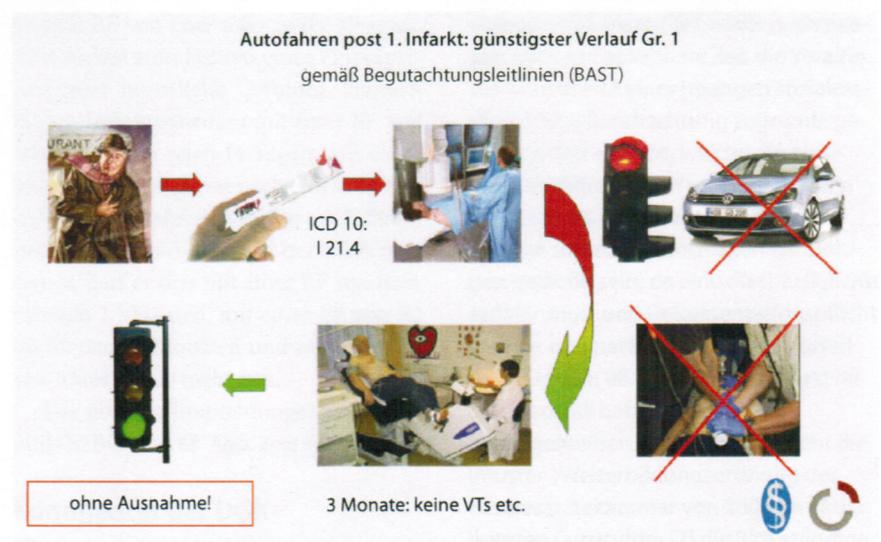


Abb. 1 ▲ Bestimmungen gemäß BAST

Autofahren post Infarkt:
gemäß Positionspapier der DGK

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

Abb. 2 ◀ Empfehlungen gemäß DGK. (Nach [4])

wieder in der Lage, wenn nach dem Ergebnis der internistischen Untersuchung einschließlich EKG keine andere Beurteilung der Sachlage erfolgen muss.“

Daraus folgt, dass nach 3 bzw. 6 Monaten vor einer Aussage zur Fahreignung, wenn der Patient also bereits aus der AHB entlassen ist, eine Ergometrie und ein Langzeit-EKG abgeleitet werden müssen und dabei keine gefährlichen oder prognostisch bedeutsamen Herzrhythmusstörungen auftreten dürfen, bevor eine Fahreignung bescheinigt werden kann (▣ Abb. 1).

Das bedeutet, dass im extremsten Fall ein Patient mit einem positiven Trop-T-Test, der daraufhin nach ICD als NSTEMI (I 21.4) verschlüsselt wird, mindestens 3 Monate kein Auto fahren darf, selbst wenn es weder echokardiographisch noch angiographisch zu einer erkennbaren Infraktion gekommen ist.

Für einen zweiten Herzinfarkt sowie für das Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 gelten noch strengere Einschränkungen.

Die kardiologische Sichtweise

Die kardiologischen Fachgesellschaften haben demgegenüber sowohl international [3] als auch national [4] wissenschaftlich fundierte Stellungnahmen und Empfehlungen abgegeben, die zur Frage der Fahrtauglichkeit nach einem Herzinfarkt eine gänzlich andere und differenzierte Position einnehmen.

So schert die entsprechende Arbeitsgruppe der DGK in ihrem 2010 publizierten Positionspapier [4] nicht alle Herzinfarktpatienten über einen Kamm, sondern

betrachtet in Anlehnung an die Überlegungen der Canadian Cardiovascular Society zum einen die Schädigungswahrscheinlichkeit durch einen kardiovaskulär bedingten, plötzlichen Kontrollverlust am Steuer anhand folgender Parameter:

- Gesamtzeit, die ein Fahrer durchschnittlich am Steuer verbringt,
- gefahrner Fahrzeugtyp,
- Risiko eines plötzlichen kardiovaskulär bedingten Kontrollverlustes am Steuer,
- Schadensrisiko im Falle eines Unfalls.

Diese Parameter gehen in eine spezielle Berechnungsformel („risk of harm formula“; [5]) ein; als vertretbarer Cut-off für ein vertretbares Risiko wurde ein Verhältnis von 1:20000 festgelegt.

Zum anderen unterscheidet dieses Positionspapier anhand der Ejektionsfraktion (EF) nach der Größe der Narbe eine EF von über oder unter 30 sowie dem Anlass zum Führen eines Pkws (private oder berufliche Gründe). Danach dürfen Infarktpatienten mit einer EF von über 30 privat nach 14 Tagen, mit einer EF von unter 30 privat nach einem Monat wieder Auto fahren. Möchte ein Infarktpatient hingegen den Pkw beruflich nutzen, so darf er dies mit einer EF von über 50 nach 3 Monaten, mit einer EF von 40 bis 50 nach 6 Monaten und mit einer EF von unter 40 nie mehr tun.

Die übrigen Empfehlungen nach PCI und CABG sind ▣ Abb. 2 zu entnehmen.

Kommentar der DGK

Den offensichtlichen Widerspruch zwischen der juristischen Sichtweise und den

kardiologischen Empfehlungen kommentiert das Positionspapier der DGK wie folgt:

„Für den Arzt, der Empfehlungen zur Fahreignung abzugeben hat, gilt, dass die Fahrerlaubnisverordnung (FeV in Verbindung mit Begutachtungsleitlinie BAST) Gesetzescharakter hat und prinzipiell zu befolgen ist. Gibt man als Arzt hingegen Empfehlungen ab, die denen dieses Positionspapiers entsprechen, ist man aus aktueller wissenschaftlicher Sicht zwar auf sicherem Boden, in einem möglichen Rechtsstreit kann sich die Verkehrsbehörde allerdings auf den konservativen Boden der Begutachtungsleitlinie (BAST) stellen. Dieser Konflikt kann dann letztlich nur vom Gericht geklärt werden.“

Fazit

Solange die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung der Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST) nicht aktualisiert werden, gelten sie in der vorliegenden Fassung mit den oben beschriebenen, aus kardiologischer Sicht nicht mehr zu haltenden Aussagen und Einschränkungen. Sie haben (dennoch) Gesetzescharakter.

Die Autoren des Positionspapiers der DGK haben ihre Erkenntnisse zwar in die entsprechende Arbeitsgruppe der Bundesanstalt eingebracht. Die notwendige Neuauflage der Begutachtungsleitlinien soll jedoch – wie aus der BAST zu hören ist – nicht nur national, sondern europaweit konsentiert werden, weswegen noch auf absehbare Zeit die veralteten Grundsätze einer heutigen sozialmedizinischen Begutachtung zugrunde gelegt werden müssen, welche die hiesigen Berufskraftfahrer im europäischen Vergleich bis auf Weiteres benachteiligen. Sie sollten dennoch allen Kardiologen geläufig sein, da eine diesbezügliche Aufklärungs- und Dokumentationspflicht besteht und nach dem Grundsatzurteil des BGH vom 08.04.2003 [6] der Arzt im Schadensfall haftet.

Zur allgemeinen Weiterbildung sieht die (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 2003 im aktualisierten Curriculum [7] die 320-stündige Zusatzqualifikation „Sozialmedizin“ vor. Für Fachärzte, die verkehrsmedizinische

Untersuchungen durchführen und entsprechende Gutachten erstellen möchten, sieht § 11 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) unter anderem auch den 16-stündigen Weiterbildungskurs „Verkehrsmedizinische Begutachtung“ vor.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. T. Wendt

Innenstadtpraxis am Kardiozentrum Frankfurt
Roßmarkt 23, 60311 Frankfurt
info@prof-wendt.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Rauch B, Middeke M, Bönner G et al (2007) Kardiologische Rehabilitation, 1. Aufl. Thieme, Stuttgart
2. http://www.fahrerlaubnisrecht.de/Begutachtungsleitlinien/BGLL_Inhaltsverzeichnis.htm
3. Petch MC (1998) Driving and heart disease. Task Force Report. Eur Heart J 19:1165–1177
4. Klein HH, Krämer A, Pieske BM et al (2010) Fahr-eignung bei kardiovaskulären Erkrankungen. Positionspapier der DGK. Kardiologie 4:441–473. <http://leitlinien.dgk.org/>
5. Simpson C, Dorian P, Gupta A et al (2004) Assessment of the cardiac patient for fitness to drive: drive subgroup executive summary. Can J Cardiol 20:1314–1320
6. BGH (2003) MedR:629
7. Diehl R, Gebauer E, Groner A (2011) Kursbuch Sozialmedizin. Deutscher Ärzteverlag, Köln

Herz 2012 · 37:72–74 DOI 10.1007/s00059-011-3560-2
© Urban & Vogel 2011

T. Wendt · I.G. Wendt

Verkehrsmedizin in der Rehabilitation

Zusammenfassung

Bei der Beurteilung der Fahrtauglichkeit nach einem akuten kardiovaskulären Ereignis liegen die kardiologische und die juristische Sichtweise häufig diametral auseinander. Im Schadensfall haftet jedoch der Arzt, möglicherweise ohne sich dessen bewusst zu sein. Daher spielt die Verkehrsmedizin nicht nur in der Rehabilitation, sondern auch in der Praxis und im Akutkrankenhaus eine große Rolle.

Der vorliegende Beitrag soll die gegensätzlichen Positionen am Beispiel des Myokardinfarkts aufzeigen.

Schlüsselwörter

Fahrtauglichkeit · Herzinfarkt ·
Arzthaftung · Begutachtungsleitlinie ·
Fahrerlaubnisverordnung

Traffic medicine in rehabilitation

Abstract

Participation in road traffic in Germany is governed by various laws and acts. Physicians are obliged to decide whether, in the presence of medical conditions and handicaps, a patient is fit to drive a car safely. Following myocardial infarction this decision is generally made by specialized cardiologists (specialization in social medicine) in rehabilitation centers. If a patient does not undergo rehabilitation after an acute event, this decision must be made by the invasive cardiologist, who is often not skilled in this kind of assessment. The second problem faced in Germany is the discrepancy between outdated legal regulations, modern cardiology and the current standard of medical knowledge, especially in terms of treatment for acute coronary syndrome. According to current legal regulations, no patient at all is allowed to drive a car in Germany after any form of myocardial infarction, regardless of ejection fraction, for at least 3 months. In contrast, a working group

for the German Society of Cardiology published a position paper in 2010 in which patients could be allowed to drive a car 2 weeks after an AMI with an EF >30. The third problem in this context in Germany is that, due to a decision by the Federal High Court of Justice, physicians are not only responsible to inform the patient, if he is not allowed to drive a car, but also have to assure that he does not leave the hospital or practice by car, if he is not allowed to. If the patient however opposes, drives home and has an accident, the physician is liable for the damages. The fourth and final problem lies in the fact that most cardiologists in Germany are neither skilled in legal traffic assessment, nor are they familiar with this field and its problems.

Keywords

Fitness to drive · Myocardial infarction ·
Medical liability · Expert opinion guidelines ·
Driving license regulations