

Katja Jachau, Dieter Krause
 Institut für Rechtsmedizin der Otto-von-Guericke-
 Universität Magdeburg

Als Epileptiker 20 Jahre als Lkw-Fahrer tätig?! – Eine Kasuistik

Einleitung

Grundlage der Beurteilung der Fahreignung bei erkrankten Menschen sind die Leitlinien der Bundesanstalt für Straßenwesen. 1998 wurde die Fahrerlaubnisverordnung im Bundesgesetzblatt veröffentlicht [1]. Bestehen körperliche oder geistige Mängel, sodass man sich nicht sicher im Verkehr bewegen kann, ist nach § 2 eine Teilnahme am Straßenverkehr nur dann erlaubt, wenn Vorsorge getroffen ist, dass andere nicht gefährdet werden. Die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen der Klasse 2 ist entsprechend der Fahrerlaubnisverordnung nach mehr als zwei epileptischen Anfällen ausgeschlossen. Als Ausnahme gilt eine durch ärztliche Kontrolle nachgewiesene fünfjährige Anfallsfreiheit ohne antiepileptische Behandlung. Statistisch betrachtet haben, bei einer angenommenen Prävalenz der Epilepsie von 0,66 %, 0,44 % aller Fahrer (1 : 227) eine Epilepsie [2]. Die Fahrzeit bei Fahrzeugführern der Gruppe 2 ist 6-mal länger als bei Fahrzeugführern der Gruppe 1. Tödliche Unfälle bei Lkw-Fahrern sind bis um das 2,5fache erhöht. 0,75 % der Anfälle am Steuer führen zu Unfällen [2].

Kasuistik

1986 wurde bei einem damals 22 Jahre alten Lkw-Fahrer eine Epilepsie diagnostiziert. 1998 kam es zu einer Anklage wegen fahrlässiger Tötung einer Pkw-Fahrerin durch Nichtbeachtung der Vorfahrt. Das epileptische Leiden des Lkw-Fahrers wurde in der Verhandlung vor dem Amtsgericht nicht diskutiert. Es folgte eine Verurteilung zu einer Geldstrafe. Im Jahr 2000 erfolgte die Einlieferung in ein Krankenhaus aufgrund eines generalisierten Krampfanfalles mit nachweisbarem Zungenbiss. Im EEG fand sich der Nachweis einer gesteigerten zerebralen Anfallsbereitschaft mit Neigung zu Generalisation. Zur Verhinderung weiterer Anfälle wurde das Medikament Carbamazepin verordnet. Ein MRT des Gehirns erbrachte keinen Hinweis auf einen intrazerebralen Fokus. 2001 erfolgte ein weiterer Krankenhausaufenthalt. Durch die Klinik wur-

den zweimalige Rezidivanfälle angegeben. Bei der Aufnahme war der Patient deutlich verlangsamt, die zeitliche und örtliche Orientierung eingeschränkt. Er sei auf das Medikament Finlepsin® eingestellt gewesen, dieses habe er jedoch unregelmäßig eingenommen. Laut dem vorliegenden Arztbrief wurde der Patient mehrfach ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Fahren von Kraftfahrzeugen aufgrund seiner Erkrankung untersagt sei. Von 2001 bis letztmalig 01/2004 erfolgte die ambulante Behandlung mit Carbamazepin. Im EEG waren bitemporale Dysrhythmien wechselnder Seitenbetonung feststellbar. In den Krankenakten fand sich ein Vordruck, in dem der Patient eine Aufklärung über seine Krankheit, die verordneten Medikamente und die Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit unterzeichnet hatte. Ein Datum findet sich auf diesem Dokument nicht, ebenso keine Unterschrift eines Arztes.

In den Morgenstunden des Jahres 2005 steuerte der Lkw-Fahrer nach dem Durchfahren einer Rechtskurve auf gerader Strecke nach links von der Fahrbahn, befuhr den angrenzenden Gehweg, stieß gegen eine Straßenlaterne, durchbrach eine Grundstücksmauer mit Zaunanlage, zerstörte einen Teich und kam auf der Rasenfläche eines Grundstückes mit Wohnhaus zum Stehen (Bild 1). Der sich ebenfalls im Fahrerhaus des Lkw befindliche Sohn gab gegenüber den Polizeibeamten an, dass sich der Vater in ärztlicher Behandlung befand. Er habe regelmäßig ein Medikament einnehmen müssen, dieses aber seit der letzten Woche selbstständig abgesetzt. Der Sohn habe beim Durchfahren der Rechtskurve stöhnende Geräusche des Vaters wahrgenommen, der Vater habe sich verkrampft und das Fahrzeug nach links gesteuert. Er habe auf Ansprechen nicht reagiert, auch nicht nach dem Unfall. Nach dem Unfall habe der Vater verkrampft im Fahrerhaus gesessen, nach etwa 5 Minuten sei



Bild 1: Darstellung des verunfallten Lkw

er wieder zu Bewusstsein gekommen, aber leicht benommen gewesen. In der entnommenen Blutprobe war kein Ethanol nachweisbar, der Arzneimittelsuchtest verlief negativ. Carbamazepin oder andere Antiepileptika waren nicht nachweisbar. Während der Befragung durch die Polizeibeamten erlitt der Lkw-Fahrer einen weiteren Anfall. Er brach zusammen, wurde bewusstlos und schlug unkontrolliert um sich. Schließlich verfiel er in eine Schlafphase von etwa 10 Minuten. Nach dem Wiedererlangen des Bewusstseins sei er orientierungslos gewesen, wies einen verzögerten Handlungsablauf, sichtliche Müdigkeitserscheinung, eine verwischene Aussprache und einen unsicheren schleppenden Gang auf. Erst zu diesem Zeitpunkt wurde der Führerschein beschlagnahmt und ein Verfahren hinsichtlich der Ungeeignetheit zum Führen von Kraftfahrzeugen der Klasse 2 eingeleitet. In der folgenden Gerichtsverhandlung wurde er zu einer Freiheitsstrafe von 18 Monaten auf Bewährung und einer Geldstrafe verurteilt. Die Führerscheinbehörde wurde angewiesen, ihm für die Dauer von 2 Jahren keinen Führerschein auszustellen.

Diskussion

Der Lkw-Fahrer wies mindestens vier epileptische Anfälle auf (drei Anfälle stationär dokumentiert, ein Anfall zum Zeitpunkt des beschriebenen Vorfalls). Somit ist die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 nicht gegeben, da bereits nach mehr als zwei epileptischen Anfällen diese in der Regel ausgeschlossen ist [5]. Die als Ausnahme beschriebene, durch ärztliche Kontrolle nachgewiesene, 5-jährige Anfallsfreiheit ohne antiepileptische Behandlung ließ sich ebenfalls nicht feststellen. Der epileptische Anfall zum beschriebenen Vorfall ereignete sich am ehesten auf Grund der abgesetzten Medikation. Im durchgeführten Arzneimittelsuchtest wurden weder qualitativ noch quantitativ Carbamazepin oder andere antiepileptische Wirkstoffe nachgewiesen. Im gegenständlichen Fall ist die fast 20-jährige Fahrdauer als Lkw-Fahrer nach der Manifestation der Erkrankung in hohem Maße bedenklich. Ob der 1998 verursachte Verkehrsunfall auf einen Krampfanfall zurückzuführen ist, kann im Nachhinein weder ausgeschlossen noch bewiesen werden, es ist jedoch naheliegend. Zumindest ab dem Jahr 2000 ist die Einnahme von Carbamazepin dokumentiert, in den Jahren zuvor soll sie nach Angaben des Fahrers ebenfalls erfolgt sein. Nach Studien der Antiepileptic Withdrawal Study Group [3] sinkt die Wahrscheinlichkeit eines Anfalls

nach dem ersten Rezidiv bei Reduktion der Antiepileptikadosierung. Im gegenständlichen Fall erfolgte jedoch ein vollständiges Absetzen des Medikamentes, was am ehesten zu dem zerebralen Krampfanfall führte. Eine Metaanalyse verschiedener Studien zeigte die höchste Rezidivrate nach einem ersten Anfall innerhalb der ersten 6 Monate, gefolgt von einem langsamen Abklingen der Anfallsrisiken [4]. Im vorgestellten Fall zeigte der Betroffene noch nach fast 20 Jahren einen erneuten zerebralen Krampfanfall, sodass hier der Empfehlung der Internationalen Epilepsievereinigung nicht gefolgt werden kann, die ausführt, dass die Fahrerlaubnis für Fahrzeuge der Gruppe 2 angenommen werden kann, wenn das Wiederholungsrisiko nach einem ersten Anfall innerhalb von 12 Monaten 2 % nicht übersteigt.

Literatur

- [1] Fahrerlaubnisverordnung vom 18.08.1998. BGBL I S. 2214
- [2] SONNEN, A. E. H. (1997) (Ed.): Epilepsy and driving. An european view. The International Bureau for Epilepsy, Hemsteede
- [3] MRC Antiepileptic withdrawal study group (1991): Randomised study of antiepileptic drug withdrawal in patients with remission. *Lancet* 337: 1176-1180
- [4] Van DONSELAAR, C. A. (1997): Recurrence risk after a first seizure. In: SONNEN, A. E. H. (Ed.) Epilepsy and driving. An european view. The International Bureau for Epilepsy, Hemsteede, 85-89
- [5] BAUER, J. (2007): Fahreignung bei Epilepsie. In: MADEA, B., MUSSHOF, F., BERGHAUS, G. (Ed.): Verkehrsmedizin. Deutscher Ärzte-Verlag Köln, 381-394

Kontakt

Dr. med. Katja Jachau
 Institut für Rechtsmedizin der
 Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
 Leipziger Straße 44
 39120 Magdeburg
 E-Mail: katja.jachau@med.ovgu.de