

Fahreignung und psychische Störungen

L'aptitude à la conduite de véhicules automobiles et les troubles psychiques

Till Afflerbach, Gerhard Ebner, Volker Dittmann

Quintessenz

- Bei schwereren Verläufen depressiver Erkrankungen, allen Formen bipolarer Zustandsbilder und bei schizophrenen Störungen ist die Fahreignung nicht gegeben. Nach Abklingen der akuten Krankheitsphase sind je nach Art und Schweregrad der Erkrankung unterschiedliche Fahrkarenzfristen einzuhalten.
- Eine Beeinträchtigung der Fahreignung resultiert am häufigsten aus dem missbräuchlichen oder verkehrsrelevanten Konsum psychotroper Substanzen (vor allem Alkohol).
- Medikamente mit sedierender Wirkung, hier ist vor allem an Sedativa (z.B. Benzodiazepine), sedierende Antipsychotika und Antidepressiva zu denken, können vorübergehend die Fahreignung beeinträchtigen. Die kontinuierliche Therapie einer psychischen Erkrankung, welche die Fahreignung einschränkt, wirkt sich auf die verkehrsmedizinische Beurteilung insgesamt jedoch günstig aus.
- Unter verkehrsmedizinischen Gesichtspunkten ist der Einsatz nicht sedierender Substanzen zu bevorzugen (z.B. atypische Antipsychotika, SSRI-Antidepressiva).
- Eine mögliche Beeinträchtigung der Fahreignung durch Medikamente sollte nach Erstverordnung oder Dosiserhöhung eines Präparates über einen ausreichenden Zeitraum (einige Wochen) hinweg beobachtet werden.
- Die Aufklärung bezüglich einer möglichen Beeinträchtigung der Fahreignung durch psychische Krankheit oder durch Arzneimittelwirkungen dient der Information des Patienten und der forensischen Absicherung des behandelnden Arztes. Durchführung und Inhalte des Aufklärungsgesprächs sind in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

Quintessence

- *L'aptitude à conduire n'est pas admise en cas de graves maladies dépressives, de toutes formes de troubles bipolaires et de troubles schizo-phrènes. Une fois passée la phase aiguë, et en fonction de la nature et de la gravité de l'affection, plusieurs délais de carence sont à respecter.*
- *Une restriction de l'aptitude à conduire résulte le plus fréquemment de la consommation abusive, ou ayant des conséquences sur la conduite, de substances psychotropes (surtout d'alcool).*
- *Les médicaments à effet sédatif, dont surtout les sédatifs (par ex. benzodiazépines), les antipsychotiques et antidépresseurs sédatifs, peuvent restreindre momentanément l'aptitude à conduire. Le traitement continu d'une maladie psychique limitant l'aptitude à conduire a cependant des répercussions favorables sur l'estimation de l'aptitude à la conduite de véhicules automobiles.*
- *Sous l'angle de la médecine de la circulation automobile, il faut donner la préférence à des substances non sédatives (par ex. antipsychotiques atypiques, antidépresseurs ISRS).*
- *Une éventuelle restriction de l'aptitude à conduire sous l'effet de médicaments doit être observée suffisamment longtemps (quelques semaines) après la première prescription ou l'augmentation de la dose d'un médicament.*
- *L'explication sur une éventuelle restriction de l'aptitude à conduire sous l'effet d'une maladie psychique ou d'effets médicamenteux sert à informer le patient et à protéger légalement le médecin traitant. Le compte-rendu et le contenu de cette explication doivent être documentés dans le dossier du patient.*



CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 720 oder im Internet unter www.smf-cme.ch

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 721 ou sur internet sous www.smf-cme.ch

Einleitung

Durch die Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung und durch die Therapie mit Psychopharmaka wird die Fahreignung psychisch erkrankter Patienten häufig in Frage gestellt. Nicht selten wird dies von den betroffenen Personen, angesichts der hohen Anzahl von Verkehrsteilnehmern mit unbehandelten Störungen, vor allem im Bereich der Substanzenabhängigkeit, der depressiven Störungen und der Persönlichkeitsstörungen, als «Ungerechtigkeit» empfunden.

Im ärztlichen Gespräch sollte diesbezüglich auf die verbesserte Prognose hinsichtlich der Wiedererlangung der Fahreignung durch Therapie hingewiesen werden. Eine gute Compliance bei erfolgreicher Therapiedurchführung wird in verkehrsmedizinischen Begutachtungseleitlinien explizit als günstiger Prognosefaktor erwähnt [1]. Mit dem Patienten sollte eine sorgfältige Abwägung hinsichtlich der Fahreignung stattfinden, die sowohl Aspekten der allgemeinen und individuellen Verkehrssicherheit Rechnung trägt, als auch die therapeutischen und individuellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt.

Die Eignung¹, ein Motorfahrzeug selbständig zu führen, kann durch eine Anzahl somatischer und psychischer Erkrankungen beeinträchtigt werden. In der Verkehrszulassungsverordnung sind die gesundheitlichen Mindestanforderungen psychische Störungen betreffend wie psychotische, hirnorganische und neurotische Erkrankungen aufgeführt.

Gemessen an der Vorkommenshäufigkeit dürften im Mittelpunkt der Beurteilung folgende Gruppen stehen:

- Alkohol-, Drogen-, Arzneimittelabhängigkeit;
- organische Psychosen;
- pathologische Alterungsprozesse;
- schizophrene und affektive Psychosen;
- Persönlichkeits- und erlebnisabhängige Störungen der Einstellungs- und Anpassungsfähigkeit [2].

Die Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin hat vor

kurzem für die Begutachtungspraxis einheitliche Richtlinien erarbeitet, die demnächst publiziert werden. Diese Empfehlungen wurden nachfolgend berücksichtigt [3].

Suchtleiden, pharmakologische Therapien

Alkoholabusus, Alkoholabhängigkeitserkrankung

Im Durchschnitt wird ein trinkender Fahrer erst nach mehreren hundert Trunkenheitsfahrten mit einem erhöhten Blutalkoholgehalt erfasst.

Insgesamt ist der chronische Alkoholüberkonsum und damit das Fahren in angetrunkenem Zustand (FiaZ) als die wichtigste verkehrsmedizinische Problematik anzusehen [4]. Unter statistischen Gesichtspunkten betrachtet ist schon bei einer einmaligen Auffälligkeit im Strassenverkehr mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer Suchtproblematik auszugehen. Der Verdacht auf das Vorliegen eines Alkoholüberkonsums wird von seiten der Haus- oder Krankenhausärzte nur selten geäussert. Dabei wird die Ursache der nicht erfüllten Fahreignung zwar erkannt, jedoch nicht die entsprechenden Konsequenzen gezogen [5].

Wenn der chronische Alkoholüberkonsum erwiesen ist, wird der Führerschein in der Regel für eine Mindestdauer von einem Jahr entzogen. Die betroffene Person muss eine kontrollierte Alkoholtotalabstinenz für diese Dauer nachweisen. Nach Erhalt des Führerausweises wird die Abstinenzkontrolle für weitere vier bis fünf Jahre aufrechterhalten [4]. Bei erfolgreichem Verlauf der ambulanten Therapie in den ersten zwei Jahren, reicht es in den folgenden zwei bis drei Jahren, nur noch die Laborkontrollen ohne ambulante Gespräche weiterzuführen. Bezüglich der Kontrollen gelten folgende Kriterien:

- Einhaltung der Totalabstinenz;
- regelmässiges Aufsuchen einer Therapie- oder Beratungsstelle (Suchtberatungsstelle, Psychiater, Psychologe, Hausarzt etc.);
- Bestimmung von ASAT, ALAT, γ -GT, CDT, MCV alle drei Monate.

Eine Behandlung mit aversiven Substanzen (z.B. Disulfiram) stellt kein Ausschlusskriterium für die Wiedererlangung der Fahrzulassung dar.

Sedativa und Hypnotika, Stimulantien

Bei der Beurteilung der Fahreignung spielt es keine entscheidende Rolle, ob ein Sedativum (v.a. Benzodiazepine) auf ärztliche Verordnung oder missbräuchlich eingenommen wurde: Unter dem Einfluss dieser Substanzen ist die betroffene Person in der Regel *fahrunfähig*. Nach dem Absetzen der Substanz und deren Elimination aus dem Organismus ist die Fahrfähigkeit, bei fehlender Abhängigkeit, wieder hergestellt.

¹ In der juristischen Beurteilung der Fähigkeiten, die zur Führung eines Fahrzeugs berechtigen, wird zwischen Fahreignung, Fahrfähigkeit und Fahrfertigkeit unterschieden:

Fahreignung: Die allgemeine, zeitlich unbegrenzte Eignung zum sicheren Führen eines Fahrzeugs. (Synonym: Fahrtauglichkeit). Personen, welche die Mindestanforderungen zum Führen eines Motorfahrzeugs nicht erfüllen, zum Beispiel erblindete oder schwer stoffwechselerkrankte Personen, sind hinsichtlich der Fahreignung eingeschränkt und dürfen kein Motorfahrzeug führen.

Fahrfähigkeit: Die momentane, also zeitlich begrenzte Fähigkeit, ein Fahrzeug sicher zu führen (Synonym: Fahrtüchtigkeit). Personen, die sich z.B. in einem Ausnahmezustand oder einem Rauschzustand befinden, sind vorübergehend nicht fahrfähig.

Fahrfertigkeit: Die technische Befähigung ein Fahrzeug zu führen, die durch den erfolgreichen Besuch einer Fahrschule und ausreichende Fahrpraxis erworben wurde.

Gleiches gilt für Stimulantien (Methylphenidat). Für die Beurteilung der Fahreignung unter der therapeutischen Anwendung von Sedativa und Stimulantien gelten grundsätzlich die gleichen Kriterien, wie sie für die Gruppe der Analgetika und sonstigen Psychopharmaka beschrieben sind [3].

Bei Abhängigkeit ist die Fahreignung erst dann wieder attestierbar, wenn mindestens ein Jahr lang, z.B. mittels Urinproben, die Abstinenz von der Substanz nachgewiesen ist. Für die Beurteilung der Fahreignung wird zudem ein ärztliches Zeugnis gefordert, für dessen Erstellung eine psychiatrische Exploration vorgenommen, ein somatischer Befund sowie eine Biographie und Suchtanamnese erhoben werden müssen. Entsprechende Formulare und Untersuchungsleitfäden werden als Vorlage angeboten [3].

Psychopharmaka, Analgetika

In der heterogenen Gruppe der Antipsychotika und Antidepressiva erfolgt die Beurteilung der Fahrfähigkeit anhand des für die jeweilige Substanz charakteristischen und beschriebenen Wirkungs- und Nebenwirkungsspektrums.

In der forensischen Beurteilung wird zwischen klassischen (trizyklischen) Substanzen mit ihren bekannten Wirkungsspektren (Sedation, extrapyramidale Symptomatik etc.) und den moderneren Präparaten (z.B. «Atypika», selektiven Serotonin-Reuptake-Inhibitoren = SSRI) unterschieden. Der Anwender muss z.B. wissen, dass ein trizyklisches Antidepressivum eine andere

Wirkung auf Bewusstsein und Konzentrationsvermögen hat als ein SSRI-Antidepressivum. Nur in kompliziert gelagerten Fällen – z.B. bei hoher Dosierung, gleichzeitiger Einnahme gegensätzlich wirkender Substanzen oder offenkundig paradoxen Reaktionen – empfiehlt sich, ein psychopharmakologisches Zusatzgutachten einzuholen [6]. Demnach kann eine mit Psychopharmaka behandelte Person nach einer Abschätzung der individuellen Wirkung der Substanz nach Erreichen der Zieldosis wieder Autofahren, wenn keine der beobachteten Wirkungen die Fahrfähigkeit beeinträchtigt. Dazu sollte ein angemessener, individuell festzulegender Zeitraum zur aufmerksamen Kontrolle des möglichen Neuauftretens bestimmter Arzneimittelwirkungen von zumindest *mehreren* Wochen abgewartet werden [3, 4].

Illegale Drogen, THC (Tetrahydrocannabinol)

Bei der Beurteilung der Fahrfähigkeit wird zwischen dem *Gelegenheitskonsum*, dem *Missbrauch* und der *Abhängigkeit* unterschieden. Die Übergänge sind dabei fließend, jedoch gilt jede Form des Konsums illegaler Drogen als Ausschluss von der Fahreignung mit Ausnahme von Tetrahydrocannabinol:

Der gelegentliche Konsum von THC, bei erhaltener Fähigkeit zur Trennung zwischen Konsum und Fahren, gilt nicht als Ausschlusskriterium hinsichtlich der Fahreignung, es wird aber der infolge des Konsums im Verkehr auffällig gewordene Fahrer solange von der Zulassung für höhere Führerausweiskategorien ausgeschlossen, bis eine Abstinenz in 2 bis 3 aufeinander folgenden Urinproben nachgewiesen ist. Bei den regelmässigen Kontrolluntersuchungen für diese Fahrausweiskategorien wird auf THC mittels Urinprobe gescreent [7].

Für die Wiedererlangung der Fahreignung nach erwiesenem Konsum illegaler Drogen wird eine mindestens sechsmonatige Abstinenz gefordert. Die betreffende Person wird ärztlich ausführlich untersucht, zudem wird eine Anamnese gefordert, in der die Suchtentwicklung beschrieben ist und zur sozialen Integration des Exploranden Stellung genommen wird. In einer Fahrprobe kann die Fahrpraxis des Exploranden geprüft werden. Wenn alle Befunde eine *günstige*² Beurteilung zulassen, ist die Fahreignung ohne Auflagen gegeben. Lassen die Befunde keine eindeutige Stellungnahme zu (z.B. unklare soziale Integration, Gelegenheitskonsum etc.), können weitere Auflagen angeordnet werden. Die Fahreignung ist nicht gegeben, wenn z.B. der Konsum illegaler Drogen weiterhin nachgewiesen ist, oder die Anamnese eine günstigere Beurteilung unmög-

Tabelle 1. Kriterien und Fristen zur Beurteilung der Fahreignung bei therapeutischer oder missbräuchlicher Einnahme psychoaktiver Substanzen.

Erkrankung	Fahrkarenzdauer	Kriterien zur Beurteilung der Fahreignung
Alkoholabhängigkeitserkrankung	Minimum 1 Jahr	Kontrollierte Abstinenz für mindestens 1 Jahr, ärztliches Zeugnis, obligatorische Nachkontrollen (Dauer: 4 bis 5 Jahre)
THC-Abusus	variabel	Unter THC-Einfluss: Fahrnfähigkeit; bei Abusus oder Dependenz: kontrollierte Abstinenz für mindestens 1 Jahr, ärztliches Zeugnis
Illegaler Drogenkonsum	Minimum 6 Monate	Ärztliches Zeugnis, Beurteilung nach günstigen, unklaren, ungünstigen Befunden ² , kontrollierte Abstinenz für 6 Monate bis 1 Jahr, Nachkontrollen bei unklaren Befunden möglich
Methadonsubstitution	Minimum 6 Monate	Ausschluss des Beikonsums aller psychotroper Substanzen inkl. THC, Nachkontrollen (Dauer: 6 Monate)
Sedativa, Hypnotika, Stimulantien	Minimum 1 Jahr bei Abusus	Unter unmittelbarer Substanzwirkung: Fahrnfähigkeit; bei Abusus oder Dependenz: kontrollierte Abstinenz für mindestens 1 Jahr, ärztliches Zeugnis
Antidepressiva, -psychotika	variabel	Während Einstellungsphase: keine Fahreignung; nach Ausschluss möglicher Verkehrsbeeinträchtigungen durch Medikation über ausreichenden Zeitraum hinweg, kann Fahren erlaubt werden

² Die Beurteilungskriterien (günstig, unklar, ungünstig) beziehen sich auf das Niveau der sozialen Integration des Exploranden, dessen (Bei-)Konsummuster und seine Einsicht, dass eine Abhängigkeitserkrankung vorliegt.

lich macht. Eine erneute Beurteilung sollte dann erst nach frühestens 12 Monaten erfolgen (Tab. 1 ↩).

Organische Psychosen

Die Beurteilung der Fahreignung erfolgt in Abhängigkeit des Krankheitsverlaufs und der Krankheitsursache. Bei quantitativen oder qualitativen Bewusstseinsstörungen, bei Verwirrheitszuständen und Beeinträchtigungen der Kognition oder des Gedächtnisses ist die Fahreignung nicht gegeben. Typische Erkrankungen sind z.B. das Korsakow-Syndrom, Drogenpsychosen oder Psychosen infolge pathologischer Hirnprozesse (z.B. Tumoren). Das Führen eines Motorfahrzeuges ist erst dann wieder erlaubt, wenn die Symptome der Psychose vollständig abgeklungen sind und eine Klärung der Pathogenese stattfinden konnte. In der Regel sollten Nachuntersuchungen in einem festen Intervall durchgeführt werden. Ausnahmen bilden kurze Episoden nach einmalig aufgetretenem, schädigendem Ereignis.

Pathologische Alterungsprozesse, hirnorganische Psychosyn-drome

Als Folge von AIDS und der Creutzfeldt-Jacob-Krankheit haben hirnorganische Psychosyn-drome auch in jüngeren Altersgruppen an Bedeutung gewonnen. Dennoch stellen M. Alzheimer und die Multiinfarktdemenz die wichtigsten dementiellen Erkrankungen dar, deren Häufigkeit mit dem Alter exponentiell zunimmt [8].

Autofahrer, die älter als 70 Jahre alt sind, müssen sich in der Schweiz in Abständen von zwei Jahren einer Kontrolluntersuchung unterziehen (Art. 7, Abs. 3b, VZV), die der Überprüfung von Sinnesleistungen und kognitiven Leistungen und der somatischen Gesundheit dient [9]. Ob ein Screening hinsichtlich dementieller Prozesse tatsächlich der Sicherheit der betroffenen Personen und anderer Verkehrsteilnehmer dient, wird allerdings in der Literatur kontrovers diskutiert. In Zweifelsfällen sollte eine Fahrprobe durchgeführt werden.

Affektive Störungen

Die wesentlichen, verkehrsrelevanten Beeinträchtigungen, die von einer depressiven Erkrankung ausgehen und im Mittelpunkt des verkehrsmedizinischen Interesses stehen, sind psychomotorische Leistungseinbussen und die Reduktion emotionaler Funktionen, die für die Verhaltenssteuerung von Bedeutung sind. Das Mass der Einschränkung korreliert mit dem symptomatischen Ausprägungsgrad der depressiven Störung. Verläufe mit wahnhafter oder

agitierter Depression oder mit suizidalen oder stuporösen Symptomen sowie rezidivierende Verläufe zählen zu den schweren Depressionen und schliessen die Fahreignung aus. Gleiches gilt für alle Ausprägungsarten bipolarer Störungen. Bei geringer ausgeprägten depressiven Erkrankungen kann die Fahreignung gegeben sein, wenn die Leistungsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigt ist.

Eine ausreichend kontrollierte (Serumspiegelkontrollen) pharmakologische Therapie wird in Abhängigkeit von der Beurteilung des Langzeitverlaufs einer psychotischen Erkrankung teilweise als Voraussetzung für die positive Beurteilung der Fahreignung verlangt [1]. Zur günstigen Beeinflussung der Fahreignung durch die erwünschten Wirkungen von Psychopharmaka haben M. Soyka et al. [10] einen interessanten Beitrag geleistet, indem sie Studien verglichen haben, in denen kognitive Leistungen unbehandelter, mit trizyklischen Antidepressiva und mit SSRI behandelter depressiver Patienten und zusätzlich psychisch gesunder, unbehandelter Probanden verglichen wurden: Dabei zeigten depressive Patienten, die suffizient mit SSRI behandelt wurden, überwiegend neutrale Leistungen oder sogar die kürzesten Reaktionszeiten und die komplexeste Informationsverarbeitung aller getesteten Probandengruppen (inklusive gesunder Vergleichsgruppe).

Die Eignung für höhere Fahrausweiskategorien ist nach dem ersten Rezidiv einer eindeutig manischen oder zumindest mittelgradig depressiven Episode grundsätzlich nicht mehr gegeben. (Tab. 2 ↩).

Schizophrene Psychosen und wahnhaftige Störungen

Eine pharmakologische Prophylaxe und eine regelmässige Betreuung wirken sich hinsichtlich der Beurteilung der Fahreignung positiv aus.

Während der akuten Episode einer schizophrenen Störung ist die Fahreignung grundsätzlich nicht gegeben. Nach Abklingen der akuten Phase kann die Wiederzulassung erfolgen, wenn die Realitätsbeurteilung unbeeinträchtigt ist und über mindestens 12 Monate hinweg keine psychotischen Symptome mehr nachweisbar waren. Sollte innerhalb eines Zeitraums von 10 Jahren eine erneute Episode einer schizophrenen Erkrankung auftreten, wird ein längeres Intervall (zwischen 3 und 5 Jahren) bis zur Wiedererteilung der Fahrerlaubnis empfohlen. Nach über 10 Jahren Symptombefreiheit wird beim erneuten Auftreten der Symptomatik von einer Neuerkrankung gesprochen. Schizoaffective Störungen werden in der verkehrsmedizinischen Beurteilung wie rein schizophrene Psychosen behandelt. Isolierte, wahnhaftige Störungen und schizophrene Residualzustände

sind verkehrsmedizinisch nur dann günstig zu beurteilen, wenn der Wahn hinsichtlich Thematik und Dynamik beziehungsweise der Residualzustand hinsichtlich einer vorhandenen Negativsymptomatik, als nicht verkehrsrelevant beurteilt werden können (Tab. 2).

In bezug auf die unterschiedlichen Nebenwirkungsspektren wird zwischen den klassischen (trizyklischen) Psychopharmaka und der modernen Substanzen (SSRI, Atypika) in der verkehrsmedizinischen Beurteilung unterschieden.

Unter Würdigung der oben genannten Einschränkungen leisten Psychopharmaka zur Wiedererlangung der Fahrtüchtigkeit nicht nur in der Akut-, sondern vor allem auch in der Langzeittherapie und Prophylaxe einen wichtigen Beitrag [2].

Fahrer höherer Ausweiskategorien (LKW-Fahrer, Bus-Chauffeure etc.) erfüllen nach dem *einmaligen* Auftreten einer schizophrenen Psychose in der Regel nicht mehr die Voraussetzungen zum sicheren Führen eines Fahrzeuges dieser Kategorien.

Psychische Störung und Kraftfahreignung – Fazit

Die enge Beziehung zwischen Drogenkonsum und erheblich erhöhten Risiken hinsichtlich der

Verkehrssicherheit kann, vor allem in Hinblick auf Alkohol, als erwiesen betrachtet werden.

Bei der Beurteilung der Zusammenhänge von hirnorganischen Psychosyndromen und auffälligen Verhaltensweisen im Strassenverkehr ist die Datenlage weniger eindeutig. Vor allem die Einschätzung milder Ausprägungsformen wird, als Grenzbereich, kontrovers diskutiert [3, 11–13]. Vergleiche der Fahrweisen von Fahrern mit milder Demenz und Fahrern gleichen Alters ohne Demenz konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Verkehrssicherheit belegen. Der Verlust an Mobilität und Abhängigkeit von Dritten kann hingegen einen ungünstigen Einfluss auf die Autonomie der Betroffenen haben. Es müssen also erhebliche Leistungsmängel und schwere Persönlichkeitsveränderungen im Einzelfall nachgewiesen werden [14].

In der Durchsicht der Literatur über verkehrsmedizinische Untersuchungen an psychisch und somatisch gesunden Probanden verschiedener Kulturkreise in Amerika, Asien, Europa und dem Nahen Osten finden sich als relevante Unfallrisiken vor allem Faktoren wie Geschlecht, Alter, individuelle Frustrationserlebnisse, Bildung, Einkommen, Verbalisationsvermögen, Kulturzugehörigkeit etc. [15–17].

Eine verkehrsmedizinische Begutachtung erfolgt häufig in Zusammenhang mit Unfallereignissen. In verschiedenen Studien wurde je-

Tabelle 2. Empfohlene Fahrkarenzfristen, verkehrsmedizinische Beurteilungskriterien und Therapieauflagen bei Psychosen und Persönlichkeitsstörungen [3].

Störungstyp	Fahrkarenzdauer	Kriterien, die eine Befürwortung der Fahreignung günstig beeinflussen
Schwere (rezidivierende) Depressionen; alle bipolaren Störungen, alle affektiven Störungen mit Suizidalität	>1 Jahr Bei einmaliger, schwerer depressiver Episode: bis zur deutlichen Besserung der Symptomatik	Besserung der Symptomatik, bei Rezidiven 1 Jahr Symptombefreiheit, gute Therapiecompliance, evaluierte Pharmakotherapie (vorzugsweise SSRI), im Zweifelsfall Fahrprobe, psychologische Testung (v.a. kognitiver Fähigkeiten → Aufmerksamkeit, Reaktionsgeschwindigkeit und Informationsverarbeitung etc.)
Leichtere Depressionen	–	Leichte bis mittelgradige, nicht verkehrsrelevant wirksame, depressive Symptomatik, keine kognitiven Leistungsschwächen, Pharmakotherapie
Schizophrene Psychosen, schizoaffektive Störungen	>1 Jahr	Symptombefreiheit für mindestens 1 Jahr, ärztliche Kontrollen mindestens vierteljährlich, kontrollierte und evaluierte Pharmakotherapie, im Zweifelsfall objektive Leistungsbeurteilung in geeigneten Testverfahren
Isolierte wahnhaftige Störung, schizophreses Residuum	–	In <i>Ausnahmefällen</i> kann Fahreignung bestehen, wenn Wahn oder schizophreses Residuum keine verkehrsrelevanten Lebensbereiche betreffen und kognitive Leistungsfähigkeit und verkehrsadäquate Verhaltenssteuerung gegeben sind.
Emotional-instabile, narzisstische, dissoziale und andere schwere Persönlichkeitsstörungen	Variabel – in Abhängigkeit von verkehrsrelevanten Auffälligkeiten	Anhaltende Besserung situationsunangemessener Verhaltensmuster, langfristige Psychotherapie

doch belegt, dass allgemein für die heterogene Gruppe der psychisch Erkrankten kein erhöhtes Risiko für Unfälle auftrat als in den Kontrollgruppen [3]. Vielmehr scheinen bestimmte *Persönlichkeitsmerkmale*, in Abgrenzung zu den bisher häufiger untersuchten Krankheitsmerkmalen, von statistischer Relevanz zu sein.

Die verkehrsrelevanten Gefährdungen, die von ausgeprägten dissozialen, narzisstischen und emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen ausgehen, wurden in den Richtlinien der Schweizerischen Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin nun auch berücksichtigt. Durch eingeschränkte Kritikfähigkeit, Impulskontrolle und vermindertes Empathievermögen beeinflusste Verhaltensmuster werden als eindeutige Risikofaktoren im Strassenverkehr angesehen.

Angesichts der Erfahrungen aus der Zusammenarbeit mit psychisch kranken Menschen und angesichts der widersprüchlichen Interpretationen des Themas «Psychische Erkrankungen und Verkehrssicherheit», mögen die Auflagen, die an die Fahreignung beziehungsweise Fahrtüchtigkeit der Patienten gestellt werden, dem thera-

peutisch tätigen Arzt teilweise unangemessen hoch erscheinen. Der Gutachter, aber auch der behandelnde Arzt, darf sich in der Beurteilung der Fahreignung seiner Patienten dennoch nicht über den verkehrspolitischen Konsens³ hinwegsetzen, wonach die Gruppe der psychisch Erkrankten als potentiell gefährlich einzuschätzen ist. Weicht der Arzt in seiner Beurteilung von den Richtlinien ab, sollte er dies begründen können. Der mit dem Patienten in therapeutischen Kontakt befindliche Arzt sollte zudem keine Gutachten erstellen, da er hinsichtlich seiner eigenen Patienten nicht als unvoreingenommen betrachtet werden kann; der Arzt sollte jedoch seine Befunde mitteilen.

In diesem Zusammenhang sind *Aufklärung und Beratung des Patienten* schon zu Beginn einer Behandlung von vorrangiger Bedeutung. Sollte jedoch von einem Patienten, der nicht fahrgerecht ist und aufgrund fehlender Einsicht dennoch ein Fahrzeug regelmässig führt, eine akute Gefährdung für sich selber oder andere Verkehrsteilnehmer ausgehen, so besteht die rechtliche Möglichkeit, die zuständigen Behörden zu informieren, ohne dass der Arzt wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses belangt werden kann. Ist Gefahr im Verzug und muss der Arzt konkret damit rechnen, dass der Patient unmittelbar andere gefährdet, so kann aus juristischer Sicht auch eine Pflicht zum Eingreifen postuliert werden, wenn dies das einzige Mittel ist, die Gefahr zu beseitigen.

Besonderer Dank gilt Herrn Dr. med. H.-J. Schaeppi, Schaffhausen, für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

³ In der Rechtsprechung existiert diesbezüglich der Terminus des *abstrakten Gefährdungsdeliktes*. Mit diesem Begriff wird der Umstand beschrieben, dass nicht der einzelne Verkehrsteilnehmer aus einer Risikogruppe zwingend eine Gefährdung der Verkehrssicherheit darstellt, sondern dass von Mitgliedern einer Risikogruppe, z.B. Führerausweisbesitzern mit psychotischer Erkrankung, insgesamt ein höheres Risiko hinsichtlich der Verkehrssicherheit ausgeht. Diese Beurteilung erfolgt unabhängig davon, ob z.B. der einzelne Patient mit einer Depression allenfalls sicherer Auto fährt als eine vergleichbare, aber psychisch gesunde Person. Der schwer depressive Autofahrer gehört einer Risikogruppe an, von der insgesamt ein erhöhtes Risiko angenommen wird.

Literatur

- Lewrenz H. Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung des gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und beim Bundesministerium für Gesundheit, Herausgeber: Bundesanstalt für Strassenwesen, Bergisch-Gladbach, Februar 2000;45.
- Gutachten des gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesminister für Verkehr und beim Bundesminister für Gesundheit (Lewrenz H, Friedel B.), Schriftenreihe Krankheit und Verkehr, Heft 71, November 1992.
- Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin: Handbuch der verkehrsmedizinischen Begutachtung. Huber, Bern, in press.
- R. Seeger in der Schriftenreihe «Probleme der Verkehrsmedizin», Teil VII, Fahreignung und Alkohol. Seite 1, herausgegeben vom Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich (IRMZ), Januar 1999.
- Bär, Seeger. Iatrogene Fahrunfähigkeit. Schweiz Med Wochenschrift 1993;126:584-93.
- Rasch W. Forensische Psychiatrie, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, 2. Auflage, 1999;234.
- Haag-Dawoud M. Probleme der Verkehrsmedizin, II. Fahreignung und Drogen, Schriftenreihe des IRMZ, Zürich 1993.
- Poeck, Hacke, Lehrbuch der Neurologie, 10. Auflage, S. 536, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 1998.
- Haag-Dawoud M, Maag F. Probleme der Verkehrsmedizin, III. Fahreignung und Alter, IRMZ, 1994.

- Soyka M, et al. Fahrtauglichkeit unter Therapie mit Antidepressiva, Versicherungsmedizin 50, Heft 2, 1998.
- Veen C, et al. Driving competence of the elderly with cognitive problems. Assessment and recommendations, Tijdschr. Gerontol Geriatr 1993;153-7.
- Zuin D, et al. Motor vehicle crashes and abnormal driving behaviours in patients with dementia in Mendoza, Argentina, Eur Journ Neurology, Jan. 2002;29-34.
- Barbas NR, Wilde EA. Competency issues in dementia: medical decision making, driving and independent living, Journal of Geriatric Psychiatry, University of Michigan, Ann Arbor, USA, Winter 2001;199-212.
- Lewrenz H. Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung des gemeinsamen Beirates für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und beim Bundesministerium für Gesundheit; Herausgeber: Bundesanstalt für Strassenwesen, Bergisch-Gladbach, Februar 2000, S. 38
- Valent F, et al. Accid. Anal. Preview, Jan. 2002;71-84.
- Al-Madani H, et al. Role of driver's personal characteristics in understanding traffic sign symbols. Accid Anal Preview, March 2002;185-96.
- Wells-Parker E, et al. An exploration study of the relationship between road rage and crash experience in a representative sample of US drivers. Accid Anal Preview, May 2002;271-8.