

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**DFP/CME: Psychische Erkrankungen
und Verkehrssicherheit // Driving
Ability and Psychiatric Illness**

Laux G, Brunnauer A

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2020; 21 (3), 118-127

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026
7.–10. Juni
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

dgnc-kongress.de

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Psychische Erkrankungen und Verkehrssicherheit

G. Laux^{1, 4}, A. Brunnauer^{2, 3, 4}

Kurzfassung: Der Fahreignung kommt in unserer modernen Gesellschaft mehr denn je höchste Bedeutung zu. Rechtliche Rahmenbedingungen sind das Straßenverkehrsgesetz, die Fahrerlaubnis-Verordnung und die Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung. Prinzipiell ist die Fahreignung abhängig von Art, Akuität, Schwere, Verlauf und Behandlung der Krankheit. Die Beurteilung erfolgt nach zwei Fahrerlaubnisklassen („Pkw versus Lkw“) anhand des klinischen Bildes sowie objektiver verkehrs-/neuropsychologischer Leistungstests.

Die Diagnose Demenz ist nicht gleichzusetzen mit Fahrtauglichkeit, entscheidend ist der Schweregrad der kognitiven und psychomotorischen Beeinträchtigung. Den frontotemporalen Demenzen hat ein besonderes Augenmerk zu gelten. Schizophrene mit produktiver Symptomatik sind nicht fahrtauglich, die Voraussetzungen zum Führen von Kfz der Gruppe 1 kann wieder gegeben sein, wenn keine das Realitätsurteil erheblich beeinträchtigenden Symptome (Wahn, Halluzinationen, kognitive Störung) mehr nachweisbar sind. Akute affektive Psychosen – Manien und schwere Depressionen – schließen die Fahreignung aus. Wer vom Alkohol abhängig ist, kann kein Kraftfahrzeug führen. Das Vorliegen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eindeutig mit erhöhten Verkehrsunfällen assoziiert.

Hinsichtlich Psychopharmaka stellen Benzodiazepin-Tranquilizer und Hypnotika das größte Fahrtauglichkeitsrisiko – insbesondere bei Älteren – dar. Unter den neueren Antidepressiva (z. B. SSRIs, SNRIs) war bei remittierten Patienten die Fahreignung nicht beeinträchtigt. Es konnte gezeigt werden, dass die Fahreignung von mit Antidepressiva erfolgreich behandelten Patienten günstiger einzuschätzen ist als die unbehandelten Patienten. Die sehr heterogene Gruppe der Neuroleptika/Antipsychotika und die große interindividuelle Variabilität psychomotorischer Leistungen schizophrener Patienten weist auf die Notwendigkeit einer individuellen Bewertung unter Berücksichtigung des klinischen Bildes sowie möglicher Kompensationsfaktoren hin. Grundsätzlich ist eine individuelle Bewertung der Fahreignung unter Berücksichtigung der psychopathologischen Leitsymptomatik, des Krankheitsverlaufs, der Persönlichkeitsfaktoren, Attitüden sowie möglicher Kompensationsfaktoren angezeigt. Eine wesentliche Pflicht des Behandlenden ist es, den Patienten über Einschränkungen der Fahrtüchtigkeit frühzeitig aufzuklären. Wichtig ist die Dokumentation des Beratungsgesprächs.

Schlüsselwörter: Fahreignung, Verkehrssicherheit, Psychische Erkrankungen

Abstract: Driving Ability and Psychiatric Illness. Mobility and driving ability is important for daily life functioning. Legal regulations are the „Straßenverkehrsgesetz“, the „Fahrerlaubnisverordnung“ and the guidelines for driving ability. In principle kind, acuity, severity, course and treatment of illness is decisive. Judging differs between two classes (cars vs. trucks/buses) based on clinical picture and neuropsychological testing.

For dementia loss of driving ability differs from degree of severity, frontotemporal dementia is critical. Schizophrenic patients with plus symptomatology and/or psychomotor reaction weakness are unable for driving as well as acute affective disorders e.g. mania and severe depression.

Regarding psychotropics benzodiazepine tranquilizers and hypnotics are associated with the highest risk, antidepressants like SSRIs or SNRIs in most cases are well tolerated and lead to response or remission showing better results than untreated depressives. Effects of antipsychotics must be judged individually showing considerable interindividual variance.

Education of the patients and documentation of consulting are essential features in the field of driving ability. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2020; 21 (3): 118–27.

Keywords: Driving ability, psychiatric illness

■ Einleitung

Dem Thema Verkehrssicherheit / Fahrtauglichkeit kommt in unserer modernen Gesellschaft mehr denn je höchste Bedeutung zu. Autofahren sichert Mobilität, die Voraussetzung für viele berufliche Tätigkeiten sowie für das gesellschaftlich-private Alltagsleben ist. Wie auch in anderen Alltagssituationen des modernen Lebens, z. B. Bedienung von Bank- oder Fahrkarten-Automaten, von PC und Smartphone sowie Internet-Nutzung, werden hierbei hohe Anforderungen an die kognitive und psychomotorische Leistungsfähigkeit gestellt. Autofahren stellt eine der komplexesten instrumentellen Alltagsaktivitäten dar, die ein optimales Zusammenspiel von Perzeption, Kognition und Motorik erfordert.

Der demografische Wandel und die Tatsache, dass vor allem in den höheren Altersgruppen der Anteil an Personen, die im Besitz einer Fahrerlaubnis sind, in den letzten Jahren stetig gewachsen ist, stellen die in der Gesundheitsversorgung Tätigen vor zusätzliche neue Aufgaben.

In einer Befragung zum Mobilitätsverhalten psychiatrischer Patienten konnte gezeigt werden, dass 67 % der Patienten mit einer psychischen Erkrankung angeben, über eine gültige Fahrerlaubnis zu verfügen; hiervon nutzen ca. 77 % regelmäßig ihr Kraftfahrzeug [1].

In der ärztlichen und psychologischen Praxis gehört die Aufklärung über eine eingeschränkte oder fehlende Fahreignung zu den alltäglichen Aufgaben, denn Konsequenzen psychischer Erkrankungen können die zeitweilige Beschränkung der Fahrtüchtigkeit oder die Aufhebung der Fahreignung sein. Vor diesem Hintergrund ist die Thematik sowohl für Patienten als auch für die Behandlenden mit großer Unsicherheit verbunden und wird oftmals nicht aktiv angesprochen.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Als Arzt oder Psychologe ist man in der täglichen Praxis häufig mit der Frage konfrontiert, ob bei einem Patienten aufgrund einer bestehenden Erkrankung zum aktuellen Zeitpunkt „Fahrtüchtigkeit“ besteht oder ob sogar längerfristig die „Fahreignung/Fahrtauglichkeit“ in Frage zu stellen ist.

Entsprechend dem **Straßenverkehrsgesetz** (§2 Abs. 4, Satz 1 StVG) ist nur derjenige zum Führen eines Kraftfahrzeuges geeignet, der die „... notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllt ...“ und nicht erheblich oder wiederholt gegen verkehrsrechtliche Vorschriften oder gegen Straßengesetze verstoßen hat. Der Verkehrsteilnehmer hat die *Pflicht zur Vorsorge* (§2 Abs. 1 FeV), dass er nicht aufgrund physischer oder

Eingelangt am: 16.03.2020, angenommen nach Review am: 07.05.2020

Aus dem ¹Institut für Psychologische Medizin, Soyn, ²Zentrum für Neuropsychiatrie, Waldkraiburg, ³Neuropsychologie, kbo-Inn-Salzach-Klinikum, Wasserburg / Inn, ⁴Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), Deutschland

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gerd Laux, Institut für Psychologische Medizin (IPM), D-83564 Soyn, E-Mail: ipm@ipm-laux.de

psychischer Erkrankungen beeinträchtigt ist, sich sicher im Straßenverkehr zu bewegen. Der Arzt hat *Aufklärungspflicht* gegenüber dem Patienten; er muss ihn über Risiken der Erkrankung, der Therapie und eventuelle Konsequenzen für den Alltag informieren. Eine Meldepflicht seitens des Behandelnden besteht nach gängiger Rechtsauffassung nicht. Im Falle von Gutachtensaufträgen darf dieses nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Betroffenen an Dritte zugeleitet werden (Schweigepflicht nach §203 StGB) [2].

In der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) wird der globale Eignungsbegriff konkretisiert, indem in Anlage 4 bzw. 5 häufige Erkrankungen und Mängel aufgeführt werden, durch die die Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeuges beeinträchtigt oder aufgehoben sein kann. Zusätzlich werden vom medizinisch-psychologischen Beirat für Verkehrsmedizin des Bundesamts für Straßenwesen (BASt) „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung“ herausgegeben, die als Orientierungsrahmen die Begutachtung der Fahreignung „im Einzelfall erleichtern“ sollen [3, 4].

Gemäß **Begutachtungs-Leitlinien** ist von einem Gefährdungssachverhalt auszugehen, wenn

- nach dem Grad der festgestellten Beeinträchtigung der körperlich-geistigen (psychischen) Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass die Anforderungen beim Führen eines Kraftfahrzeuges, zu denen ein stabiles Leistungsniveau und auch die Beherrschung von Belastungssituationen gehören, nicht mehr bewältigt werden können und/oder
- in einem absehbaren Zeitraum die Gefahr des plötzlichen Versagens der körperlich-geistigen (psychischen) Leistungsfähigkeit zu erwarten ist und/oder
- wegen sicherheitswidrigen Einstellungen, mangelnder Einsicht oder Persönlichkeitsmängeln keine Gewähr dafür gegeben ist, dass der Fahrer sich regelkonform und sicherheitsgerecht verhält.

Schweigepflicht §34 StGB Rechtfertigender Notstand

Ein nicht seltenes Problem im Zusammenhang mit der Verkehrssicherheit ergibt sich aus der Frage, inwieweit ein Arzt der Fahrerlaubnisbehörde anzeigen muss, wenn ein in Behandlung stehender Patient, bei dem aus medizinischen Gründen eine

fehlende Fahrtauglichkeit ersichtlich ist, sich trotz entsprechender Aufklärung nicht an ein „Fahrverbot“ hält und damit eine Gefährdung des Straßenverkehrs verursacht.

Vor einer Meldung an die Fahrerlaubnisbehörde sollten stets zwei Grundvoraussetzungen gegeben sein:

Fehlende Abwendbarkeit: Der Arzt oder Psychologe hat zuvor auf den Patienten ohne Erfolg eingewirkt, um ihn zur Ergreifung der notwendigen Maßnahmen von sich aus zu veranlassen.

Höheres Rechtsgut: Ein in Abwägung zur Schweigepflicht höherwertiges Gefahrenpotenzial dürfte vorliegen, wenn z. B. ein Bus- oder LKW-Fahrer trotz mehrerer zerebraler Krampfanfälle weiterhin seiner Arbeit nachgeht und einen Bus oder LKW fährt [2].

Nota: Als Arzt oder Psychologe ist man in Deutschland vorrangig dem Patienten verpflichtet. Grundsätzlich gilt zunächst die Schweigepflicht nach §203 StGB. Nur in Ausnahmefällen ist denkbar, dass ein Recht zur Durchbrechung der Schweigepflicht besteht, wenn kein anderes Mittel mehr gegeben ist, um die von einem verkehrsuntüchtigen Patienten ausgehende Gefahr abzuwenden

■ Systematik der Beurteilung der Fahreignung

Grundsätzliche Beurteilungshinweise

Bei der Beurteilung von Leistungsmängeln ist die Frage der Kompensierbarkeit von zentraler Bedeutung. Hierunter wird der Ausgleich fahreignungsrelevanter Defizite durch andere Funktionssysteme, z. B. Fahrerfahrung, oder eine besonders sicherheits- und verantwortungsbewusste Grundeinstellung verstanden.

Prinzipiell ist die Fahreignung abhängig von:

- Art,
- Akuität,
- Schwere,
- Verlauf und
- Behandlung der Krankheit.

Eine schematische Übersicht zur Vorgehensweise bei der Beurteilung der Fahreignung bei Patienten gibt Abbildung 1.

Für die Beurteilung teilt man die Fahrerlaubnisklassen in zwei Gruppen ein (Abb. 2). Kurz zusammengefasst umfasst Gruppe 2 Fahrzeuge mit einem Gewicht über 3.500 kg (LKW) sowie Fahrzeuge, die der Fahrgastbeförderung dienen (Taxi, Busse), während alle anderen zwei- und vierrädrigen Fahrzeuge der Gruppe 1 zugeordnet sind.

Leistungsbeurteilung

Ein Einsatz von standardisierten Leistungstests ist erforderlich, wenn der Nachweis zu erbringen ist, dass keine neuropsychologischen Funktionseinbußen vorhanden sind, die das Führen eines Kraftfahrzeuges in Frage stellen. Der Schwerpunkt der Leistungsdiagnostik liegt gemäß Anlage 5 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) in der Überprüfung nachfolgender Leistungsbereiche (siehe Abbildung 3).

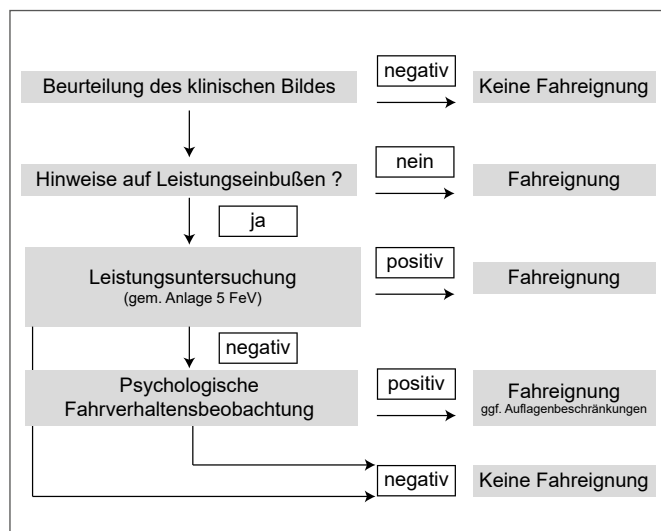


Abbildung 1: Beurteilungs-Schema Fahreignung

Einteilung der Fahrerlaubnisklassen	
• Gruppe 1	Umfasst die neuen Fahrerlaubnisklassen A, AM, A1, A2, B, BF17, B96, BE, L und T d.h. Kraftfahrzeuge unter 3,5t
• Gruppe 2	Umfasst die neuen Fahrerlaubnisklassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE und D1E und Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung, d.h. Kraftfahrzeuge über 3,5t und Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung



Abbildung 2: Einteilung der Fahrerlaubnis-Klassen (Deutschland)

	WTS
Belastbarkeit	DT
Orientierungsleistung	LVT, ATAVT, PP
Aufmerksamkeitsleistung	RT, VIGIL
Konzentrationsleistung	COG, LVT, PP
Reaktionsfähigkeit	RT, DT

WTS = Wiener Testsystem, DT = Wiener Determinationstest, LVT = Linienverfolgungstest, ATAVT = Adaptiver Tachistoskopischer Verkehrsauffassungstest, PP = Periphere Wahrnehmung, RT = Wiener Reaktionstest, VIGIL = Vigilanztest, COG = Cognitrone



Abbildung 3: Testsysteme und Zuordnung zu Leistungsfunktionen

Psychologische Fahrverhaltensbeobachtung

Bei der Beurteilung von Leistungsmängeln ist die Frage der Kompensation von zentraler Bedeutung. Oft wird diese bei Vorliegen von Leistungsmängeln im Rahmen einer psychologischen Fahrverhaltensbeobachtung (Realfahrt) bewertet.

Überdauernde funktionelle Defizite können zudem durch technische oder medizinisch-technische Maßnahmen, aber auch durch medikamentöse Behandlung ausgeglichen werden. Auch sind bestimmte Persönlichkeitseigenschaften, die sich etwa in einem vorausschauenden, defensiven Fahrverhalten widerspiegeln, gesondert zu bewerten.

Einsatz von Fahrsimulatoren (Abb. 4)

Eine interessante Möglichkeit der Untersuchung bieten moderne Fahrsimulatoren. Sie ermöglichen unter realitätsnahen, standardisierten und replizierbaren Bedingungen eine gefahr-



Abbildung 4: Fahrsimulator

lose Untersuchung verkehrsmedizinisch und verkehrspsychologisch relevanter Fragestellungen [2, 4].

■ Psychische Erkrankungen und Fahreignung

Die Beurteilung der Fahreignung/Verkehrssicherheit eines Patienten mit einer psychischen Erkrankung hat vor dem Hintergrund der Bewertung des klinischen Bildes der Grunderkrankung sowie in der Regel anhand objektiver verkehrs-/neuropsychologischer Leistungstests zu erfolgen [5, 6].

Hirnorganische Störungen, Demenzen

„Der demografische Wandel führt dazu, dass immer mehr ältere Autofahrer auf den Straßen unterwegs sein werden“.

Alterungsprozesse *per se* gehen mit Beeinträchtigungen in neuropsychologischen Funktionen einher, die zu Einschränkungen in verkehrsrelevanten

Leistungsbereichen führen können [7]. Vor allem visuelle, visuomotorische und exekutive Funktionen spielen hierbei eine zentrale Rolle, vor allem Fehlverhalten in komplexen Verkehrssituationen, wie sie beim Abbiegen nach links oder in Vorfahrtssituationen auftreten, nimmt im Alter zu [7]. In vielen Fällen passen ältere Autofahrer die Fahrtätigkeit ihrer Leistungsfähigkeit an, indem sie etwa Fahrten auf bekannte Routen beschränken oder Nachtfahrten vermeiden, wobei kritisch anzumerken ist, dass durch eine Reduzierung der Fahrtätigkeit zusätzlich zu den nachlassenden Leistungen auch die Fahrpraxis abnimmt.

Leichte kognitive Störungen und Demenzerkrankungen sind aufgrund ihrer Häufigkeit von wachsender gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Bedeutung. Etwa 3–19 % aller über 65-jährigen leiden an einer leichten kognitiven Störung (LKS, Mild Cognitive Impairment, MCI), einer über das normale altersphysiologische Maß hinausgehenden kognitiven Einschränkung ohne grundlegende Alltagsbeeinträchtigung [8].

Nota: Patienten mit LKS sollten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zur Überprüfung der Fahrkompetenz angeraten werden.

Demenzen

Eine Fahrerlaubnis besitzen 68 % der Demenzerkrankten und davon fährt die Hälfte noch regelmäßig mit dem Kfz. Auch wenn anzunehmen ist, dass in Anfangsstadien einer demenziellen Erkrankung Verhaltensumstellungen wie etwa Reduzierung der Fahrtätigkeit, Umkreisbeschränkungen etc. von den Erkrankten vorgenommen werden, wird die eigene Fahrtüchtigkeit von einigen Betroffenen oft falsch eingeschätzt und das Kraftfahrzeug weiter genutzt, auch nachdem es bereits Empfehlungen gab, das Autofahren einzustellen.

Nur in sehr frühen Stadien der Demenz ist von keinen Beeinträchtigungen der Verkehrssicherheit auszugehen. Bereits im leichtgradigen Stadium steigt das Risiko für Fehlleistungen deutlich an. Bei mittel- oder schwergradiger Demenz besteht keine Fahreignung mehr [7].

„Die Diagnose Demenz alleine rechtfertigt den Entzug der Fahrerlaubnis nicht.“

Alzheimer-Demenz (AD)

Untersuchungen von Fahrern mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ (AD) weisen auf ein höheres Unfallrisiko hin. In realen Fahrproben und in Fahrsimulatorstudien zeigen sich bei Patienten mit Alzheimer-Demenz (AD) Fahrauffälligkeiten, die mit Aufmerksamkeitsdefiziten, Problemen in der Gefahreinschätzung und einem eher konservativen, übervorsichtigen Fahrstil in Zusammenhang gebracht wurden. Die Befragung von Angehörigen ergibt, dass etwa 20 % von Patienten mit einer AD seit Beginn der ersten Symptome Bagatellschäden mit dem Kraftfahrzeug verursachten, meist beim Einparken, was v.a. auf Probleme im Bereich visuell-räumlicher Fähigkeiten hinweist. Etwa drei Jahre nach Diagnosestellung wird die Fahrtätigkeit in den meisten Fällen eingestellt [7, 8].

Frontotemporale Demenz (FTD)

Sehr früh im Krankheitsverlauf treten bei diesem Krankheitsbild Verhaltensänderungen auf, die eine Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr in Frage stellen. Im Fahrsimulator begehen Patienten mit FTD im Vergleich zu Kontrollpersonen mehr Geschwindigkeitsüberschreitungen, Verkehrsregelmäßigkeiten und verursachen mehr Kollisionen. Die Befragung von Angehörigen ergibt, dass Patienten mit FTD aggressiver und risikofreudiger fahren, mit auffällig häufigen Übertretungen von Verkehrsregeln und Gefährdung von Verkehrsteilnehmern. Die Einsicht in die Auffälligkeiten ist in der Mehrzahl der Fälle nicht gegeben, so dass oft, trotz Fahrverbot durch Familienangehörige, das Fahrzeug weiter genutzt wird [9].

Nota: Patienten mit frontotemporaler Demenz stellen in Bezug auf die Verkehrssicherheit eine besondere Risikogruppe dar, die frühestmöglich im Krankheitsverlauf das Autofahren einstellen sollten.

Die Tabelle 1 bildet ein allgemeines Beurteilungsschema in Anlehnung an die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung bei organisch-psychischen Störungen, Demenz und organischen Persönlichkeitsveränderungen ab.

Schizophrene Psychosen

Die Diagnose einer akuten (paranoiden) Schizophrenie begründet gemäß Begutachtungsleitlinien eine Nichteignung zum Führen von Kraftfahrzeugen. Bei Ersterkrankungen können die Voraussetzungen zum Führen von Kfz der Gruppe 1 wieder gegeben sein, wenn keine das Realitätsurteil erheblich beeinträchtigenden Symptome (Wahn, Halluzinationen, kognitive Störung) mehr nachweisbar sind. Bei rezidivierendem Psychose-Verlauf sind die Untersuchungen durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in festzulegenden Abständen zu wiederholen.

Tabelle 1: Organisch-psychische Störungen, Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen – Eignung und bedingte Eignung in Anlehnung an die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung.

Krankheiten	Gruppe 1	Gruppe 2	Bemerkungen/Auflagen
Organisch-psychische Störungen	Nein Ja	Nein Ja	In akuten Phasen Nach Abklingen der Phase, ohne relevante Restsymptome; in der Regel Nachuntersuchungen
Chronische hirnorganische Psychosyndrome – Leicht	Ja	i. d. R. Nein	Abhängig von Art und Schwere der Erkrankung; Nachuntersuchungen
– Schwer	Nein	Nein	
Schwere Altersdemenz und schwere Persönlichkeitsveränderungen	Nein	Nein	

Tabelle 2: Beurteilungskriterien für schizophrene Psychosen nach Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung

Krankheiten	Gruppe 1	Gruppe 2	Bemerkungen/Auflagen
Schizophrene Psychosen	Nein Ja	Nein i. d. R. Nein	In akuten Stadien Nach Ablauf der Psychose, wenn keine Störungen nachweisbar sind, wie Halluzinationen, Wahn oder kognitive Einbußen; regelmäßige Kontrollen

Das Führen von Kfz der Gruppe 2 ist in der Regel für Patienten mit einer schizophrenen Psychose ausgeschlossen.

Ein Beurteilungsschema in Anlehnung an die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung ist aus Tabelle 2 ersichtlich.

Bei hoher interindividueller Variabilität der Leistungsprofile stellen bei 60–80 % der schizophrenen Patienten kognitive Einbußen ein zentrales Merkmal der Erkrankung dar. Laboruntersuchungen weisen darauf hin, dass bei ca. 20–40 % dieser Patienten, kurz vor Entlassung aus der stationären Behandlung und unter pharmakologischen Steady-state-Bedingungen, von erheblichen verkehrsrelevanten Leistungseinbußen auszugehen ist. Eine standardisierte Leistungsuntersuchung ist somit, auch bei weitgehender Remission der psychopathologischen Symptomatik, zur Beurteilung der Fahrtüchtigkeit bei dieser Patientengruppe in der Regel indiziert [5, 6].

Tabelle 3: Affektive Psychosen – Eignung und bedingte Eignung in Anlehnung an die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung

Krankheiten	Gruppe 1	Gruppe 2	Bemerkungen/ Auflagen
Affektive Psychosen	Nein	Nein	Bei sehr schweren Depressionen und manischen Phasen sowie mehreren Phasen mit kurzen Intervallen
	Ja	Nein	Nach Abklingen der Phasen; jedoch regelmäßige Kontrollen
		Ja	Symptombefreiheit; regelmäßige Kontrollen

Affektive Störungen (Depressionen, Manien) (Tab. 3)

Depressive Störungen gehen mit einer Vielzahl neurobiologischer Auffälligkeiten einher, die oftmals dazu führen, dass Leistungen wie Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis oder das Denken auch nach weitgehender Remission der psychopathologischen Symptomatik beeinträchtigt sind. Kognitive Funktionseinbußen gehören zu den Kernsymptomen der Depression, sie zählen auch zu den häufigsten Residualsymptomen, die die Lebensqualität und das soziale Funktionsniveau beeinträchtigen [10].

Die Datenlage bezüglich Fahreignung und Unfallrisiken depressiver Patienten ist insgesamt dünn und von einer Reihe von methodischen Problemen (u.a. weites Spektrum depressiver Störungen) gekennzeichnet. In eigenen Untersuchungen zur Fahrtüchtigkeit konnte gezeigt werden, dass etwa 16–20 % der Patienten mit depressiven Erkrankungen, kurz vor Entlassung aus der stationären Behandlung, die gesetzlichen Mindestanforderungen an die Leistungsfähigkeit erheblich unterschritten [11].

Die Evidenz für ein erhöhtes Verkehrsrisiko als Folge suizidaler Intentionen im Rahmen depressiver Erkrankungen scheint eher gering zu sein, zwei Kohortenstudien weisen aber auf eine Zunahme suizidal motivierter tödlicher Unfälle im Rahmen (medikamentös unbehandelter) depressiver Zustände hin. Nach den Begutachtungsleitlinien schließen akute affektive Psychosen – Manien und schwere, wahnhaft, stuporöse, suizidale Depressionen – Fahrtauglichkeit aus. Nach Abklingen der Phase/Episode kann unter regelmäßiger Kontrolle durch einen Facharzt für Psychiatrie wieder Fahrtauglichkeit angenommen werden.

Unbehandelte Depressive zeigten in Labortests und Fahrsimulator deutliche Beeinträchtigungen bezüglich der Fahrtauglichkeit [12].

Für Gruppe 2 wird weitgehende Symptombefreiheit (Remission) gefordert, nach mehreren Phasen ist in der Regel nicht von einem angepassten Verhalten im Straßenverkehr mit Kraftfahrzeugen auszugehen.

Bei Patienten, die auf eine rezidivprophylaktische Therapie (Stimmungsstabilisierer/ Mood Stabilizer) eingestellt sind, sind mindestens vierteljährliche psychiatrische Kontrolluntersuchungen mit Plasmaspiegelkontrollen – TDM (z. B. Lithium) erforderlich.

Der behandelnde Arzt sollte Antidepressiva auch unter verkehrsmedizinischen Aspekten (Beeinflussung psychomotorischer und kognitiver Funktionen) auswählen und eine stets individuelle Beurteilung der Fahrtauglichkeit unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes und -verlaufes, der individuellen Reaktion auf das verordnete Präparat (Verträglichkeit) und die Dosierung treffen. In Zweifelsfällen ist eine neuropsychologische Untersuchung (Fahrtauglichkeitstestung) anzuraten. Der Patient sollte angehalten werden, sich selbst zu beobachten und schon kleine Änderungen der Bewusstseinslage während der Therapie dem Arzt mitzuteilen. Er sollte insbesondere dahingehend informiert werden, dass er keine eigenmächtige Selbstmedikation vornimmt. Kein Alkohol unter Psychopharmaka!

Nota: Informationspflicht des Arztes.

Generell gilt, dass bei bestimmungsgemäßer Einnahme von Antidepressiva durch Adaptationsprozesse an das Medikament einerseits und Kompensationsmöglichkeiten andererseits in vielen Fällen Fahreignung besteht. Neuere selektive, nicht-sedierende Antidepressiva wie SSRIs oder SNRIs weisen bezüglich der Fahrtauglichkeit Vorteile auf. Kritische Phasen umfassen die Aufdosierung, die Medikamentenumstellung und das Absetzen.

Substanzmissbrauch – Substanzabhängigkeit**Alkohol**

Die Auswirkungen von Alkohol auf die Fahrtüchtigkeit sind weitgehend bekannt und in einer Vielzahl von Untersuchungen beschrieben worden. Bereits bei Blutalkoholwerten ab 0,3 ‰ kann es, je nach Komplexitätsgrad der Anforderungen, zu Ausfallerscheinungen kommen [13, 14].

Gemäß den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung besteht bei Alkoholmissbrauch sowie bei Alkoholabhängigkeit keine Fahreignung. Alkoholmissbrauch ist entsprechend den Begutachtungsleitlinien vor allem dann anzunehmen, wenn wiederholt ein Fahrzeug unter unzulässig hoher Alkoholkonzentration geführt wurde bzw. auch bei einmaliger Auffälligkeit mit einem Alkoholspiegel > 1,6 ‰ im Blut. Die Definition bezieht sich auf Rechtsverstöße und nicht auf die medizinisch-psychologischen Kriterien eines Missbrauchs. Die Alkoholabhängigkeit ist demgegenüber medizinisch definiert (psychische und körperliche Abhängigkeit – Kriterien nach ICD-10).

Infobox – Screening:**CAGE-Test – pathologischer Alkoholkonsum*:****CAGE-Test:**

Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Sie weniger trinken sollten („Cut-down“)?

Hat es Sie belastigt oder gekränkt, wenn jemand Ihr Trinken kritisiert hat („Annoyed“)?

Hatten Sie jemals Schuldgefühle wegen Ihres Trinkens („Guilty“)?

Mussten Sie jemals morgens trinken, um sich zu beruhigen oder in Gang zu kommen („Eye opener“)?

* Bei zwei oder mehr Ja-Antworten ist ein pathologischer Alkoholkonsum wahrscheinlich.

Nota: Wer vom Alkohol abhängig ist, kann kein Kraftfahrzeug sicher führen.

Die Voraussetzung zum sicheren Führen von Kfz kann wieder als gegeben angesehen werden:

- nach erfolgreicher Entwöhnungsbehandlung,
- in der Regel 1-jährige nachgewiesene Abstinenz durch regelmäßige ärztliche Untersuchungen mit Laborkontrollen (γ -GT, GOT, GPT, MCV, CDT),
- keine eignungsrelevanten (Leistungs-) Mängel.

Betäubungsmittel

Nota: Wer Betäubungsmittel gemäß BtMG nimmt oder von ihnen abhängig ist, ist nicht in der Lage, den Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen gerecht zu werden [14].

Mögliche Ausnahme: Bestimmungsgemäße Einnahme eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels, z. B. i. R. eines Methadon-Substitutionsprogramm. Wichtig ist eine Bescheinigung durch einen ermächtigten Arzt, mehr als einjährige Substitution, stabile psychosoziale Integration, Freiheit von Beigebrauch über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr, nachgewiesen durch regelmäßige zufällige Kontrollen (Urin, Haar), keine Persönlichkeitsstörung, keine eignungsrelevanten Leistungseinbußen.

Die Voraussetzung zum Führen von Kfz kann wieder als gegeben angesehen werden:

- nach erfolgreicher Entwöhnungsbehandlung,
- in der Regel 1-jährige nachgewiesene Abstinenz durch ärztliche Untersuchungen (mindestens 4 unvorhersehbar anberaumte Laborkontrollen – Haaranalyse),
- tiefgreifender und stabiler Einstellungswandel.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Patienten nach einer akuten Traumatisierung mit Belastungsreaktion, mit generalisierten Angsterkrankungen, Panikattacken oder speziellen Phobien mit Bezug auf den Straßenverkehr muss in akuten Phasen vom Führen eines Kraftfahrzeuges abgeraten werden.

Vor allem Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen (emotional-instabile, dissoziale, histrionische, narzisstische) sind als Risikogruppe zu beurteilen.

Intelligenzminderung

Die leichte Intelligenzminderung (IQ 50–70) schließt eine Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr in der Regel aus. Im Einzelfall können unter Einbeziehung der allgemeinen psychischen Leistungsfähigkeit sowie affektiver, emotionaler und motivationaler Einflussgrößen die Voraussetzungen zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen gegeben sein. Es empfiehlt sich zudem, Aspekte der sozialen Intelligenz mit standardisierten Verfahren zu erfassen. In der Regel ist zur abschließenden Beurteilung die Durchführung einer psychologischen Fahrverhaltensbeobachtung indiziert. Das Führen

von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 ist für Personen mit leichter Intelligenzminderung ausgeschlossen.

Entwicklungsstörungen

Der frühkindliche Autismus ist durch Beeinträchtigungen in Sprach- und Gedächtnisfunktionen sowie reduzierten Leistungen im Bereich des Abstraktionsvermögens und konzeptuellen Denkens gekennzeichnet. Zudem bewegt sich die Mehrzahl dieser Patienten im Bereich der Intelligenzminderung (IQ < 70), was die Voraussetzungen zum Führen eines Kraftfahrzeuges *per se* in Frage stellt.

Die Diagnose Asperger-Syndrom schließt die Fahrtauglichkeit nicht von vornherein aus. Neben der psychopathologischen Beurteilung ist immer auch eine neuropsychologische Leistungsuntersuchung zu empfehlen. Bei günstigen Ergebnissen können die Eignungsvoraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 gegeben sein.

Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)

Das Vorliegen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eindeutig mit erhöhten Verkehrsunfällen assoziiert. ADHS-Betroffene verursachen 3–4 × häufiger Unfälle, sie fallen auch durch Alkohol am Steuer und Fahren ohne Fahrerlaubnis auf. Psychostimulanzien haben in der Regel einen senkenden Effekt auf die Unfallrate bei ADHS [15].

■ Psychopharmaka und Fahreignung

Während für Alkohol relativ klar definierte Grenzwerte für eine Fahruntüchtigkeit bestehen, gibt es solche für Medikamente einschließlich Psychopharmaka nicht. Die arzneimittelbedingte Fahruntüchtigkeit im medizinisch-juristischen Zusammenhang ist im Einzelfall zu beurteilen. Studien zur Frage der Auswirkungen von Psychopharmaka auf psychomotorische und kognitive Leistungen klinischer Populationen existieren nur wenige [11, 13].

Nota: Eine Dauerbehandlung mit Arzneimitteln schließt die Teilnahme am Straßenverkehr nicht automatisch aus. Erst durch die Medikamenteneinnahme sind bei einer Reihe psychischer Erkrankungen die Voraussetzungen zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen geschaffen.

Stabilisierende Wirkungen von Arzneimitteln einerseits sowie mögliche Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit andererseits sind differenziert zu bewerten. Kritische Phasen der Pharmakotherapie sind die Aufdosierung, die Umstellung und das Absetzen. Absolut gilt: Kein Alkohol unter Psychopharmaka!

Antidepressiva

Antidepressiva haben ein unterschiedliches Potenzial, die Fahrtüchtigkeit zu beeinträchtigen. Vor allem die Akut-Effekte sedierender Antidepressiva (Amitriptylin, Doxepin) wirkten sich bei realen Fahrproben mit Gesunden ähnlich wie 0,8 % Alkohol negativ auf das Fahrverhalten aus; nach einwöchiger Einnahme gab es gegenüber der Placebogruppe keine Unterschiede mehr. Patienten unter nicht-sedierenden Antidepressiva wie Moclobemid, Fluoxetin, Paroxetin und Venlafaxin zeigten keine Auffälligkeiten im Fahrverhalten [11,12,13].

Ein systematischer Review von 21 publizierten Studien kommt zu dem Ergebnis, dass kaum randomisierte kontrollierte Patientenstudien zur Frage der Fahrtüchtigkeit unter Antidepressiva vorliegen und zumeist gesunde junge männliche Probanden nach akuter Gabe untersucht wurden [16].

Erst aus jüngster Zeit liegen fundierte Patienten-Studien zur Frage kognitiver Dysfunktion bei Depressiven und differenzieller Effekte verschiedener Antidepressiva auf neuropsychologische Funktionen vor. Untersuchungen mit verschiedenen Antidepressiva bei Depressiven zum Zeitpunkt der Entlassung aus stationärer Behandlung ergaben bei etwa 16 % keine, bei 60 % eine individuell abzuklärende leicht- bis mittelgradige Beeinträchtigung von fahreignungsrelevanten psychomotorischen Funktionen. Es zeigt sich zudem, dass neuere, selektive Antidepressiva einen günstigeren Einfluss auf psychomotorische Leistungsparameter haben als Trizyklika. Unter Serotonin-selektiven Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) und Mirtazapin waren vor allem bzgl. Reaktivität, Stresstoleranz und selektiver Aufmerksamkeit bessere Ergebnisse als unter trizyklischen Antidepressiva zu verzeichnen [11,17]. In einer Studie mit standardisierter psychologischer Fahrverhaltensbeobachtung und staatlich geprüftem Fahrlehrer konnten 72 % der auf Agomelatin oder Venlafaxin eingestellten Patienten als uneingeschränkt fahrtüchtig eingeschätzt werden. Eine Subgruppe Depressiver erreichte aber nicht das Leistungsniveau von Gesunden.

Nota: In Patientenstudien konnte durchwegs gezeigt werden, dass die Fahrtüchtigkeit von mit Antidepressiva erfolgreich behandelten Patienten günstiger einzuschätzen ist als die unbehandelten Patienten.

Verordnende Ärzte und beratende Pharmazeuten benötigen adäquate, gut zugängliche Informationsquellen. Hierzu zählen die standardisierten Fachinformationen. Eine Zusammenstellung der Angaben zur Fahrtauglichkeit („Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen“) für die in Deutschland im Handel befindlichen Antidepressiva zeigt, dass für die älteren Substanzen keine Angaben, für die neueren nur sehr allgemein gehaltene Aussagen gemacht werden, die dem aktuellen Wissensstand nicht entsprechen (Tab. 4).

Beispiel Citalopram:

„Citalopram hat einen geringen oder mäßigen Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen. Psychoaktive Arzneimittel können das Urteilsvermögen und die Reaktionsfähigkeit in Notfallsituationen beeinträchtigen.

Die Patienten sollten auf diese Wirkungen hingewiesen und vor einer Beeinträchtigung ihrer Verkehrstüchtigkeit und ihrer Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen gewarnt werden.“

Stimmungsstabilisierer / Mood Stabilizer

Zu Patienten unter einer rezidivprophylaktischen Langzeitmedikation mit Mood Stabilizern liegen hinsichtlich Fahrtauglichkeit kaum Untersuchungsdaten vor. Unter Lithiumsalzen ist auf die initiale Sedierung zu achten. In Abhängigkeit von Plasmakonzentrationen wurden reduzierte Reaktionszeiten

beschrieben. Unter Carbamazepin kann es dosisabhängig zu Müdigkeit kommen, unter Valproat wurden Einzelfälle chronischer Enzephalopathien beobachtet, was sich in Störungen höherer kortikaler Funktionen und Teilnahmslosigkeit äußerte. Aktuelle eigene Untersuchungsdaten zeigen bei remittierten bipolaren Patienten, dass etwa 20 % als nicht fahrtüchtig einzuschätzen sind, wobei unter Lamotrigin im Vergleich zu Lithium günstigere Ergebnisse bzgl. visueller Wahrnehmung, Vigilanz und Stresstoleranz erhoben wurden [18].

Antipsychotika

Die sehr heterogene Gruppe der Neuroleptika/Antipsychotika lässt sich u.a. unterteilen nach dem Ausmaß der extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen und dem Grad der Sedierung, auch unterschiedliche Ausmaße von blutdrucksenkenden und Schwindel-induzierenden Effekten sind zu berücksichtigen.

Eigene Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass ca. 27 % der schizophrenen Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung aus stationärer Behandlung als fahrtüchtig anzusehen sind. Tendenziell weisen Patienten unter sog. atypischen Antipsychotika (Second Generation-Antipsychotika – SGA) bessere Ergebnisse auf als unter konventionellen Neuroleptika (First Generation-Antipsychotika – FGA) – sowohl in Laboruntersuchungen als auch in der Risikosimulation am Fahrsimulator [6, 13, 17].

Die große interindividuelle Variabilität psychomotorischer Leistungen schizophrener Patienten weist auf die Notwendig-

Tabelle 4: Zusammenfassung der Fachinformationen zu Antidepressiva: „Auswirkungen auf die Fahrsicherheit“

Substanz	Fahrsicherheit
Agomelatin	keine Studien zur Auswirkung auf die Fahrsicherheit, möglicherweise eingeschränkte Fahrsicherheit
Amitriptylin	beeinträchtigt Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr, besonders bei Behandlungsbeginn, Präparatewechsel sowie bei Kombination, in den ersten Behandlungstagen sollte das Führen von Fahrzeugen unterbleiben
Bupropion	Vorsicht beim Autofahren
Citalopram	geringer bis mäßiger Einfluss
Clomipramin	während der ersten Tage keine Fahreignung, diese kann individuell beeinträchtigt sein
Doxepin	in den ersten Tagen keine Fahreignung, kann diese beeinträchtigen
Duloxetin	keine Studien, bei Müdigkeit und Schwindel das Führen von Fahrzeugen vermeiden
Escitalopram	keine Beeinträchtigung, potentiell Risiko
Fluoxetin	Fahreignung nicht beeinflusst
Maprotilin	potentielle Beeinträchtigung (Behandlungsbeginn, Präparatewechsel, Kombination)
Milnacipran	kann das Führen von Fahrzeugen beeinträchtigen
Mirtazapin	geringer Einfluss auf die Fahrsicherheit
Moclobemid	keine Beeinträchtigung
Paroxetin	keine Beeinträchtigung
Sertralin	keine Beeinträchtigung
Trimipramin	Beeinträchtigung möglich
Venlafaxin	Warnhinweis

keit einer individuellen Bewertung der Verkehrssicherheit unter Berücksichtigung der psychopathologischen Leitsymptomatik sowie möglicher Kompensationsfaktoren hin.

Beispiel Quetiapin:

„In Anbetracht seiner Wirkungen auf das zentrale Nervensystem kann Quetiapin Tätigkeiten, die Wachsamkeit erfordern, beeinträchtigen. Daher sollte Patienten vom Autofahren oder dem Bedienen von Maschinen abgeraten werden, bis ihr individuelles Ansprechen auf das Präparat bekannt ist.“

■ Tranquilizer und Hypnotika

Vor allem Benzodiazepine werden in Abhängigkeit von Dosierung, Einnahmezeitpunkt, Eliminationshalbwertszeit, Anzahl der eingenommenen Präparate und der Dauer der Behandlung mit einem bis zu 5,5-fach erhöhten relativen Verkehrsunfallrisiko bewertet. Experimentelle Untersuchungen belegen eindeutig eine dosisabhängige Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit durch Benzodiazepine. Metaanalysen weisen auf die Abhängigkeiten von Wirkdauer und Dosierung hin. Je kürzer die Wirkzeit, desto schneller ist die Adaptation des Organismus an die Substanz erreicht. So sind bei kurz wirksamen Benzodiazepinen bereits in der ersten Applikationswoche nur mehr geringe Leistungseinbußen zu verzeichnen, während bei den lang wirksamen Benzodiazepinen auch nach diesem Zeitraum noch von einer erheblichen Beeinträchtigung der Verkehrssicherheit auszugehen ist.

In realen Fahrproben wurden für verschiedene Benzodiazepin-Tranquilizer akute Beeinträchtigungen vergleichbar einer BAK > 0,8 Promille nachgewiesen. Auch nach einjähriger Einnahme war das Unfallrisiko unter Benzodiazepinen mit langer Halbwertszeit noch signifikant erhöht. Die Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen scheint zudem zu generellen Einbußen in unterschiedlichen kognitiven Bereichen zu führen, die sich auch nach Absetzen des Medikaments nicht vollständig bessern. Verschiedene Benzodiazepin-Hypnotika haben Residualeffekte, die zu Auffälligkeiten im Fahrverhalten vergleichbar von Alkoholfahrten > 0,5 Promille führen und dies auch noch 16 bis 17 Stunden nach Einnahme des Medikaments [20–22].

Nota: Benzodiazepin-Tranquilizer und -Hypnotika stellen unter den Psychopharmaka das größte Fahrtauglichkeitsrisiko – insbesondere bei Älteren – dar.

Unter den Z-Substanzen Zolpidem und Zaleplon konnten nach abendlicher Einnahme am nächsten Morgen keine die Verkehrssicherheit beeinträchtigenden Residualeffekte beobachtet werden, mit Einschränkungen für Zopiclon im Vergleich zu Flunitrazepam und Nitrazepam.

Die Gruppe der Antihistaminika hat vor allem als frei verkäufliche Schlafmittel Bedeutung erlangt. Vor allem Antihistaminika der ersten Generation (z. B. Diphenhydramin) wirken sich sowohl nach einmaliger als auch wiederholter Einnahme negativ auf die Fahrtüchtigkeit aus. Unter Antihistaminika der sog. zweiten Generation (u.a. Cetirizin) ist von einer gewissen Toleranzentwicklung auszugehen, wobei auch diese Substanzen nicht völlig frei von der Verkehrssicherheit betreffenden

Nebenwirkungen sind. Unbedenklich scheinen demgegenüber Antihistaminika der dritten Generation zu sein (u.a. Levocetirizin, Loratadin, Desloratadin).

Psychostimulanzien

Sofern Methylphenidat (MPH) nach ärztlicher Verordnung eingenommen wird, ist die Eignung nicht eingeschränkt oder gar ausgeschlossen. Nachdem experimentelle Studien positive Effekte aufgezeigt hatten, konnten nun auch kontrollierte Studien den günstigen Effekt auf die Fahreignung bei jungen Patienten belegen: Mit Methylphenidat behandelte Erwachsene zeigten sowohl in einer psycho-motorischen Testbatterie (ART 2020) als auch in einer standardisierten Fahrverhaltensbeobachtung im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant verbesserte Informationsverarbeitung, visuelle Orientierung und Aufmerksamkeit (Reduktion der Tagesmüdigkeit) [15].

Die Fahrtüchtigkeit kann aber beeinträchtigt sein:

- Zu Beginn der Therapie
- Bei Dosisänderung
- Bei Wechsel des Medikamentes
- Bei zusätzlichen Erkrankungen.
- Zu beachten sind auch die MPH-Nebenwirkungen Schwindel, Schläfrigkeit und Sehstörungen.

■ Leitsätze

Die große interindividuelle Variabilität weist auf die Notwendigkeit einer individuellen Bewertung der Fahrtauglichkeit unter Berücksichtigung der psychopathologischen Leitsymptomatik, Krankheitsverlauf, Persönlichkeitsfaktoren, Attitüden sowie möglicher Kompensationsfaktoren hin [6].

Eine wesentliche Pflicht des Behandelnden ist es, den Patienten über Einschränkungen der Fahrtüchtigkeit frühzeitig aufzuklären und gegebenenfalls auf mögliche Gefährdungen hin-

■ Fazit für die Praxis

- Die Beurteilung der Fahrkompetenz allein auf Basis der klinischen Symptomatik ist in den meisten Fällen nicht ausreichend.
- Die Bewertung der Leistungsfähigkeit und die Beurteilung des Kompensationspotenzials im Rahmen einer psychologischen Testung sind für die Bewertung der Fahrkompetenz von zentraler Bedeutung, im Zweifel ist eine Fahrverhaltensbeobachtung (Fahrprobe) empfehlenswert.
- Die Diagnose Demenz ist nicht gleichzusetzen mit Fahruntauglichkeit.
- Unter den Demenzen hat v.a. den frontotemporalen Demenzen ein besonderes Augenmerk zu gelten.
- Schizophrene mit produktiver Symptomatik sind nicht fahrtauglich. Remittierte und medikamentös gut Eingestellte können unter fachärztlicher Kontrolle die Anforderungen der FS-Klasse 1 wieder erfüllen.
- Unter antidepressiver Behandlung remittierte Depressionen sind in der Regel wieder fahrtauglich.
- Benzodiazepine erhöhen das Verkehrsunfallrisiko deutlich.
- Absolut gilt: Kein Alkohol unter Psychopharmaka.
- Wichtig ist die Dokumentation der Beratung/Untersuchung und schriftliche Bestätigung der Aufklärung durch den Patienten, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Angehörigen.

zuweisen. Die Beratung hat unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsverlaufes, der Leistungsvoraussetzungen und der Kompensationsmöglichkeiten zu erfolgen. Wichtig ist die Dokumentation des Beratungsgesprächs und schriftliche Bestätigung der Aufklärung durch den Patienten, ggf. erfolgt dies unter Einbeziehung von Angehörigen.

■ Interessenkonflikt

Keiner.

Literatur:

1. Brunnauer A, Buschert V, Segmiller F et al. Mobility behaviour and driving status of patients with mental disorders - an exploratory study. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2016; 20: 40–6.
2. Brunnauer A, Widder B, Laux G. Grundlagen der Fahrtauglichkeitsbeurteilung bei neurologischen und psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt* 2014; 85: 805–10.
3. Fahrerlaubnisverordnung http://www.fahrerlaubnisrecht.de/FeV/FeV_Inhaltsverzeichnis.htm. Zugriffen am 15.08.2020.
4. Gräemann N, Albrecht M. Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrtauglichkeit. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mensch und Sicherheit. Heft M 115.* Verlag Schönmeyer, Bremen, 2020.
5. Brunnauer A, Laux G. Fahrtauglichkeit und psychische Erkrankungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg.) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie.* Bd. 2, 5. Aufl. Springer, Heidelberg, 2017.
6. Laux G, Brunnauer A, Grawe M (Hrsg.). *Fahrtauglichkeit bei psychischen Erkrankungen.* Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin 2019.
7. Brunnauer A, Buschert V, Laux G. Demenz und Autofahren. *Nervenarzt* 2014; 85: 811–5.
8. Haussmann R, Wagner T, Müller D, Bauer M, Laux G, Donix M. Beurteilung der Fahrtauglichkeit bei Patienten mit MCI und Demenzen. *Nervenarzt* 2017; 88: 247–53.
9. Ernst J, Krapp S, Schuster T et al. Fahrtauglichkeit bei Patienten mit frontotemporaler Demenz und Alzheimer-Demenz. *Nervenarzt* 2010; 81: 79–85.
10. Hasselbalch BJ, Knorr U, Kessing LV. Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: a systematic review. *J Affect Disord* 2011; 134: 20–31.
11. Brunnauer A, Laux G, Geiger E et al. Antidepressants and driving ability: results from a clinical study. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1776–81.
12. Laux G, Brunnauer A. Fahrtauglichkeit bei affektiven Störungen und unter Psychopharmaka. *Nervenarzt* 2014; 85: 822–8.
13. Brunnauer A, Laux G. Psychopharmaka und Fahrtauglichkeit. In: Riederer P, Laux G (Hrsg.). *Grundlagen der Neuro-Psychopharmakologie. Ein Therapiehandbuch.* Springer, Wien, 2010.
14. Soyka M, Ditter S, Kagerer-Volk S, Soyka M. Fahrtauglichkeit bei Abhängigkeitserkrankungen und Schizophrenie. *Nervenarzt* 2014; 85: 816–21.
15. Cox DJ, Davis M, Mikami AY et al. Long-acting methylphenidate reduces collision rates of young adult drivers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2012; 32: 225–30.
16. Brunnauer A, Laux G. The effects of most commonly prescribed second generation antidepressants on driving ability: a systematic review. *J Neural Transm* 2013; 120: 225–32.
17. De las Cuevas C, Ramallo Y, Sanz EJ. Psychomotor performance and fitness to drive: the influence of psychiatric disease and its pharmacological treatment. *Psychiatry Res* 2010; 176: 236–41.
18. Segmiller FM, Hermisson I, Riedel M et al. Driving ability according to German guidelines in stabilized bipolar I and II outpatients receiving lithium or lamotrigine. *J Clin Pharmacol* 2013; 53: 459–62.
19. Brunnauer A, Laux G, Geiger E, Möller HJ. The impact of antipsychotics on psychomotor performance with regard to car driving skills. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24: 155–60.
20. Barbone F, McMahon A, Davey P et al. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet* 1998; 352: 1331–6.
21. Laux G, Volkerts E. Driving and benzodiazepine use. *CNS Drugs* 1998; 10: 383–96.
22. Smink BE, Egberts AC, Luthof KJ et al. The relationship between benzodiazepine use and traffic accidents: A systematic literature review. *CNS Drugs* 2010; 24: 639–53.

PD Dr. rer. nat. Alexander Brunnauer



Diplom-Psychologe mit Schwerpunkt in klinischer Neuropsychologie.

1993–1997 Stipendiat am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München. Promotion 1996. 1997–1998 Abteilungsleitung der neuropsychologischen Abteilung der Rehabilitationsklinik Medical Park, Berchtesgaden. Seit 1998 Leiter der Abteilung Neuropsychologie am kbo-Inn-Salzach-Klinikum in Wasserburg am Inn sowie seit 2000 der Arbeits- und Forschungsgruppe Fahrtauglichkeit an der Psychiatrischen Klinik der LMU, München. Sprecher des Arbeitskreises Fahrtauglichkeit der Gesellschaft für

Neuropsychologie (GNP) und im erweiterten Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM). Mitglied der Expertengruppe Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrtauglichkeit – Kapitel „Psychische Erkrankungen“ der Bundesanstalt für Straßenwesen.

Forschungstätigkeiten im Bereich der Neuropsychologie psychischer Erkrankungen, Neuropsychopharmakologie und Fahrtauglichkeit. (Ko-) Autor von über 150 wissenschaftlichen Publikationen und Buchbeiträgen und Mitglied in verschiedenen psychologischen und medizinischen Fachgesellschaften (GNP, AGNP, DGVM, DGGPP).

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gerd Laux



Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Verkehrsmedizinische Qualifikation. Professor für Psychiatrie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Von 1967–1975 Psychologie- und Medizinstudium in Mainz und Heidelberg, 1977–1982 Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg und an der Neurologischen Universitätsklinik Würzburg. 1983 Stipendium in biologischer Depressionsforschung an der University of Texas, Department of Psychiatry, in Dallas, Texas (USA). Anerkennung

Zusatztitel „Psychotherapie“. 1985–1992 Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Würzburg. 1992–1995 Ltd. Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Bonn, Direktor der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Bonn. 1996–2013 Ärztlicher Direktor des Inn-Salzach-Klinikums, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Neurologie, Wasserburg a. Inn – Rosenheim – Freilassing. Professor für Psychiatrie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Seit 2014 Leitung Institut für Psychologische Medizin (IPM) mit Privatarztpraxis.

Wissenschaftliche Tätigkeit: Klinische Psychopharmakologie (Antidepressiva), therapeutisches Drug-Monitoring, Fahrtauglichkeitsuntersuchungen.

Prof. Laux ist als Berater und Prüfer am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und im Prüfungsausschuss Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) tätig, er ist Mitglied verschiedener Advisory Boards sowie Reviewer verschiedener nationaler und internationaler Fachzeitschriften. Über 400 Publikationen, (Mit-) Autor und (Mit-) Verfasser von 34 Büchern, über 250 Vorträge auf nationalen und internationalen Kongressen, Editor in chief: Psychopharmakotherapie (PPT).

Akkreditierter ärztlicher Herausgeber:
Universitätsklinik für Psychiatrie Wien

Lecture Board:

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller, München
Prof. Dr. med. Peter Zwanzger, Wasserburg am Inn

DFP online Literaturstudium

Entsprechend dem Fortbildungsgedanken des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie werden approbierte Fachartikel zur Erlangung von DFP- (Diplom-Fortbildungs-Programm-) Punkten (Österreich) der „Akademie der Ärzte“ publiziert.



Ein Service der ÖÄK und der Österreichischen Akademie der Ärzte

Über uns Kontakt OK

meindfp.at

Aktuelles E-Learning DFP-Konto

SERVICE: SUPPORT(AT)MEINDFP.AT

E-Learning » Fortbildungen » Detail

E-Learning

- Fortbildungen
- Statistik

DFP-Konto

- Übersicht
- Kontodetails
- Punkte buchen
- Diplome

Psychische Erkrankungen und Verkehrssicherheit

AUTOR
G. Laux, A. Brunbauer

1. Bezüglich Psychopharmaka und Fahreignung sind ...

- Neuroleptika/Antipsychotika generell kritisch zu sehen.
- Antidepressiva unabhängig von Substanzklassen kritisch zu sehen.
- Tranquilizer/Hypnotika besonders kritisch zu sehen.
- Psychostimulanzien generell kontraindiziert.
- alle Substanzen kritisch zu sehen.

2. Die Fahreignung ist bei Demenzen ...

- generell ausgeschlossen.
- vom Schweregrad abhängig.
- besonders bei Alzheimer-Demenz eingeschränkt.
- besonders bei fronto-temporalen Demenzen eingeschränkt.
- bei MCI in der Regel erhalten.

3. Für Betäubungsmittel gilt:

- Ausnahmslos besteht keine Fahreignung.
- Unter Methadon-Substitution kann Fahreignung möglich sein.
- Kraftfahrer müssen eine Bescheinigung eines ermächtigten Arztes vorlegen.
- Psychostimulanzien beeinträchtigen generell die Fahreignung.
- Bei ADHS wirken Psychostimulanzien günstig auf die Fahrsicherheit.

Dr. Max Mustermann
Arztnummer: 168880-30
[Stammdaten ändern](#)
[Übersicht](#)

Schnelleinstieg

- » Fortbildungen suchen
- » Veranstaltungen
- » E-Learning Angebot
- » ÖÄK-Arztnummer abfragen

Den Test zur Erlangung von DFP-Punkte finden Sie unter
<http://www.meindfp.at>

Bitte halten Sie Ihr „meindfp“-Passwort bereit.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)