

Fahrtauglichkeit bei Abhängigkeitserkrankungen und Schizophrenie

Rechtlicher Hintergrund zur Fahrtauglichkeit

Schizophrenie

Juristisch zu unterscheiden sind zwei Fragen:

- Ist der an Schizophrenie Erkrankte geeignet, Fahrzeuge im Straßenverkehr zu führen?
- Welche Folgen hat es, wenn er es trotzdem tut?

Die erste Frage zielt auf die verwaltungsrechtliche Lage hinsichtlich des Erwerbs und des Behalten-Dürfens eines Führerscheins ab:

Gemäß § 11 der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) müssen Bewerber um eine Fahrerlaubnis die hierfür notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllen. Die Anforderungen sind insbesondere nicht erfüllt, wenn eine Erkrankung oder ein Mangel nach Anlage 4 oder 5 der FeV vorliegt, wodurch die Eignung oder die bedingte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen für den Regelfall ausgeschlossen wird. Schizophrene Psychosen sind in Anlage 4 unter 7.6 aufgelistet. Für Pkw und Motorräder sowie für Lkw gilt hiernach, dass eine schizophrene Psychose im akuten Stadium die Eignung ausschließt, und zwar unabhängig davon, ob der Fahrer im Straßenverkehr auffällig geworden ist (Verwaltungsgericht [VG] Freiburg [Breisgau], Beschluss v. 20.11.2007, 1 K 1910/07). Nach Ablauf der Erkrankung besteht eine Eignung für Pkw und Motorräder, wenn keine Störungen nachweisbar sind, die das Realitätsurteil erheblich beeinträchtigen. Für Lkw gilt dies nur ausnahmsweise unter besonders günstigen Umständen. Haben mehrere psychotische Episoden stattgefunden, besteht eine Eignung für Pkw und Motorräder, sofern regelmäßige Kontrollen stattfinden, für Lkw wiederum nur unter besonders günstigen Umständen. Erweist sich gemessen an diesen Grundsätzen der Inhaber einer Fahrerlaubnis als ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen, hat ihm gemäß § 46 Abs. 1 Satz 1 FeV die Fahrerlaubnisbehörde die Fahrerlaubnis zu entziehen.

Hinsichtlich der zweiten Frage, welche Folgen das Führen eines Kraftfahrzeuges durch einen an Schizophrenie Erkrankten hat, der im Besitz einer Fahrerlaubnis ist, gilt Folgendes:

☑ Das Führen eines Kfz während einer akuten schizophrenen Episode stellt keine Ordnungswidrigkeit nach deutschem Recht dar.

Die Tat kann jedoch eine Straftat sein. Gemäß § 315 c Abs. 1 Nr. 1 b Strafgesetzbuch (StGB) macht sich strafbar, wer im Verkehr ein Fahrzeug (auch: Fahrrad!) führt, obwohl er infolge geistiger oder körperlicher Mängel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, und dadurch Leib oder Leben eines anderen Menschen oder fremde Sachen von bedeutendem Wert gefährdet. Die Tat kann sowohl vorsätzlich als auch fahrlässig begangen wer-

den. Zu den körperlichen oder geistigen Mängeln zählen auch krankhafte seelische Anomalien. Entscheidungen, wonach hierzu auch Schizophrenie zählt, gibt es bislang – soweit ersichtlich – nicht. Die juristische Kommentarliteratur (z. B. Leipziger Kommentar zum StGB – König-12.A., § 315 c Rn. 55) geht davon aus, dass Schizophrenie zu den vorbenannten Mängeln zählt und somit zur Fahrunsicherheit (sog. relative Fahruntüchtigkeit). Der Fahrer ist nicht per se fahruntüchtig in der konkreten Situation, sondern nur, wenn Ausfallerscheinungen hinzutreten. Dann wird aus der Fahrunsicherheit Fahruntüchtigkeit. Kommt es dann zu einem Beinaheunfall, macht sich der Fahrer strafbar und neben Geld- oder Freiheitsstrafe wird ihm regelmäßiger Führerschein mit der Wirkung entzogen, dass er ihn erst nach Ablauf einer Frist von 6 Monaten bis zu 5 Jahren neu beantragen kann, §§ 69, 69 a StGB, wobei dann von der Fahrerlaubnisbehörde seine Eignung nach der FeV eingehend geprüft wird. Führt der Kranke unter Einfluss von Medikamenten, die er gegen seine Erkrankung eingenommen hat und die seine Fahrtüchtigkeit einschränken, kann er sich gemäß § 316 StGB auch ohne Beinaheunfall strafbar machen, wenn er Ausfallerscheinungen zeigt, denn auch durch die Einnahme von Medikamenten kann es zur Fahrunsicherheit kommen. Wiederum wird es dann zu einem Führerscheinstverlust mit Sperre kommen.

Tab. 1 Relatives Risiko für Verletzungen oder tödliche Unfälle nach Substanzkonsum. (Adaptiert nach [19])

Risiko Ebene	Relatives Risiko	Substanzgruppe
Leicht erhöhtes Risiko	1–3	0,1 g/l ≤ BAK < 0,5 g/l Cannabis
Mäßig erhöhtes Risiko	2–10	0,5 g/l ≤ BAK < 0,8 g/l Kokain Illegale Opioide Benzodiazepine und z-Drugs Opioideanalgetika
Hohes Risiko	5–30	0,8 g/l ≤ BAK < 1,2 g/l Amphetamine Mehrere Drogen
Extrem hohes Risiko	20–200	BAK ≥ 1,2/l Alkohol in Kombination mit Drogen

BAK Blutalkoholkonzentration.

Substanzabhängigkeit

Entsprechend ist die Rechtslage bei Abhängigkeiten:

Die Abhängigkeit von Alkohol lässt nach Punkt 8.3 der Anlage 4 zur FeV die Eignung entfallen, es sei denn die Abhängigkeit besteht nicht mehr. Zusätzlich muss in der Regel ein Jahr Abstinenz nachgewiesen werden. Gleiches gilt nach den Punkten 9.3–9.5 bei der Abhängigkeit von Betäubungsmitteln (BtM) oder anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen oder beim regelmäßigen übermäßigem Gebrauch von psychoaktiv wirkenden Arzneimitteln oder Stoffen. Dass Alkohol, Drogen und Medikamente die Fahrtüchtigkeit mit der Folge einer Strafbarkeit bei Teilnahme am Verkehr ausschließen können, muss nicht näher erläutert werden. Bei Alkohol wird bei einer Blutalkoholkonzentration (BAK) von 0,3–1,1‰ von relativer Fahrtüchtigkeit ausgegangen. Kommen Ausfallerscheinungen hinzu, die die Fahruntauglichkeit dokumentieren, kann dies zu einer Strafbarkeit nach §§ 315 c, 316 StGB führen. Ab 1,1‰ wird die Fahruntüchtigkeit unwiderleglich vermutet. Auch ohne Ausfallerscheinungen ist ab 0,5‰ gemäß § 24 a StVG eine Ordnungswidrigkeit gegeben, die ein mehrmonatiges Fahrverbot nach sich ziehen kann. Medikamente und Drogen führen mangels Grenzwerten immer nur zu einer relativen Fahruntüchtigkeit i. S. d. § StGB. Entzugserscheinungen lassen lediglich den Schluss auf eine Fahrunsicherheit, nicht jedoch auf eine Fahruntüchtigkeit zu (z. B. Bundesgerichtshof [BGH], Urteil v. 15.04.2008 – 4 StR 639/07).

Zur rechtlichen Situation in der Schweiz sei auf weiterführende Literatur verwiesen [21].

Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss

Aktuelle epidemiologische Schätzungen zur Substanzabhängigkeit in Deutschland (nach DSM [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders] -IV-Kriterien) ergaben Prävalenzwerte von 3,1% für Alkoholmissbrauch, 3,4% für Alkoholabhängigkeit, je 0,5% für Cannabismissbrauch und -abhängigkeit (aber: Konsum 4,5%), Heroin 0,2%, andere Opiate 0,3%, 0,2% für Kokain und 0,1% für Amphetamine [36]. Ähnliche Zahlen wurden von Jacobi et al. [26] mitgeteilt: Die 12-Monats-Prävalenz für Alkoholmissbrauch wurde mit 1,8%, für Alkoholabhängigkeit mit 3,0% angegeben.

» Die Unfallzahl unter Alkoholeinfluss mit Personenschäden hat sich um 42% verringert

Suchtstoffe spielen bei Unfällen mit Personenschäden eine überragende Rolle. Erfreulicherweise hat sich zwischen 2000 und 2012 die Zahl der Unfälle mit Personenschäden bei Beteiligten unter Alkoholeinfluss um 42% verringert [2]. Nach wie vor stellt bei Pkw-Fahrern Alkohol die häufigste Unfallursache dar. In Zahlen: die Alkoholunfälle betrugen in Deutschland

- im Jahr 2000: 27.375 Fälle,
- im Jahr 2011: 15.898 Fälle.

Die Zahl der dabei Getöteten sank im selben Zeitraum von 1022 auf 400. Die mittlere BAK ist seit vielen Jahren konstant bei ca. 1,6 Promille. Die Datenlage bei Verkehrsunfällen unter Drogeneinfluss ist weniger klar, zumal die Aufdeckung eines drogen- oder arzneimittelbeeinflussten Pkw-Fahrers auch deutlich schwieriger ist [2]. Die eingesetzten Schnelltestverfahren für Drogen sind zurzeit noch nicht durchgehend beweisicher. Das EU-Projekt „Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines“ (DRUID, [5]) hat gezeigt, dass diese noch Schwächen aufweisen. Seit 2004 liegt die Zahl der bekannten Unfälle unter Einfluss „anderer berauschender Mittel“ bei ca. 1400.

Auch in der Schweiz ist vor dem Hintergrund eines revidierten Straßenverkehrsrechts die Zahl der Schwerverletzten und Toten aufgrund von Verkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss deutlich gesunken [21].

Risiko für Verkehrsunfälle bei anderen Drogen

Hierzu liegen eine Reihe interessanter Untersuchungen vor, die das Risiko für Unfälle unter Drogeneinfluss beschreiben. Hinzuweisen ist auf eine exzellente Monographie der europäischen Beobachtungsstelle für Drogenfragen (EMCDDA, [19]) sowie Arbeiten von Corsenac et al. [15], Callaghan et al. [14], Gomes et al. [22] und Bukten et al. [11] neben anderen (Übersicht in [41, 49]). Relevant ist vor allem das o. g. DRUID-Projekt, das von der EU unterstützt wurde [51]. Über 50.000 Verkehrsteilnehmer wurden im Rahmen von Road-Surveys untersucht. Alkohol war mit Abstand die häufigste nachgewiesene Substanz. Aufgrund der erhobenen Daten bildeten die Autoren eine Rangliste der Gefährlichkeit der einzelnen Substanzen (■ Tab. 1), die die Gefährlichkeit von Alkohol unterstreicht, während z. B. Opioide nur ein gering erhöhtes Risiko für Verkehrsunfälle aufweisen.

Schizophrenie und Verkehrsdelinquenz

Schizophrenie ist mit einer Prävalenz von 0,6 bis max. 1,0% eine relativ seltene, aber oft chronische oder chronisch rezidivie-

rende Erkrankung mit erheblichen Auswirkungen auf die Lebensführung [33]. Leitsymptome schizophrener Erkrankungen sind neben Antriebs- und Affektstörung vor allem paranoid-halluzinatorische Symptome sowie kognitive Störungen [4]. Andere typische psychopathologische Symptome sind formale Denkstörungen, Ich-Störungen, psychomotorische Auffälligkeiten.

Das Ersterkrankungsalter bei schizophrenen Erkrankungen liegt typischerweise im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter [33].

Es gibt relativ wenige Untersuchungen zur Frage, wie häufig schizophren erkrankte Patienten am Straßenverkehr teilnehmen. Lipskaya-Velikovsky et al. [30] publizierten eine Untersuchung an 20 Schizophrenieerkrankten, die Auto fuhren, 20 Schizophrenieerkrankte, die nicht Auto fuhren, und 20 gesunde Kontrollen. Der kognitive Status der Patienten die Auto fuhren, war dabei besser als derjenigen, die nicht Autofahrer waren.

In der Gesamtheit der Verkehrsdelinquenz spielen schizophrene Erkrankungen aber eine untergeordnete Rolle [23, 27].

Gutachtensfragen

Gutachtenspraxis

Wenn in Deutschland die Fahrerlaubnisbehörde Kenntnis von einer Erkrankung erlangt, die die Fahreignung infrage stellt, wird in der Regel ein ärztliches Gutachten oder in besonderen Fällen (z. B. bei einer Auffälligkeit im Straßenverkehr) ein medizinisch-psychologisches Gutachten angeordnet. Im Gegensatz zu den medizinisch-psychologischen Untersuchungen (MPU) unterliegen die ärztlichen Fahreignungsgutachten bisher nicht der besonderen Überwachung und Kontrolle durch die Bundesanstalt für Straßenwesen und die jeweiligen Landesministerien. Deshalb werden ärztliche Fahreignungsgutachten bisher auch nicht bundesweit und einheitlich statistisch erfasst.

Die Anzahl der medizinisch-psychologischen Untersuchungen, die strengen Qualitätsstandards unterliegen, hat sich in den letzten Jahren stetig verringert – erneut auch vom Jahr 2011 zum Jahr 2012

Nervenarzt 2014 · [jvn]:[afp]–[alp] DOI 10.1007/s00115-013-3993-3
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

M. Soyka · S. Dittert · S. Kagerer-Volk · M. Soyka

Fahrtauglichkeit bei Abhängigkeitserkrankungen und Schizophrenie

Zusammenfassung

Alkohol- und Drogenkonsum spielen für die Fahrtauglichkeit eine große Rolle. Die Zahl der Unfälle mit Personenschäden unter Alkoholeinfluss in Deutschland hat sich in den letzten 10 Jahren um 42% verringert (2011: 15.898, davon 400 tödlich, „andere berauschende Mittel“: ca. 1400). Road-Surveys belegen, dass neben Alkohol vor allem Psychostimulanzien als Unfallrisiko relevant sind. Opioide sind dagegen nur mit einem mittelgradig erhöhten Risiko verbunden.

In der medizinisch-psychologischen Gutachtenspraxis sind alkoholbezogene Fragestellungen mit 51% am häufigsten (Drogen und Medikamente: 21%). Grundzüge der Begutachtung werden dargestellt. Der Anteil aller positiv begutachteten Personen lag zuletzt bei 55%. Bei der Substitutionsbehand-

lung Opiatabhängiger sind, beim Fehlen anderer gesundheitlicher Einschränkungen, die meisten Patienten in fahrtauglichkeitsrelevanten kognitiven Funktionen kaum beeinträchtigt.

Deutlich schlechter ist die Datenbasis für Schizophrenien. Die Literatur schließt eine Fahrtauglichkeit bei akut erkrankten Patienten aus. Zu fordern ist bei Ersterkrankungen eine zumindest einjährige Symptommfreiheit, bei wiederholten Schüben sind längere (3–5 Jahre) Intervalle bis zur Wiedererlangung der Fahrerlaubnis üblich.

Schlüsselwörter

Alkohol · Alkoholabhängigkeit · Drogenabhängigkeit · Schizophrenie · Fahrtauglichkeit

Driving ability with alcohol and drug dependence and schizophrenia

Summary

Alcohol and drugs use are of great relevance for driving ability. The number of alcohol-related accidents with injuries in Germany showed a 40% decline over the past decade (2011: 15,898 including 400 deaths, other drugs 1400). Road surveys indicate the risk of accidents to be high in psychostimulant users but only medium in opioid users. Guidelines for medical and psychological examinations of drunken drivers are given. Alcohol-related questions are the most commonly encountered in medical psychological expert opinions with 51% followed by drugs and medications with 21%. The fundamental principles of expert opinions are presented. At last count the proportion of all investi-

gated persons who tested positive was 55%. In the absence of other health-related limitations, most patients under substitution therapy for opiate addiction are barely impaired in the cognitive functions relevant for driving ability. The database for traffic offences and schizophrenia is much worse. Acute psychotic illness rules out driving ability. In patients with first onset disease this can usually be granted after 1 year of remission from symptoms but in cases of repeated exacerbations longer intervals of 3–5 years are warranted.

Keywords

Alcohol · Alcohol dependence · Drug dependence · Schizophrenia · Driving ability

um rund 5% auf 94.176 Begutachtungen. Die stärkste Anlassgruppe mit 51% bilden Fragestellungen bezüglich Alkohol, die zweitstärkste mit 21% Drogen- und Medikamentenfragestellungen, nur ein verschwindend geringer Teil der medizinisch-psychologischen Begutachtungen betrifft Fragestellungen mit neurologisch-psychiatrischen Mängeln (0,2%; [13]).

Dabei ist zu berücksichtigen dass sich nicht hinter jeder Drogen- oder Alkoholfragestellung eine Abhängigkeitserkrankung verbirgt. Die Schwere der Proble-

matik wird bei der Begutachtung nach den in der Fahreignungsdiagnostik zu berücksichtigenden Hypothesen und Kriterien eingestuft und bewertet. Neben den gesetzlichen Vorgaben und den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung ist in einer Fahreignungsbegutachtung ab Mai 2014 die 3. Auflage der „Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung – Beurteilungskriterien“ [40] als wissenschaftlicher Standard zu berücksichtigen. In der 3. Auflage der Beurteilungskriterien werden nun neben den Standards zu den me-

dizinisch-psychologischen Untersuchungen auch Minimalstandards für ärztliche Untersuchungen im Rahmen der Fahreignungsbegutachtung definiert. Neben der Anlassbezogenheit der Untersuchung liegt das besondere Augenmerk auf einer nachvollziehbaren Dokumentation der erhobenen Befunde sowie auf einer nachvollziehbaren Darstellung und schlüssigen Bewertung im Gutachten.

Besonderes Kennzeichen der medizinisch-psychologischen Untersuchung ist die Interdisziplinarität der Datensammlung, -integration und -bewertung zur Stellung einer Verhaltensprognose. Zunächst erfolgt eine hypothesengeleitete Einstufung der Schwere der Problematik. Die Gutachter unterscheiden zwischen Alkoholabhängigkeit, verzichtsbedürftiger Alkoholproblematik (Substanzmissbrauch nach DSM-IV) und Alkoholgefährdung (unterhalb der Ausprägung von Abhängigkeit und Missbrauch) mit Prüfung der Koppelung von Alkoholkonsum und Führen eines Fahrzeugs. Analog dazu erfolgt bei einer Drogenproblematik die Einstufung in die Kategorien Drogenabhängigkeit, fortgeschrittene Drogenproblematik (Substanzmissbrauch nach DSM-IV), Drogengefährdung (regelmäßiger Cannabiskonsum und/oder nur gelegentlicher Konsum anderer Drogen) und ausschließlich gelegentlicher Cannabiskonsum mit der Fähigkeit zur Trennung von Konsum und Verkehrsteilnahme.

» Der Veränderungsprozess im Konsumverhalten muss nachvollziehbar dargestellt werden

Bei einer Abhängigkeitserkrankung oder schwerem Alkoholmissbrauch muss der Alkoholverzicht in der Regel für mindestens ein Jahr vor dem Begutachtungszeitpunkt nachgewiesen werden, analog dazu bei Drogenabhängigkeit oder einer fortgeschrittenen Drogenproblematik Drogenverzicht seit mindestens einem Jahr. Die Alkohol- bzw. Drogenverzichtsnaheise müssen gemäß den strengen Vorgaben in der Fahreignungsdiagnostik durchgeführt werden (forensisch gesicherte Kontrollprogramme entsprechend den Kriterien für chemisch-toxikologische Unter-

suchungen, siehe Beurteilungskriterien 3. Aufl., 2013).

Beim psychologischen Gespräch im Rahmen der medizinisch-psychologischen Untersuchung hat der Betroffene Gelegenheit, die Entwicklung seines Konsums und die persönlichkeitspezifischen und biografisch bedingten Hintergründe darzulegen. Für eine positive Prognose ist es unabdingbar, dass er den Veränderungsprozess im Konsumverhalten nachvollziehbar darstellt und Strategien zur Rückfallprophylaxe erarbeitet hat.

Im Rahmen der MPU wird in der Regel auch die psychofunktionale Leistungsfähigkeit bezüglich Belastbarkeit, Orientierung, Konzentration, Aufmerksamkeit und Reaktionsfähigkeit überprüft. Dazu werden anerkannte computergestützte Testverfahren durchgeführt. Ausschlaggebend ist, ob die Mindestanforderungen erfüllt werden, zu deren Bewertung altersunabhängige Normwerte für die betreffende Fahrerlaubnisgruppe herangezogen werden. Bei Grenzwertunterschreitungen wird die Kompensationsfähigkeit von Leistungsdefiziten geprüft, in Zweifelsfällen eine psychologische Fahrverhaltensbeobachtung durchgeführt [39].

Die Begutachtung erfolgt stets einzelfallbezogen, die Ergebnisfindung unter interdisziplinärer Bewertung und kritischer Abwägung aller günstigen und ungünstigen Prognosefaktoren. Der Anteil aller positiv begutachteten Personen im MPU-Bereich lag im Jahr 2012 bei 55%, 37% wurden als ungeeignet eingestuft und rund 7% als „nachschulungsfähig“, d. h. sie erhalten ihre Fahrerlaubnis nach Teilnahme an einem Kurs nach § 70 FeV für alkohol- bzw. drogenauffällige Kraftfahrer wieder [13].

Wie in Deutschland seit vielen Jahren gesetzlich verankert, gibt es seit 01.01.2014 auch in der Schweiz eine obligatorische Fahreignungsuntersuchung bei Fahrten unter Einfluss von Betäubungsmitteln oder in angetrunkenem Zustand mit einer Blutalkoholkonzentration von 1,6‰ oder mehr und es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen bei den verkehrsmedizinischen und -psychologischen Fahreignungsabklärungen festgelegt (ASTRA, [3]).

Zur Gutachterpraxis in der Schweiz siehe Gerlach und Dittmann [21]. Beim

Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit ist die Fahreignung gemäß Straßenverkehrsordnung (StVG), Art. 14, Absatz 2 grundsätzlich nicht gegeben.

In der Schweiz haben im Gegensatz zu Deutschland Untersuchungen zur Fahreignung prozentual zugenommen, wenn auch auf deutlich niedrigerem Niveau. Im Jahr 2012 wurden 4098 verkehrspsychologische Untersuchungen zur Abklärung der charakterlichen Eignung zum sicheren Fahren durchgeführt, was eine Steigerung um 16,9% gegenüber 2011 darstellt. Alkohol und Drogen stellen auch dort einen wesentlichen Teil der Gründe für einen Führerscheinentzug dar (14% der Entzüge wegen Trunksucht, 9,5% wegen Drogensucht, 15,5% wegen Einfluss von Medikamenten oder Drogen) [12].

Fahrtauglichkeit bei opioid-substituierten Patienten

Einen Sonderfall betrifft die Substitution opiatabhängiger Patienten, eine anerkannte Methode zur Behandlung der Opiatabhängigkeit [41, 42, 43, 44, 47, 48]. Klinisch zur Verfügung stehen dabei der reine μ -Opioid-Rezeptor-Agonist Methadon sowie der gemischte Agonist/Antagonist Buprenorphin [42], in einigen Ländern auch Morphinsulfat oder Heroin. Zahlreiche Untersuchungen haben sich mit der Frage beschäftigt, ob, sonst gesunde, Opiatabhängige unter stabiler Substitution eine Beeinträchtigung relevanter kognitiver oder psychomotorischer Funktionen aufweisen bzw. fahruntüchtig sind. Die wissenschaftliche Literatur berücksichtigt einerseits sog. Road-Surveys bzw. die Frage, ob Fahrer unter Opioiden vermehrt in Unfälle verwickelt sind, zum anderen neurokognitive Untersuchungen. Die wissenschaftliche Literatur [31, 32, 40, 48, 49] tendiert zusammenfassend dahin, dass die meisten Patienten unter stabiler Opioidsubstitution mit Methadon oder Buprenorphin keine oder nur sehr geringe Einschränkungen der kognitiven und psychomotorischen Leistungsfähigkeit aufweisen, vorbehaltlich der Berücksichtigung anderer Parameter (Persönlichkeit, Beikonsum, Neurostatus), also fahrtauglich sind.

Fahrtauglichkeit bei Schizophrenie

Die Rechtsprechung geht dahin, dass die Diagnose einer akuten paranoiden Schizophrenie die fehlende Eignung eines Fahrerlaubnisinhabers begründet, ohne dass weitere konkrete Gefahrenmomente vorliegen. Damit ist die Ungeeignetheit zum Führen von Kraftfahrzeugen belegt (siehe dazu VG Freiburg, Beschluss vom 20.11.2007).

» Autofahren stellt eine der komplexesten instrumentellen Alltagsaktivitäten dar

Für Deutschland hat der gemeinsame Beirat für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr-, Bau- und Wohnungswesen und beim Bundesministerium für Gesundheit in 2005 die angepassten Gutachtungsrichtlinien zur Kraftfahrtauglichkeit [28] herausgegeben. Das Autofahren stellt wohl eine der komplexesten instrumentellen Alltagsaktivitäten dar („instrumental activities of daily living“, IADL), die ein optimales Zusammenspiel von Perzeption, Kognition und Motorik erfordert [34].

Zur verkehrspsychologischen Leistungsbeurteilung gehören die Orientierungs-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung, Reaktionsfähigkeit unter Einfach- und Mehrfachanforderungen sowie die Belastbarkeit. Dazu kommt eine „klinische“ Einschätzung des Probanden. Auch die Durchführbarkeit der medikamentösen Rezidivprophylaxe (Arztbesuche) spielen eine große Rolle [38].

Kognitive Störungen bei Schizophrenie werden als hauptverantwortlich für die relativ schlechten Ergebnisse bei der funktionellen Wiederherstellung angesehen [4, 24, 35, 52]. Dabei betreffen die kognitiven Beeinträchtigungen im besonderen Maße die Teilfunktionen Aufmerksamkeit und verbales Gedächtnis sowie die exekutiven Funktionen [25]. Darüber hinaus sind, neben deren symptomstabilisierender Wirkung, bei der Behandlung mit Neuroleptika auch deren Nebenwirkungen im Bereich Motorik (extrapyramidale Nebenwirkungen, Dyskinesien) und sedative Effekte zu berücksichtigen [17].

Bestehende Untersuchungen über das Unfallrisiko schizophrener Patienten ergaben insgesamt keine einheitlichen Ergebnisse. In einer Untersuchung von Edlund et al. [18] zeigte sich bei psychosekranken Männern und Frauen ein höheres Unfallrisiko als bei gesunden Kontrollpersonen. Die Untersuchungsergebnisse von Schumann [38] erbrachten, dass noch bei 59% der Probanden mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, bei längerfristiger (mehrmonatiger) Symptommfreiheit und nachgewiesener ambulanter Behandlung mit entsprechender Medikation, in der Leistungstestung kognitive Defizite in verkehrsrelevantem Ausmaß feststellbar waren und somit eine negative Beurteilung der Fahreignung nach sich zogen. Der Autor sah die Hypothese bestätigt, dass auch Personen, welche in erfolgreicher, langfristiger ambulanter Behandlung stehen, fahreignungsrelevante kognitive Defizite aufweisen können.

Die Mehrzahl der Patienten nach der Entlassung aus stationärer Behandlung erfüllt auch unter pharmakologischen Aspekten nicht die in dem Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrtauglichkeit gestellten Mindestanforderungen an die psychomotorische Leistungsfähigkeit [6, 7, 8, 9, 10, 45].

Dennoch bleibt der Aspekt des Untersuchungszeitpunktes wohl bedeutend und sollte angemessen gewählt werden. Unstrittig ist, dass während einer akuten psychotischen Erkrankung keine Fahreignung besteht. In einer Fahrtauglichkeitsverlaufsstudie von Geiger et al. [20] konnten, nachdem 30% der Patienten bei Entlassung aus der stationären Behandlung erhebliche Beeinträchtigungen bezüglich der Fahrtauglichkeit aufwiesen und nur 20% das Leistungsniveau der gesunden Kontrollpersonen erreichten, im darauf folgenden poststationären Behandlungsverlauf signifikante Leistungsverbesserungen beobachtet werden (Wiener Testsystem). Die Grenzwertdefinition der Begutachtungsleitlinien erreichten danach 50% der beobachteten schizophrenen Patienten.

Auch in der Schweizer Fachliteratur wird bei schwerem Verlauf schizophrener Erkrankungen davon ausgegangen, dass die Fahreignung nicht gegeben ist. Nach Abklingen der akuten Phase und je nach

Art und Schweregrad der Erkrankung, sind unterschiedliche Fahrkarenzfristen einzuhalten [1]. Nach Abklingen der akuten Phase kann eine Wiederzulassung dann 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 (3–5 Jahre) bis zur Wiedererteilung der Fahrerlaubnis empfohlen. Nach über 10 Jahren Symptommfreiheit wird beim erneuten Auftreten der Symptomatik von einer Neuerkrankung gesprochen.

Fazit für die Praxis

- Alkohol und Drogenkonsum haben überragende Bedeutung für die Verkehrssicherheit, wobei die Datenlage für Drogenkonsum am Steuer deutlich schlechter ist als für Alkoholis-mus.
- Die Zahl der Trunkenheitsfahrten ist deutlich rückläufig, ebenso die der MPU-Gutachten.
- 55% der MPU-Begutachtungen bei alkoholbezogenen Fragestellungen liefern positive Ergebnisse.
- Für Schizophrenie gibt es nur wenige Untersuchungen. Psychotische Symptome und kognitive Einschränkungen stehen einer Fahrtauglichkeit entgegen. Die meisten Patienten sind nicht fahrtauglich.
- Nach Remission eines psychotischen Schubes ist im Regelfall eine ca. ein-jährige Symptommfreiheit für die Wiedererlangung des Führerscheins zu fordern, bei wiederholten Schüben mehrjährige Remissionen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Soyka
Privatklinik Meiringen
Postfach 612, 3860 Meiringen
Schweiz
michael.soyka@privatklinik-meiringen.ch

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Michael Soyka: Beratung/Forschungsförderung durch: Sanofi Aventis, Reckitt Benckiser; S. Kagerer-Volk und Martin Soyka: keine Angaben.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Afflerbach T, Ebner G, Dittmann V (2004) Fahreignung und psychische Störungen. *Schweiz Med Forum* 4:701–706
- Albrecht M, Leipnitz C, Schultze H (2013) Suchtmittel im Strassenverkehr 2011 – Zahlen und Fakten. In: DHS (Hrsg) *Jahrbuch Sucht* 13. Pabst Science Publishers, Lenggried, S 169–180
- ASTRA – Bundesamt für Strassen, Schweizerische Eidgenossenschaft, Der Bundesrat (Hrsg). <http://www/astra.admin.ch>. Zugegriffen: 05. März 2014
- Barc DM, Ceaser A (2012) Cognition in the Schizophrenia: core psychological and neural mechanisms. *Trends Cogn Sci* 16:27–34
- Blencowe T, Pehrsson A, Lillsunde P (2010) Analytical evaluation of oral fluid screening devices and preceding selection procedures. *DRUID Deliverable D 3.2.2*. <http://www.druid-project.eu>. Zugegriffen: 23. Nov. 2012
- Brunnauer A, Geiger E, Laux G et al (2005) Fahrsimulation und psychomotorische Leistungsfähigkeit schizophrener Patienten unter Flupentixol, Risperidon und Haloperidol: Ergebnisse einer klinischen Untersuchung. *Psychopharmakotherapie* 12:91–96
- Brunnauer A, Laux G (2006) Fahrtüchtigkeit, schizophrene Psychosen und Neuroleptika. In: Schmauss M (Hrsg) *Schizophrene Psychosen*, 2. Aufl. UNI-MED, Bremen
- Brunnauer A, Laux G (2011) Fahrtüchtigkeit und psychische Erkrankungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HJ (Hrsg) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*, 4. Aufl., Bd 2. S 1579–1592
- Brunnauer A, Laux G, Geiger E, Möller HJ (2004) The impact of antipsychotics on psychomotor performance with regard to car driving skills. *J Clin Psychopharmacol* 24:155–160
- Brunnauer A, Laux G, Zwick S (2009) Driving simulator performance and psychomotor functions of patients treated with antipsychotics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 259:483–489
- Bukten A, Herskedal A, Skurtveit S et al (2013) Driving under the influence (DUI) among patients in opioid maintenance treatment (OMT): a registry-based national cohort study. *Addiction*. doi:10.1111/add.12275
- Bundesamt für ASTRA, ADMAS-Statistik 2012, aktualisiert am 03.05.2013, Bern, Schweiz. Zugriffen: 03.04.2014
- Bundesanstalt für Straßenwesen, Begutachtung der Fahreignung 2012, Pressemitteilung vom Juli 2013, Albrecht M. Zugriffen: 03.04.2014
- Callaghan RC, Gatley JM, Veldhuizen S et al (2013) Alcohol- or drug-use disorders and motor vehicle accident mortality: a retrospective cohort study. *Accid Anal Prev* 53:149–155
- Corsenac P, Lagarde E, Gadegebeku B et al (2012) Road traffic crashes and prescribed methadone and buprenorphine: a French registry-based case-control study. *Drug Alcohol Depend* 123:91–97
- Deutsche Gesellschaft für Verkehrspsychologie (DGVP), Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM) Schubert W, Dittmann V, Brenner-Hartmann J (Hrsg) (2013) *Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung – Beurteilungskriterien*. Kirschbaumverlag, Bonn
- Dittmann V (2012) Psychische Störungen und Fahreignung. *Info Neurol Psychiatr* 10:5
- Edlund MJ, Conrad C, Morris P (1989) Accidents among schizophrenic outpatients. *Compr Psychiatry* 30(6):522–526
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012) Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe – findings from the DRUID project. EMCDDA, Lisbon
- Geiger E, Brunnauer A, Laux G (2007) Fahrtüchtigkeit bei schizophrenen Patienten – Eine Verlaufsstudie. *Psychiatr Prax* 34:587–589
- Gerlach K, Dittmann V (2014) Alkohol und Fahreignung. Alkohol als Risiko im Strassenverkehr. *Schweiz Z Psychiatr Neurol* 1:27–32
- Gomes T, Redelmeier DA, Juurlink DN et al (2013) Opioid dose and risk of road trauma in Canada: a population-based study. *JAMA Intern Med* 173:196–201
- Grabe HJ, Wolf T, Grätz S, Laux G (1999) The influence of clozapine and typical neuroleptics on information processing of the central nervous system under clinical conditions in Schizophrenic disorders: implications for fitness to drive. *Neuropsychobiology* 40:196–201
- Heinrichs RW, Zakzanis KK (1998) Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 12(3):426–445
- Hilger E, Kasper S (2002) Kognitive Symptomatik bei schizophrener Erkrankung: Diagnostik und Pharmakotherapie. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 3(4):17–22
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* 85:77–87
- Kagerer S, Winter C, Möller HJ, Soyka M (2003) Effects of haloperidol and atypical neuroleptics on psychomotor performance and driving ability in Schizophrenia patients. Results from an experimental study. *Neuropsychobiology* 47:212–218
- Gräcman U, Albrecht M (2014) Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung. Bundesanstalt für Straßenwesen, Bergisch Gladbach
- Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, Nutt DJ (2012) BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* 26:899–952
- Lipskaya-Velikovsky L, Kotler M, Weiss P et al (2013) Car driving in schizophrenia: can visual memory and organization make a difference? *Disabil Rehabil* 35(20):1734–1739
- Loeber S, Knies A, Diehl A et al (2008) Neuropsychological functioning of opiate-dependent patients: a nonrandomized comparison of patients preferring either buprenorphine or methadone maintenance treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 34:584–593
- Loeber S, Nakovics H, Knies A et al (2012) Factors affecting cognitive function of opiate-dependent patients. *Drug Alcohol Depend* 120:81–87
- Möller HJ, Schaub A, Riedl M (2011) Schizophrenie Psychosen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HJ (Hrsg) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*, 4. Aufl., Bd 2. S 213–324
- Mosimann UP, Bächli-Biétry J, Boll J et al (2012) Konsensumempfehlungen zur Beurteilung der medizinischen Mindestanforderungen für Fahreignung bei kognitiver Beeinträchtigung. *Praxis* 101(7):451–464
- O'Carroll R (2000) Cognitive impairment in schizophrenia. *Adv Psychiatr Treat* 6:161–168
- Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E, Piontek D (2013) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht* 59:321–331
- Philipp N (2010) *Fahrtüchtigkeit bei schizophrenen Patienten unter Neuroleptika-Medikation*. Studien zur Schizophrenieforschung, Bd 12. Kovač, Hamburg
- Schaumann HH (2008) *Standards zur Fahreignungsbeurteilung bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis*. Inaugural-Dissertation, Universität Zürich, Institut für Rechtsmedizin
- Schubert W, Schneider W, Eisenmenger W, Stephan E (Hrsg) (2005) *Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung*, Kommentar, 2. Aufl. Kirschbaum, Bonn
- Schubert W, Dittmann V, Brenner-Hartmann J (2013) Deutsche Gesellschaft für Verkehrspsychologie (DGVP), Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM) (Hrsg) *Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung – Beurteilungskriterien*. Kirschbaumverlag, Bonn
- Soyka M (2014) Opioids and traffic safety – focus on Buprenorphine. *Pharmacopsychiatry* 47:7–17
- Soyka M, Kranzler HR, Brink W van den et al (2011) The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of substance use and related disorders. Part 2: opioid dependence. *World J Biol Psychiatry* 12:160–187
- Soyka M, Lieb M, Kagerer S et al (2008) Cognitive functioning during methadone and buprenorphine treatment: results of a randomized clinical trial. *J Clin Psychopharmacol* 28:699–703
- Soyka M, Limmer C, Lehnert R et al (2011) A comparison of cognitive function in patients under maintenance treatment with heroin, methadone, or buprenorphine and healthy controls: an open pilot study. *Am J Drug Alcohol Abuse* 37:497–508
- Soyka M, Winter C, Kagerer S et al (2005) Effects of haloperidol and risperidone on psychomotor performance relevant to driving ability in schizophrenic patients compared to healthy controls. *J Psychiatr Res* 33:101–108
- Soyka M, Zingg C, Koller G, Hennig-Fast K (2010) Cognitive function in short- and long-term substitution treatment: are there differences? *World J Biol Psychiatry* 11:400–408
- Soyka M (2008) Sicherheitsaspekte in der Methadonsubstitution – Teil 1. *Suchtmed* 10:7–27
- Soyka M (2008) Sicherheitsaspekte in der Methadonsubstitution – Teil 2. *Suchtmed* 10:119–144
- Strand MC, Fjeld B, Arnestad M, Morland J (2013) Can patients receiving opioid maintenance therapy safely drive? A systematic review of epidemiological and experimental studies on driving ability with a focus on concomitant methadone or buprenorphine administration. *Traffic Inj Prev* 14:26–38
- Holst RJ van, Schilt T (2011) Drug-related decrease in neuropsychological functions of abstinent drug users. *Curr Drug Abuse Rev* 4:42–56
- Wiese Simonsen K, Steentoft A, Bernhoft IM et al (2013) Psychoactive substances in seriously injured drivers in Denmark. *Forensic Sci Int* 224:44–50
- Zec RF (1995) Neuropsychology of schizophrenia according to Kraepelin: disorders of volition and executive functioning. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 245:216–223