

1 Einführung

Matthias Graw

Nach einer gängigen Definition von H.-J. Wagner, ehem. Rechtsmediziner und Verkehrsmediziner aus Homburg (Saar), bedeutet Verkehrsmedizin „Anwendung ärztlichen Wissens und ärztlicher Erfahrung zum Nutzen der Verkehrsteilnehmer und zur Hebung der Verkehrssicherheit“. Es gilt für die Praxis nutzbare wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse zu schaffen, mit denen es möglich ist, den Verkehrsteilnehmer durch Aufklärung und zweckentsprechende Behandlung vor einem Versagen im Straßenverkehr und damit vor eventuellen Unfallfolgen zu bewahren (Wagner 1957).

Jeder klinisch tätige Arzt sieht sich mit verkehrsmedizinischen Anforderungen konfrontiert: Bei einer diagnostizierten Erkrankung und der entsprechenden Therapie können verkehrsmedizinische Risiken auftreten, über die der Patient entsprechend aufzuklären ist. Bei konkreter rechtlicher Fragestellung wird ein Arzt ein Gutachten zur Fahrsicherheit und/oder Fahreignung zu erstatten haben. Leider findet in den meisten ärztlichen Weiterbildungsordnungen die „Verkehrsmedizin“ keine Erwähnung, Ausnahmen bilden hier z.B. die Rechtsmedizin und die Arbeitsmedizin. Auch im nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM), der als Ausbildungskatalog von den medizinischen Fakultäten verwendet werden soll, wird die Verkehrsmedizin bisher nicht ausreichend berücksichtigt. Daher ist es zu begrüßen, dass unter Federführung der Bundesärztekammer (2016) das Curriculum „Verkehrsmedizinische Begutachtung“ neu konzipiert worden ist. Es

besteht nun aus 5 Modulen, die insgesamt 24 Stunden umfassen. Die Module I und II vermitteln grundsätzliches verkehrsmedizinisches Wissen zur Beratung und Aufklärung von Patienten, relevant für alle Arztgruppen. In den Modulen III und IV werden die Grundlagen zur verkehrsmedizinischen Begutachtung im jeweils fachbezogenen Kontext vermittelt. Fachärzte, die eine verkehrsmedizinische Qualifikation nach § 11, Abs. 2, Satz 3, Nr. 1 der Fahrerlaubnisverordnung erwerben möchten, müssen die Module I bis IV absolvieren. Wer zusätzlich das Modul V „CTU-Kriterien, chemisch-toxikologische Analytik, Probenentnahme“ absolviert, dem wird analog zum Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM) gemäß CTU-2 zur 3. Auflage „Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung – Beurteilungskriterien“ (2013) die entsprechende Fortbildung bescheinigt.

Gemäß § 1(2) der Straßenverkehrsordnung (StVO) hat sich jeder, der am Verkehr teilnimmt,

„so zu verhalten, dass kein Anderer geschädigt, gefährdet oder mehr, als nach den Umständen unvermeidbar, behindert oder belästigt wird.“

In § 2(1) der Fahrerlaubnisverordnung wird ergänzend geregelt:

„Wer sich infolge körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn Vorsorge getroffen ist, dass er andere nicht gefährdet. Die Pflicht zur Vorsorge [...] obliegt dem Verkehrsteilnehmer selbst oder einem für ihn Verantwortlichen [...].“

Die Verantwortung der Entscheidung, ob jemand in seinem konkreten Gesundheitszustand eine Fahrt mit dem Fahrzeug antreten darf oder nicht, liegt damit v.a. beim Fahrer selber. Allerdings muss er, um diese Entscheidung treffen zu können, über das notwendige Wissen verfügen. Im Fall der Krankheit und/oder der entsprechenden Medikation bedeutet dies, dass Ärzte eine sich auch aus dem Behandlungsvertrag und der Berufsordnung abzuleitende Aufklärungspflicht haben. Gleiches gilt sinngemäß für Apotheker, insbesondere auch bei rezeptfreien Medikamenten. Unterlassen Arzt oder Apotheker diese Belehrung, könnten sie im Schadensfall zur Verantwortung gezogen werden. Die Packungsbeilage entbindet nicht von der Aufklärungspflicht!

Genauso ist aber auch eine Verantwortlichkeit und Aufklärungspflicht für die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten zu sehen, die ja ebenfalls (zunehmend) in die Behandlung psychischer Erkrankungen involviert sind.

Wurde der Patient im Straßenverkehr auffällig, z.B. durch einen Unfall, wird seitens der Ermittlungsbehörden die Frage nach der Fahrsicherheit gestellt. Dieser Begriff leitet sich aus § 315c der Strafgesetzbuches (StGB) ab:

„Wer im Straßenverkehr ein Fahrzeug führt, obwohl er a) infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel oder b) infolge geistiger oder körperlicher Mängel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen [...] wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

Die Krankheit könnte hierbei den geistigen oder körperlichen Mangel begründen, das Medikament je nach Wirkweise ebenfalls, oder im Falle einer zentralnervösen Wirkung würde es auch als „anderes berauschendes Mittel“ bewertet werden. Die meist gutachterlich gestützte juristische Beurteilung ist damit typischerweise eine rückwärtsgerichtete Betrachtung („ex post“) zur Ahndung eines Vergehens.

Vorausschauend, mit einer Prognose unter der Zielsetzung einer Gefährdungsvermeidung versehen, ist im Gegensatz dazu die Fahreignungsbegutachtung ausgerichtet. Art der Begutachtung und Fach des Gutachters („Facharzt“) werden von der Behörde festgelegt. Unterschieden wird zwischen ärztlichem Gutachten einerseits und der medizinisch-psychologischen Begutachtung als Kooperation von Arzt und Verkehrspsychologe andererseits. Als Gutachter aus dem medizinischen Bereich kommen insbesondere die entsprechenden Fachärzte mit verkehrsmedizinischer Qualifikation (s.o.) oder Ärzte in einer Begutachtungsstelle für Fahreignung in Betracht. Wichtig: Der Gutachter soll nicht gleichzeitig der behandelnde Arzt sein!

Der Begriff der Fahreignung leitet sich aus dem Straßenverkehrsgesetz ab (*„§2 [4] Geeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen ist, wer die notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllt [...]“*). Hierbei ist zu überprüfen, ob bei einem individuell Betroffenen aufgrund seines körperlichen und/oder geistigen Zustandes beim Führen eines Kraftfahrzeugs begründet eine Verkehrsgefährdung zu erwarten ist. Die bloße Möglichkeit eines Schädigungsereignisses reicht für die Negativ-Beurteilung der Fahreignung nicht aus.

Um die Begutachtung zu erleichtern und auch zu standardisieren, werden unter Leitung der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) die unregelmäßig überarbeiteten Begutachtungsleitlinien herausgegeben (Gräcmann u. Albrecht 2018), die erläuternd zu Anlage 4 der FeV (Auflistung von ausgewählten Erkrankungen und körperlichen Behinderungen, welche die Fahreignung einschränken) zu sehen sind. Ergänzend zu diesen eher juristisch geprägten Texten sind die fachlich in die Tiefe gehenden Beurteilungskriterien (Schubert et al. 2013) und der Kommentar zu den Begutachtungsleitlinien (Schubert et al. 2018) zu nennen.

Im Rahmen der Begutachtung ist zunächst zu prüfen, ob verkehrsrelevante Auswirkungen von Krankheit und/oder Therapie vorliegen und ob bestehende Leistungsdefizite kompensiert werden können. Für die Prognosestellung ist von wesentlicher Bedeutung, ob der Patient eine ausreichende Compliance bzw. Adhärenz aufweist. Darunter versteht man das einsichtige und kooperative Verhalten von Patienten im Rahmen ihrer Erkrankung und Thera-

pie, wichtig auch in Bezug auf die zuverlässige Einnahme von Arzneimitteln. Adhärenz bedeutet weiterhin, dass der Patient sein Krankheitsbild kennt, auf die klinische Symptomatik achtet, seine Leistungsfähigkeit kritisch beurteilt und ggfs. auf die Fahrt verzichtet.

Hinsichtlich der psychiatrischen Krankheitsbilder sind die Begutachtungsleitlinien noch auf dem Stand von 2000, darüber hinaus sind nur ausgewählte Krankheitsbilder aufgeführt (Psychosen, Demenz, Persönlichkeitsstörungen). Die bestehende Lücke soll das vorliegende Buch schließen. Zunächst werden in einem theoretischen Teil rechtliche Rahmenbedingungen, Leitsätze zur Begutachtung und Anforderungen an die Leistungsdiagnostik dargestellt. Im anschließenden klinischen Teil werden die psychiatrischen Krankheitsbilder/psychischen Störungen nach ICD-10 F 0-F 9 unter verkehrsmedizinischen und verkehrspsychologischen Aspekten behandelt, Kapitel 12 widmet sich dem wichtigen Part Psychopharmaka. Im Anhang werden Anamnese-Schemata, eine Übersicht zu den Fahrerlaubnisklassen und Kontaktadressen wiedergegeben.

Literatur

- Bundesärztekammer (2016) Curriculum „Verkehrsmedizinische Begutachtung“ Verkehrsmedizinische Qualifikation gemäß Fahrerlaubnisverordnung (FeV) (über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr). https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Curriculum_Verkehrsmedizinische_Begutachtung.pdf, Abruf 24.09.2018
- Gräcmann N, Albrecht M (2018, Onlineversion) Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung. https://www.bast.de/BAST_2017/DE/Verkehrssicherheit/Fachthemen/BLL/BLL_node.html, Abruf 24.09.2018
- Schubert W, Dittmann V, Brenner-Hartmann J (2013) Beurteilungskriterien. Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung. Kirschbaum Bonn
- Schubert W, Huetten M, Reimann C, Graw M, Schneider W, Stephan E (2018) Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung – Kommentar. Kirschbaum Bonn
- Wagner H-J (1957) Verkehrsmedizin in Gegenwart und Zukunft. In: Wagner K, Wagner H-J (Hrsg.) Handbuch der Verkehrsmedizin, Springer-Verlag



Prof. Dr. med. Matthias Graw

Prof. Dr. med. Matthias Graw, Facharzt für Rechtsmedizin, Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin der LMU München; Facharzt Ausbildung und Habilitation in Tübingen, Ruf auf eine C 3-Professur nach München 2001, auf die W 3-Professur 2009. Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin seit 2016. Mitbeteiligung an der Neufassung des Curriculums verkehrsmedizinische Begutachtung der Bundesärztekammer 2016. Zahlreiche wissenschaftliche und Fortbildungsbeiträge zum Themenbereich Verkehrsmedizin.

2 Einleitung und Epidemiologie

Gerd Laux und Alexander Brunnauer

Dem individuellen Straßenverkehr kommt aufgrund steigender Mobilitätsanforderungen und Mobilitätsbedürfnisse in unserer Gesellschaft ein hoher Stellenwert zu. Das Auto ist nicht selten Garant für die Teilnahme am beruflichen und gesellschaftlichen Leben. Konsequenzen psychischer Erkrankungen können die zeitweilige Beschränkung der Fahrsicherheit oder die Aufhebung der Fahreignung sein. Vor diesem Hintergrund ist die Thematik sowohl für den Patienten als auch für den Behandelnden mit großer Unsicherheit verbunden und wird oftmals nicht aktiv angesprochen. Befragungen zur Lebensqualität zeigen, dass „Autofahren“ mit an der Spitze steht. In diesem Zusammenhang ist auch die wachsende Bedeutung der Patienten-Bewertung nach Funktionseinbußen – die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) – zu sehen. Sie unterscheidet Funktionsstörungen, Fähigkeits- und Aktivitätsstörungen und Partizipationsstörungen. Hier findet die Einschränkung der Fahreignung Berücksichtigung (Kostanjsek u. Üstün 2010; Linden 2015).

2.1 Psychische Krankheiten und Störungen

Unter den 25 weltweit am stärksten zu Behinderungen führenden Erkrankungen – gemessen durch „years lost due to disability“ (YLD) – befinden sich Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie, bipolare Erkrankungen, alkoholbedingte Störungen und Alzheimer-Demenz. Psychische Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) stellen mit 21,2% die größte Gruppe der Ursachen für Behinderungen dar (Global Burden of Disease Studien 2015, Whiteford et al. 2013).

Berechnungen der Weltbank und der Harvard University zum „Global Burden of Disease“ ergaben, dass im Jahr 2020 unter den 10 wichtigsten Erkrankungen die folgenden 5 psychischen Erkrankungen rangieren: unipolare Depression, Alkoholmissbrauch, Demenz, Schizophrenie, bipolare affektive Störung.

Eine große zusammenfassende Analyse von Studien zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der EU, unter Einschluss der Demenzen, ergab eine Einjahresprävalenz von insgesamt 38%, ohne – abgesehen von den Abhängigkeitserkrankungen – relevante Ländervarianz (Wittchen et al. 2011). Am häufigsten sind in absteigender Reihenfolge Angststörungen (14%), unipolare Depression (6,9%), Demenzen (5,4%), somatoforme Störungen (4,3%), Alkoholismus (3,4%), Posttraumatische Belastungsstörungen – PTBS (2,0%) und psychotische Störungen (1,2%) (s. Abb. 1).

Die Ergebnisse der repräsentativen Studie des Robert-Koch Instituts zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland sind in Abbildung 2 zusammengefasst wiedergegeben.

Depressionen und Angststörungen sowie Demenzen stehen mit an der Spitze. Krankenkassen-Daten aus Deutschland zeigen, dass ca. ein Drittel der deutschen Bevölkerung innerhalb von 3 Jahren wegen einer ICD-Diagnose F 0 bis F 5 Kontakt mit dem Gesundheitssystem hatte. Häufigster Grund war eine depressive Störung (Gaebel et al. 2013).

Psychische Störungen sind auch im Zusammenhang mit somatischen Krankheiten von hoher, oft unterschätzter oder gar verkannter Relevanz:

- Psychische Störungen kommen häufig infolge schwerer somatischer Störungen wie KHK, Schlaganfall, M. Parkinson, Krebserkrankungen und Diabetes vor; dabei beeinträchtigen sie die Lebensqualität und die somatische Prognose.
- Psychische Krankheiten, v.a. unipolare Depressionen, stellen auch im bidirektionalen Sinne Risikofaktoren für spätere somatische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall und Diabetes dar (Kapfhammer 2017).

Zu beachten ist, dass die Behandlung solcher komorbider somatischer Krankheiten seltener und qualitativ schlechter durchgeführt wird als bei derselben somatischen Diagnose ohne psychische Komorbidität.

! Bei der Begutachtung hinsichtlich Fahreignung ist deshalb ein „ganzheits-medizinischer Ansatz“ obligat, d.h. somatische und psychische Störungen/Krankheiten und ihre Interaktionen sind im Sinne der psychosomatischen Medizin zu berücksichtigen.

2.1 Psychische Krankheiten und Störungen

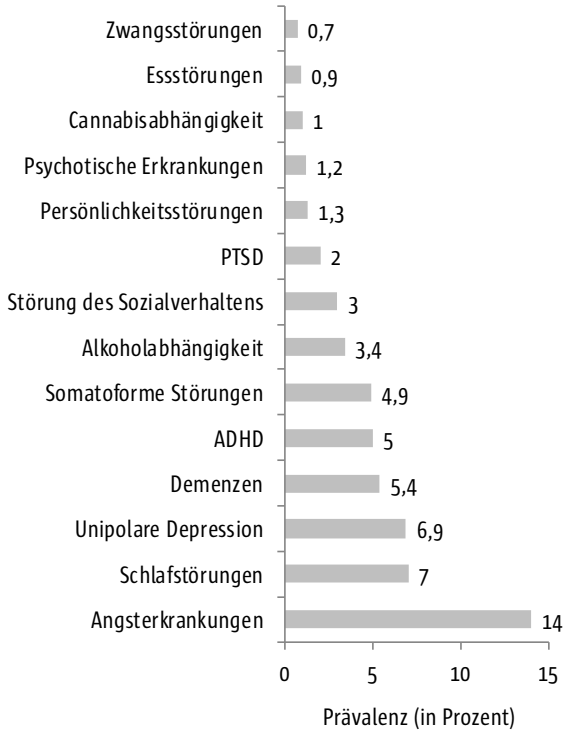


Abb. 1 Jahresprävalenz psychischer Störungen in Europa in 2010 (mod. n. Wittchen et al. 2011; Angaben in Prozent)

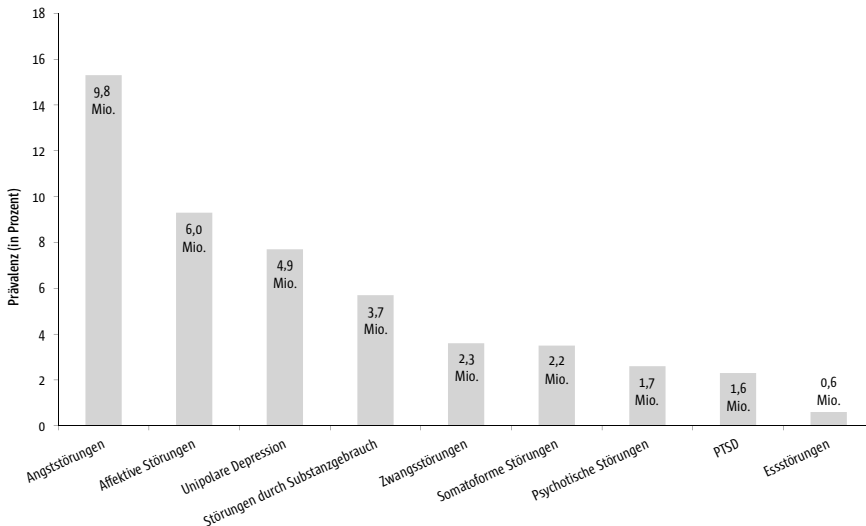


Abb. 2 Jahresprävalenz psychischer Störungen in der deutschen erwachsenen Allgemeinbevölkerung (DEGS1-MH, N = 5.317, 18–79 J., Klin. Interviews [CIDI], Gesamtprävalenz: 27,7%; mod. n. Jacobi et al. 2014)

2.2 Mobilität, Alter und psychische Erkrankung

Aktuelle Erhebungen weisen darauf hin, dass in Deutschland 91% der Männer und 85% der Frauen im Besitz einer PKW-Fahrerlaubnis sind. Dabei setzt sich der Trend der bereits von 2002 auf 2008 beobachteten Entwicklung fort, eine Zunahme der Fahrerlaubnisinhaber bei den Seniorinnen und Senioren, sowie eine gegenläufige Entwicklung bei jungen Erwachsenen (s. Abb. 3). Insbesondere ältere Bürgerinnen und Bürger ab einem Alter von Mitte 70 nutzen das Auto häufiger als entsprechende Altersgruppen vor 10 oder 20 Jahren (INFAS, DLR 2018).

Der wachsende Anteil älterer Autofahrer ist wiederum verbunden mit einer höheren Prävalenz von gesundheitlichen Einschränkungen und Krankheiten (Seh- und Hörvermögen, KHK, TIA, MCI, Demenzen) und die Einnahme von potenziell Vigilanz- und das Reaktionsvermögen beeinträchtigenden Medikamenten, insbesondere Psychopharmaka (siehe Kapitel 12). 2017 waren in Deutschland 3.180 Verkehrsunfall-Tote zu registrieren, 18-25-Jährige sowie über 75-Jährige waren überproportional vertreten, die Zahl der Verletzten betrug 390.312 (DeStatis 2018).

Ältere Menschen sind zwar absolut gesehen im Vergleich zu Jüngeren weniger häufig an Unfällen beteiligt. Bereinigt man diese Unfallzahlen um die Fahrleistung, steigt das relative Unfallrisiko in Abhängigkeit vom Alter an. Insbesondere für den weniger geübten Fahrer besteht ein erhöhtes Unfall-

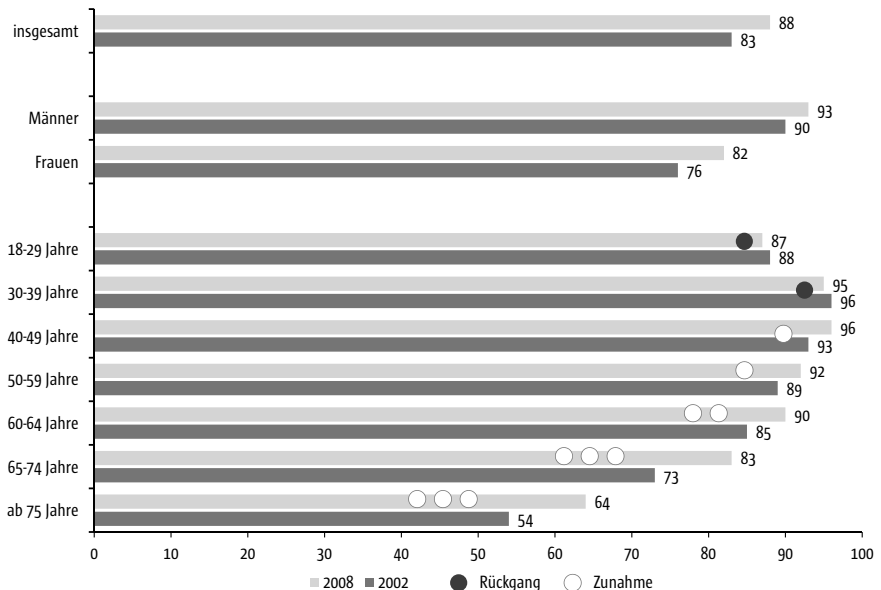


Abb. 3 Fahrerlaubnisinhaber nach Alter und Geschlecht – Entwicklung 2002 bis 2008 (INFAS, DLR 2010)

risiko. Auch erleiden ältere Kraftfahrer bei Beteiligung an Unfällen deutlich schwerere Unfallfolgen und tragen bei Unfallbeteiligung in ca. zwei Drittel der Fälle meist die Hauptschuld am Zustandekommen eines Unfalls. Die Analyse der Unfallursachen älterer Kraftfahrer weist auf spezifische Fahrfehler hin, die mit altersassoziierten Funktionsbeeinträchtigungen in Verbindung gebracht werden können, wie Verschlechterung der visuellen Wahrnehmung, Reaktions-/Konzentrationsfähigkeit und Beweglichkeit. Vor allem Fehlverhalten in komplexen Verkehrssituationen, wie sie beim Abbiegen nach links oder in Vorfahrtssituationen auftreten, nimmt im Alter zu. Bis zu einem gewissen Grad können Fähigkeiten auf der Leistungsebene durch Fahrerfahrung bzw. Fahrkompetenz kompensiert werden. In vielen Fällen passen ältere Autofahrer zudem 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 (Übersicht in Brunnauer et al. 2014).

Daten von stationär behandelten psychiatrischen Patienten zeigen, dass 67% eine gültige Fahrerlaubnis besitzen und 77% von ihnen regelmäßig mit dem Auto fahren, 88% unter Psychopharmaka. Automobilität stellt somit ein relevantes Thema für diese Patientengruppe dar. Da das Kraftfahrzeug primär für Versorgungs- und Freizeitfahrten verwendet wird, kann man davon ausgehen, dass vor allem die soziale Funktionalität der Patienten von einem Verlust der Automobilität betroffen ist. In Bezug auf die untersuchten psychiatrischen Diagnosegruppen sind verschiedene Aspekte besonders hervorzuheben. Der höchste Anteil von Führerscheinbesitzern und aktiven Fahrern innerhalb der psychiatrischen Diagnosegruppen ist bei Patienten mit affektiven Erkrankungen (F 3) zu verzeichnen (ca. 70%). Des Weiteren geben von den Führerscheinbesitzern ca. 38 Prozent der Patienten mit Abhängigkeits-erkrankungen (F 1) an, dass sie regelmäßig mit dem Auto fahren. Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz von Alkohol- und Drogenfahrten sollte diesem Umstand im Rahmen klinischer Versorgungs- und Beratungsstrukturen vermehrt Rechnung getragen werden. Auch zeigt sich, dass vor allem in Diagnosegruppen mit zu erwartenden neurokognitiven Beeinträchtigungen (F 0, F 2), ein hoher Anteil von Patienten ihre Fahrtätigkeit einschränkt oder gar nicht mehr mit dem Pkw fährt (Brunnauer et al. 2016).

2.3 Unfallrisiko psychische Erkrankung

Analysen weisen für den Faktor „psychische Erkrankungen“ (einschließlich Substanzmissbrauch) auf ein 2- bis 5-fach erhöhtes Verkehrsunfallrisiko hin (s. Tab. 1).

Meist keine Berücksichtigung finden bei diesen Analysen Faktoren wie „(Poly) Pharmazie“ und „Multimorbidität“, die je nach Anzahl der Erkrankungen

Tab. 1 Verkehrsrisiko Krankheit (mod. n. Charlton et al. 2010)

| Bedingung | Prävalenz in % (Fahrerlaubnisinhaber) | Unfallrisiko |
|--------------------------|-------------------------------------------|-----------------|
| Psychische Erkrankungen | 25 (Substanzmissbrauch eingeschlossen) | 2,1–5,0 |
| ADHD | 3–7 | nicht eindeutig |
| Alkoholismus | 0,8 | 2,1–5,0 |
| Angsterkrankungen | 4,9 | nicht eindeutig |
| Demenzen | 1,0 | 2,1–5,0 |
| Depressionen | 3–5 | nicht eindeutig |
| Persönlichkeitsstörungen | 1–10 | nicht eindeutig |
| Schizophrenien | 1 | 2,1–5,0 |

und der eingenommenen Medikamente zusätzlich das Unfallrisiko deutlich erhöhen können (LeRoy u. Morse 2008; Ravera u. de Gier 2010). Zudem sind verschiedene Krankheitsstadien zu berücksichtigen, was in epidemiologischen Studien meist nicht abgebildet wird.

Demenzielle Syndrome

Ein besonderes Augenmerk muss innerhalb der neuropsychiatrischen Erkrankungen v.a. auf Patienten mit demenziellen Syndromen gelegt werden. Im Zusammenhang mit diesen Erkrankungen geht man von einem deutlich erhöhten Verkehrsunfallrisiko im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen aus. Dabei steigt das Risiko mit der Dauer und dem Schweregrad der Erkrankung signifikant an (Brunnauer et al. 2014).

Affektive und schizophrene Psychosen

Die epidemiologische Datenlage bezüglich Unfallrisiken depressiver oder schizophrener Patienten ist insgesamt dünn. Das Verkehrsunfallrisiko für schizophrene Erkrankungen wird als moderat bewertet. Weitgehende Einigkeit besteht darin, dass v.a. komorbide Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus und paranoide Symptomatik kritische Faktoren für die Verkehrssicherheit in dieser Gruppe darstellen (Tsuang et al. 1985; Silverstone 1988; Menendez 1994).

Für affektive Erkrankungen ist die Evidenzlage nicht eindeutig. Vaa (2003) nennt ein 1,7-fach erhöhtes Unfallrisiko für dieses Krankheitsbild, wobei die Risikoerhöhung möglicherweise primär im Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung steht. Die Evidenz für ein erhöhtes Verkehrsrisiko als Folge suizidaler Intentionen im Rahmen depressiver Erkrankungen ist