



Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gerd Laux
 Institut für Psychologische Medizin (IPM), Haag i. Oberbayern (OB)
 Koautor: Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Alexander Brunnauer, Wasserburg a. Inn



In Zusammenarbeit mit der
 Bayerischen Landesärztekammer

Teilnahme unter
www.springermedizin.de/kurse-mmw

Demenz, Depression, Schizophrenie, Psychopharmakotherapie

Ist Ihr Patient fahrtauglich?

In der täglichen Praxis wird fast jeder Arzt mit Patienten konfrontiert, die Psychopharmaka einnehmen und/oder an Demenzen, Depressionen oder schizophrenen Psychosen leiden. Wer über die Sicherheit seiner Patienten nachdenkt, wird unweigerlich auch mit Fragen der Verkehrssicherheit konfrontiert. Hierbei stellt sich die Frage, ob beim betreffenden Patienten aufgrund der bestehenden Erkrankung vorübergehende „Fahruntüchtigkeit“ besteht oder ob sogar die „Fahreignung“ oder – synonym – „Fahrtauglichkeit“ in Frage zu stellen ist.

— Autofahren stellt eine der komplexesten instrumentellen Alltagsaktivitäten dar. Sie erfordert ein optimales Zusammenspiel von Perzeption, Kognition und Motorik. Zur verkehrspsychologischen Leistungsbeurteilung gehören deshalb neben der „klinischen Einschätzung“ die Beurteilung der Orientierungs-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung sowie der Reaktionsfähigkeit und Belastbarkeit.

Die Definition der „Fahreignung“ findet sich in § 2 (4) des Straßenverkehrsgesetzes (StVG). Genauer beschrieben wer-

den diese Anforderungen in der Fahrerlaubnisverordnung (FeV). Zusätzlich werden vom medizinisch-psychologischen Beirat für Verkehrsmedizin des Bundesamts für Straßenwesen (BASt) „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung“ herausgegeben, die als Orientierungsrahmen die Begutachtung der Fahreignung „im Einzelfall erleichtern“ sollen [1, 2, 3].

Rahmenbedingungen der Beurteilung

Nach § 2 Abs. 4, Satz 1 StVG ist nur derjenige zum Führen eines Kraftfahrzeugs

geeignet, der die „... notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllt ...“ und nicht erheblich oder wiederholt gegen verkehrsrechtliche Vorschriften oder gegen Strafgesetze verstoßen hat. Der Verkehrsteilnehmer hat die Pflicht zur Vorsorge (§2 Abs. 1 FeV), dass er nicht aufgrund physischer oder psychischer Erkrankungen darin beeinträchtigt ist, sich sicher im Straßenverkehr zu bewegen.

Der Arzt hat eine Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten bezüglich Risiken der Erkrankung, der Therapie und eventueller Konsequenzen für den Alltag. Eine Meldepflicht seitens des Behandelnden besteht nach gängiger Rechtsauffassung nicht. Im Falle von Gutachteraufträgen darf das Gutachten nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Betroffenen an Dritte weitergeleitet werden (Schweigepflicht nach § 203 StGB).

Gemäß Begutachtungsleitlinien ist von einem Gefährdungssachverhalt auszugehen, wenn



Alter ist nur einer von etlichen Gründen für eine eingeschränkte Fahrtauglichkeit.

▪ This article is part of a supplement not sponsored by the industry.

- nach dem Grad der festgestellten Beeinträchtigung der körperlich-geistigen (psychischen) Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass die Anforderungen beim Führen eines Kraftfahrzeugs, 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 sicherheitswidriger Einstellungen, mangelnder Einsicht oder Persönlichkeitsmängeln keine Gewähr dafür gegeben ist, dass der Fahrer sich regelkonform und sicherheitsgerecht verhält.

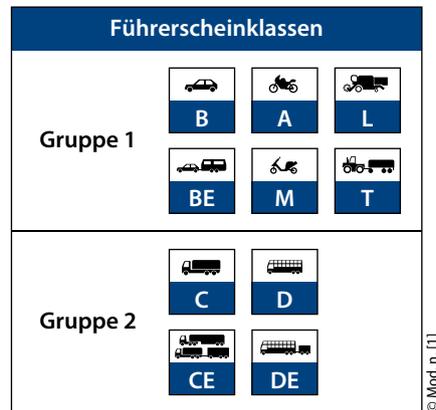
Fahrerlaubnisklassen

Die Fahrerlaubnisverordnung (FeV) definiert zwei unterschiedliche Fahrerlaubnisklassen. Eine grobe Übersicht hierzu findet sich in **Abb. 1**. Kurz zusammengefasst gehören zur Gruppe 2 Fahrzeuge mit einem Gewicht über 3.500 kg (LKW) sowie Fahrzeuge, die der Beförderung von mehr als acht Personen dienen (Busse), während alle anderen zwei- und vier-rädrigen Fahrzeuge der Gruppe 1 zugeordnet sind.

Leistungsbeurteilung

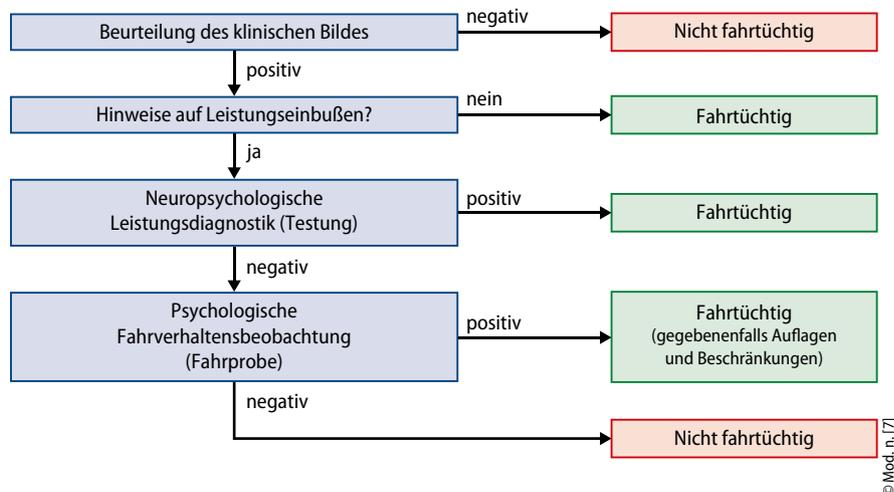
Die Beurteilung der Fahrtüchtigkeit eines Patienten mit einer psychischen oder neurologischen Erkrankung, in der die Begutachtung der Aufmerksamkeit hohe Priorität hat, muss vor dem Hintergrund der Bewertung des klinischen Bildes der Grunderkrankung sowie objektiver psychologischer Leistungstests erfolgen. Ein Einsatz von standardisierten Leistungstests ist immer dann erforderlich, wenn der Nachweis zu erbringen ist, dass keine neuropsychologischen Funktionseinbußen vorhanden sind, die das Führen eines Kraftfahrzeuges in Frage stellen. Bei der

Abb. 1 Einteilung der Fahrerlaubnisklassen und Zuordnung zu Gruppen



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 besondere sicherheits- und verantwortungsbewusste Grundeinstellung, verstanden. Eine schematische Übersicht zur Vorgehensweise bei der Beurteilung der Fahrtüchtigkeit bei Patienten gibt **Abb. 2**.

Abb. 2 Vorgehensweise zur Beurteilung der Fahrtüchtigkeit



Alterungsprozesse – Demenzen

Wegen des demografischen Wandels werden immer mehr ältere Autofahrer auf den Straßen unterwegs sein. Alterungsprozesse per se gehen mit Beeinträchtigungen in neuropsychologischen Funktionen einher, die zu Einschränkungen in verkehrsrelevanten Leistungsbereichen führen können [5]. Vor allem visuelle, visumotorische und exekutive Funktionen spielen hierbei eine zentrale Rolle, wobei die mit dem Alter zunehmende Varianz im Leistungsspektrum eine individuelle Beurteilung notwendig macht [6].

Die Analyse der Unfallursachen älterer Kraftfahrer weist auf spezifische Fahrfehler hin, die mit altersassoziierten Funktionsbeeinträchtigungen in Verbindung gebracht werden können – nämlich Verschlechterung der visuellen Wahrnehmung, der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit sowie der Beweglichkeit. Vor allem das Fehlverhalten in komplexen Verkehrssituationen, z.B. Abbiegen nach links oder Vorfahrtssituationen, nimmt im Alter zu [7].

In vielen Fällen passen ältere Autofahrer die Fahrtüchtigkeit ihrer Leistungsfähigkeit

Tab. 1 Benzodiazepine werden mit einem 1,5- bis 5,5-fach erhöhten Verkehrsunfallrisiko bewertet

Substanz	Relatives Unfallrisiko	Vergleich mit BAK* (‰)
Diazepam	3,1	0,8
Flurazepam	5,1	1,0
Lorazepam	2,4	0,7
Oxazepam	1,0	< 0,5
Triazolam	3,2	0,8
Zopiclon	4,0	0,9

*BAK = Blutalkoholkonzentration

higkeit an, indem sie etwa Fahrten auf bekannte Routen beschränken oder Nachtfahrten vermeiden. Diese Reduzierung der Fahrtätigkeit führt jedoch zusätzlich zu den nachlassenden Leistungen auch zu weniger Fahrpraxis.

Im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen geht man von einem 2- bis 5-fach erhöhten Verkehrsunfallrisiko für diese Patientengruppe im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen aus. Dabei steigt das Risiko mit der Dauer und dem Schweregrad der Erkrankung signifikant an [7, 8]. 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.

Dementer Patient – fahrtauglich oder nicht?

In sehr frühen Stadien der Demenz, entsprechend einem Wert von 0,5 auf dem Clinical Dementia Rating (CDR), ist von keinen Beeinträchtigungen der Verkehrssicherheit auszugehen. Dagegen steigt bereits im leichtgradigen Stadium (CDR = 1) das Risiko für Fehlleistungen deutlich an. Bei mittel- und schwergradiger Demenz besteht keine Fahreignung mehr.

Auch wenn der Schweregrad der Erkrankung ein Prädiktor für die Abnahme der Fahrkompetenz ist, so rechtfertigt andererseits die Diagnose einer Demenz oder einer organischen Persönlichkeits-

veränderung alleine nicht den Entzug der Fahrerlaubnis. Die Beurteilung der Verkehrssicherheit in dieser Patientengruppe muss individuell, anhand des Ausmaßes und des Schweregrads der Symptomatik sowie unter Berücksichtigung von Kompensationsstrategien und Ressourceneinsatz, erfolgen.

Alzheimer-Demenz

In realen Fahrproben und in Fahrsimulatorstudien zeigten sich bei Patienten mit Alzheimer-Demenz (AD) Fahrauffälligkeiten, die mit Aufmerksamkeitsdefiziten, Problemen in der Gefahren einschätzung und einem eher konservativen, übervorsichtigen Fahrstil in Zusammenhang gebracht wurden. Fahraufgaben mit erhöhten kognitiven Anforderungen, z. B. Navigieren in unbekanntem Umgebungen, führten im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe zu einer deutlichen Verschlechterung der Fahrleistung.

Auch in Risikosimulationen verursachten AD-Patienten gegenüber Gesunden mehr Unfälle im Simulator bzw. zeigten öfter unangepasste, verkehrsfährdende Verhaltensweisen. Die Befragung von Angehörigen ergibt, dass etwa 20% der 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 meist eingestellt.

Frontotemporale Demenz

Bei Patienten mit frontotemporaler Demenz (FTD) treten sehr früh im Krank-

heitsverlauf Verhaltensänderungen auf, die eine Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr in Frage stellen. Unter experimentellen Bedingungen begehen Patienten mit FTD im Vergleich zu Kontrollpersonen mehr Geschwindigkeitsüberschreitungen, Verkehrsregelmissachtungen und verursachen mehr Kollisionen [8]. Bei der Befragung von Angehörigen wird Patienten mit FTD ein aggressiver und risikofreudiger Fahrstil mit auffällig häufigen Übertretungen von Verkehrsregeln und Gefährdung von Verkehrsteilnehmern bescheinigt.

Im Vergleich zu AD-Patienten beobachtet man mehr impulsives Verhalten mit Geschwindigkeitsüberschreitungen und Missachtungen von Verkehrszeichen. Die Einsicht in die Auffälligkeiten ist in der Mehrzahl der Fälle nicht gegeben, so dass oft, trotz eines Fahrverbots durch Familienangehörige, das Fahrzeug weiter genutzt wird [8].

Diagnostik

Die neuropsychologische Leistungsdiagnostik nimmt bei der Bewertung der Fahrtüchtigkeit dementer Patienten eine wichtige Stellung ein. Vor allem bei leichtgradigen Demenzen ist eine Einschätzung der Fahrkompetenz, lediglich auf Basis der klinischen Einschätzung, meist nicht ausreichend [7]. In verschiedenen Untersuchungen wurde der Frage nachgegangen, inwiefern anhand von sog. Screening-Tests valide Rückschlüsse auf das reale Fahrverhalten und das Unfallrisiko gezogen werden können. Dabei zeigte sich, dass der weit verbreitete Mini-Mental-Status-Test (MMST) nicht geeignet ist, die Fahrkompetenz zuverlässig einzuschätzen. Dagegen eignen sich Testverfahren mit Anforderungen an visuell-räumliche, visuomotorische und exekutive Funktionen als gute Prädiktoren der Fahrkompetenz bei Patienten mit Demenz (z.B. Uhr-Zeichen-Test, Trail-Making-Test [TMT A/B]).

Depression

Die Datenlage bezüglich Fahrtauglichkeit und Unfallrisiken depressiver Patienten ist insgesamt dünn und von einer Reihe von methodischen Problemen

(u. a. weites Spektrum depressiver Störungen) gekennzeichnet. Die Evidenz für ein erhöhtes Verkehrsrisiko als Folge suizidaler Intentionen im Rahmen depressiver Erkrankungen scheint eher gering zu sein, aber immerhin weisen zwei Kohortenstudien auf eine Zunahme suizidal motivierter tödlicher Unfälle im Rahmen (medikamentös unbehandelter) depressiver Zustände hin.

Bei akuten, schweren Depressionen ist ebenso wie in manischen Phasen keine Fahrtauglichkeit gegeben, unter regelmäßigen Facharztkontrollen kann nach Remission für Gruppe 1 (Pkw) und Gruppe 2 (Lkw) von Fahreignung ausgegangen werden [9]. Unbehandelte Depressive zeigten in Labortests und im Fahrsimulator deutliche Beeinträchtigungen bezgl. der Fahrtauglichkeit [10].

Schizophrenie

Die Diagnose einer akuten (paranoiden) Schizophrenie begründet gemäß Rechtsprechung die fehlende Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen. Bei Ersterkrankungen kann die Voraussetzung zum Führen von Kfz der Gruppe 1 wieder gegeben sein, wenn keine das Realitätsurteil erheblich beeinträchtigenden Symptome (Wahn, Halluzinationen, kognitive Störung) mehr nachweisbar sind (z. B. einjährige Symptomfreiheit). Bei rezidivierendem Psychoseverlauf sind die Untersuchungen durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in festzulegenden Abständen zu wiederholen.

Das Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 ist in der Regel ausgeschlossen. Untersuchungen über das Unfallrisiko schizophrener Patienten ergaben keine einheitlichen Ergebnisse [11].

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. Sie legen folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: keine.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

Psychopharmaka

Bis zu 10% der unfallfreien Fahrten finden unter dem Einfluss von Medikamenten statt, während bei Unfällen in bis zu 21% Medikamente nachweisbar waren [12]. Studien zur Frage der Auswirkungen von Psychopharmaka auf psychomotorische und kognitive Leistungen klinischer Populationen existieren nur vereinzelt. Bezogen auf die Frage der Fahrtauglichkeit liegen bislang erste Ergebnisse vor [13].

Nach negativen Akuteffekten zeigen erfolgreich mit Antidepressiva behandelte Patienten in Fahrtauglichkeitstests günstigere Ergebnisse als unbehandelte Depressive. Etwa 17% der remittierten Patienten mit bipolarer Depression sind als nicht fahrtüchtig einzuschätzen, etwa 27% der mit Antipsychotika behandelten schizophrenen Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung aus stationärer Behandlung. Unter neueren selektiven Antidepressiva und atypischen Antipsychotika weisen Patienten zumeist bessere Ergebnisse als z. B. unter trizyklischen Antidepressiva auf [10, 13]. Benzodiazepin-Tranquilizer und -Hypnotika erhöhen vor allem in Abhängigkeit von Dosierung und Halbwertszeit das Verkehrsunfallrisiko deutlich, ebenso frei verkäufliche Antihistaminika der ersten Generation [12, 14, 15].

Benzodiazepine werden mit einem 1,5- bis 5,5-fach erhöhten Verkehrsunfallrisiko bewertet. Methylphenidat zeigt bei jungen ADHS-Patienten einen eindeutigen günstigen Effekt auf die Fahrtauglichkeit [16].

Kritische Phasen der Pharmakotherapie sind die Aufdosierung, die Umstellung und das Absetzen. Absolut gilt: kein Alkohol unter Psychopharmaka!

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 [1].

Eine wesentliche Pflicht des Behandelnden ist, den Patienten über Ein-

schränkungen der Fahrtüchtigkeit frühzeitig aufzuklären und gegebenenfalls auf mögliche Gefährdungen hinzuweisen. 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. ■

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Die Bewertung der Leistungsfähigkeit und die Beurteilung des Kompensationspotenzials im Rahmen einer psychologischen Testung ist für die Bewertung der Fahrkompetenz von zentraler Bedeutung. Im Zweifel ist eine Fahrverhaltensbeobachtung (Fahrprobe) empfehlenswert.
2. Die Diagnose Demenz ist nicht gleichzusetzen mit Fahruntauglichkeit.
3. Unter den Demenzen hat v. a. den frontotemporalen Demenzen ein besonderes Augenmerk zu gelten.
4. Schizophrene mit produktiver Symptomatik sind nicht fahrtüchtig. Remittierte und medikamentös gut eingestellte können unter fachärztlicher Kontrolle die Anforderungen der FS-Gruppe 1 erfüllen.
5. Unter antidepressiver Behandlung remittierte depressive Patienten sind in der Regel wieder fahrtüchtig.
6. Benzodiazepine erhöhen das Verkehrsunfallrisiko deutlich.
7. Wichtig ist die Dokumentation der Beratung/Untersuchung und schriftliche Bestätigung der Aufklärung durch den Patienten, ggf. durch die Angehörigen.

→ Literatur: springermedizin.de/mmw

→ Title and Keywords: Driving ability in mental illness

Dementia / depression / schizophrenia / treatment with psychotropics

→ Für die Verfasser:

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gerd Laux,
 Institut für Psychologische Medizin (IPM)
 Oberwallnerweg 7, D-83527 Haag i. OB
 E-Mail: ipm@ipm-laux.de

CME-Fragebogen

FIN: MMM1525uH

gültig bis 26.11. 2015

Teilnehmen und Punkte sammeln, können Sie

- als e.Med-Abonnent an allen Kursen der e.Akademie,
- als Abonnent einer Fachzeitschrift an den Kursen der abonnierten Zeitschrift oder
- als Leser dieses Magazins – zeitlich begrenzt – unter Verwendung der FIN.

Bitte beachten Sie:

- Die Teilnahme ist nur online unter www.springermedizin.de/eAkademie möglich.
- Ausführliche Erläuterungen unter www.springermedizin.de/info-eakademie



Diese CME-Fortbildungseinheit ist von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I zur zertifizierten Fortbildung anerkannt.

DOI 10.1007/s15006-015-3297-6

Fahrtauglichkeit bei psychischen Erkrankungen

Welche Aussage zur rechtlichen Seite der Fahrtauglichkeit trifft zu?

- Es ist nicht Angelegenheit des behandelnden Arztes, Fragen der Verkehrssicherheit mit dem Patienten zu thematisieren.
- In Deutschland besteht Meldepflicht für Erkrankungen bei der Verkehrsbehörde.
- Bei Begutachtungen hat die Behörde Anspruch auf Aushändigung des Gutachtens.
- Der behandelnde Arzt hat die Aufklärungspflicht, dem Patienten obliegt die Vorsorgepflicht.
- Fragen der Fahrtauglichkeit sind nur im Zusammenhang mit der Verordnung von Psychopharmaka relevant.

Welche Aussage zur Einteilung der Fahrerlaubnisklassen für die Begutachtung ist richtig?

- Zwei Gruppen – Kraftfahrzeuge < 7,5t und Kraftfahrzeuge > 7,5t
- Zwei Gruppen – Kraftfahrzeuge < 3,5t und > 3,5t (einschließlich Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung)
- Drei Gruppen – Krafträder, Kraftfahrzeuge < 3,5t und Kraftfahrzeuge > 3,5t
- Vier Gruppen – Krafträder, Kraftfahrzeuge < 3,5t, Kraftfahrzeuge > 3,5t, Kraftfahrzeuge > 3,5t mit Anhänger.
- Fahrerfahrung – weniger als zwei Jahre und mehr als zwei Jahre.

Welcher Parameter besitzt hohe Priorität im Rahmen einer Leistungsdiagnostik?

- Geschicklichkeit.
- Risikobereitschaft.
- Persönlichkeit.
- Aufmerksamkeit.
- Bewusstseinslage.

Welche Aussage zur Fahrtauglichkeit von Patienten mit demenziellem Syndrom trifft zu?

- Es besteht keine Fahrtüchtigkeit.

- Schon die Diagnose rechtfertigt den Entzug der Fahrerlaubnis.
- Es ist nicht Sache des Arztes, die Fahrtüchtigkeit zu beurteilen.
- Der Mini-Mental-Test (MMST) ist geeignet, um die Fahrkompetenz zuverlässig einzuschätzen.
- Die Leistungsdiagnostik nimmt einen zentralen Stellenwert ein.

Um welchen Faktor ist das Unfallrisiko bei Patienten mit demenziellem Syndrom erhöht?

- 1,3.
- 2–5.
- 9,0.
- 6,5–8,5.
- ca. 10,0.

Bei welcher Demenzform ist das Unfallrisiko besonders hoch? Bei der

- Alzheimer Demenz.
- vaskulären Demenz.
- Pseudodemenz.
- Parkinson-Demenz.
- frontotemporalen Demenz.

Welche Aussage zur Fahrtauglichkeit bei Schizophrenie trifft zu?

- Die Schizophrenie schließt die Fahrtauglichkeit generell aus.
- Bei rezidivierendem Verlauf können die Abstände der Untersuchungen durch den Hausarzt festgelegt werden.
- Nach ausreichender Remission ist die Fahrtauglichkeit für schizophrene Patienten für Kraftfahrzeuge der Gruppe 1 wieder gegeben.
- Nach Erstmanifestation einer schizophrenen Erkrankung besteht in der Regel keine Fahreignung mehr.
- Nach mehr als zwei Episoden besteht bei Schizophrenie keine Fahreignung mehr.

Wie hoch ist der Anteil der in Unfälle verwickelten Kraftfahrer maximal, die zum Zeitpunkt des Unfalls unter dem Einfluss von Medikamenten standen?

- 5%.
- 10%.
- 21%.
- 24%.
- 30%.

Welche der nachfolgenden Psychopharmaka weisen den höchsten Gefährdungsindex auf?

- Antidepressiva.
- Antipsychotika/Neuroleptika.
- Psychostimulanzien.
- Benzodiazepine.
- Pflanzliche Antidepressiva.

Welche Aussage zur Fahrtüchtigkeit bei Patienten, die mit Psychopharmaka behandelt werden, trifft zu?

- Auch nach erfolgter Einstellung auf ein Trizyklikum ist die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt.
- Die Fahrtüchtigkeit von mit Antidepressiva erfolgreich behandelten Patienten ist günstiger einzuschätzen als die eines unbehandelten Patienten.
- Neuere, selektive Antidepressiva und Trizyklika weisen keine Unterschiede bezüglich der Fahrtüchtigkeit auf.
- Zwischen atypischen Antipsychotika und konventionellen Neuroleptika bestehen keine Unterschiede bezüglich der Fahrtüchtigkeit.
- Nach erfolgreicher Einstellung bleibt die Fahrtüchtigkeit während der Umstellung auf ein anderes Medikament erhalten.

Literatur

1. Brunnauer A, Widder B, Laux G. Grundlagen der Fahreignungsbeurteilung bei neurologischen und psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt*. 2014;85:805–10
2. Gräcmann N, Albrecht M. Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mensch und Sicherheit*. 2014, Heft M 115. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven
3. Fahrerlaubnisverordnung http://www.fahrerlaubnisrecht.de/FeV/FeV_Inhaltsverzeichnis.htm. Zugegriffen am 15. Februar 2015.
4. Brunnauer A, Laux G, Geiger E. Fahrtüchtigkeit und psychische Erkrankung. *Z Neuro-psychol*. 2004;15:209–18
5. Brunnauer A, Laux G. Fahrtüchtigkeit und psychische Erkrankungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg.) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Bd. 2, 4. Aufl. 2011, S. 1579–92
6. 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
7. Brunnauer A, Buschert V, Laux G. Demenz und Autofahren. *Nervenarzt*. 2014;85:811–5
8. Ernst J, Krapp S, Schuster T et al. Fahrtauglichkeit bei Patienten mit frontotemporaler Demenz und Alzheimer-Demenz. *Nervenarzt*. 2010;81:79–85
9. 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
10. Laux G, Brunnauer A. Fahrtauglichkeit bei affektiven Störungen und unter Psychopharmaka. *Nervenarzt*. 2014;85:822–28
11. Soyka M, Dittert S, Kagerer-Volk S. Fahrtauglichkeit bei Abhängigkeitserkrankungen und Schizophrenie. *Nervenarzt*. 2014;85:816–21
12. De Gier H. Medicinal drugs. In: *Transportation Research Board, Drugs and Traffic – A Symposium*, Woods Hole, Massachusetts, June 20-21 2005, 67–78; <http://onlinepubs.trb.org/onlinepubs/circulars/ec096.pdf> (zugegriffen am 22.02.2015)
13. Brunnauer A, Laux G. Psychopharmaka und Fahrtüchtigkeit. In: Riederer P, Laux G (Hrsg) *Grundlagen der Neuro-Psychopharmakologie*. Ein Therapiehandbuch. 2010, Springer, Wien
14. Barbone F, McMahon A, Davey P et al. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet*. 1998;352:1331–36
15. Laar M v, Volkerts E. Driving and benzodiazepine use. *CNS Drugs*. 1998;10:383–96
16. 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