

médecin traitant ou de l'expert consiste à leur donner des directives correspondantes.

Priv. Doz. Dr. H. HARTMANN
Gerichtlich-Medizinisches Institut der Universität Zürich
Zürich, Zürichbergstr. 8

O. PRIBILLA (Kiel): Der gegenwärtige Stand der Nachweismöglichkeiten eines Arzneimittelinflusses bei Verkehrsteilnehmern.

Ausgehend von der zunehmenden Bedeutung der Einrede vor Gericht, eine Verkehrsuntauglichkeit sei durch Medikamentengebrauch entstanden, berichtet der Vortragende über die zur Verfügung stehenden chemisch-analytischen Nachweismethoden. Nach einer Übersicht über die in Frage kommenden Substanzgruppen werden die einzelnen Methoden besprochen. Hierbei werden auch die Anwendungen der Dünnschichtchromatographie, der UV- und IR-Spektrophotometrie etc. kritisch diskutiert. Es wird ein Analysenschema zur Untersuchung von Harn- und Blutproben angegeben.

Im 2. Teil des Vortrages werden Begutachtungsgrundsätze aufgestellt. Abschließend wird die Problematik der Verwertung positiver Untersuchungsbefunde, die lediglich ein Indiz im Rahmen der Gesamtbegutachtung darstellen, diskutiert. Es wird hierbei unterschieden zwischen der Begutachtung in foro hinsichtlich der Beeinträchtigung der Verkehrstauglichkeit durch Medikamenteneinwirkung allein oder in Zusammenwirken mit Alkohol und der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit.

(Erscheint ausführlich im Zentralblatt für Verkehrsmedizin.)

Prof. Dr. med. Dipl.-Chem. O. PRIBILLA, 23 Kiel, Hospitalstraße 17—19

J. DITT (Göttingen): Die verkehrsmedizinische Bedeutung von Ro 4-5360. (Manuskript nicht eingegangen.)

P. TRÜEB (Zürich): Schizophrenie und Fahrfähigkeit.

In der Praxis der Verkehrsbegutachtung psychiatrischer Fälle sind wir leider meist gezwungen, von einer schon bestehenden diagnostischen Etikettierung auszugehen. Gelegentlich wird uns schon durch den Auftraggeber eine psychiatrische Diagnose gewissermaßen als Stichwort zugeworfen. — Andererseits — und dies ist der Normalfall — bilden klinische Krankengeschichten und damit klinische Diagnostik die Grundlage, auf der sich unsere Beurteilung aufbaut. So kommt es, daß

diagnostische Schlagwörter — in unserem Falle die „Schizophrenie“ — in den Gutachten zwangsläufig eine zentrale Bedeutung erhalten. An dieser Tatsache läßt sich nicht vorbeisehen, insbesondere dann nicht, wenn man versuchen will, ein solchermaßen diagnostisch abgestempeltes Erfahrungsmaterial wissenschaftlich zu überprüfen.

Es sind im Verlauf der letzten dreißig Jahre im Gerichtlich-Medizinischen Institut in Zürich insgesamt 418 sogenannte Schizophrene (darunter chronisch Psychotische, geheilte und Defektzustände) auf ihre Tauglichkeit zum Führen eines Motorfahrzeuges untersucht worden. Ein Großteil dieser Fälle wurde mehrmals begutachtet; insgesamt sind es an die Tausend Gutachten und Kontrollberichte. Wie viele dieser Fälle positiv und wieviele negativ beurteilt wurden, läßt sich jedoch nicht ohne weiteres angeben; denn einerseits sind manche für die eine Fahrer-kategorie als tauglich, für die andere aber als untauglich befunden worden. Andererseits ist vielfach ein und derselbe Explorand im Laufe der Jahre zum Verkehr zugelassen und später wieder abgelehnt worden, und umgekehrt.

Von den 418 Schizophrenen unseres Materials haben wir nun eine Kerngruppe von 104 Exploranden ausgesondert und einer eingehenden Betrachtung unterzogen. Es handelt sich dabei nicht um eine Auslese von besonders leichten Erkrankungen; maßgebend für die Auswahl war lediglich deren Eignung für unseren Untersuchungszweck: Alle 104 Fahrer sind in der Zeit zwischen Mitte 1960 und Mitte 1964 mindestens einmal begutachtet worden. Es handelt sich ferner ausnahmslos um gut untersuchte, klinisch eingehend abgeklärte und einwandfrei als Schizophrenie diagnostizierte Fälle. Schließlich besitzen wir von diesen 104 Fahrern objektive Belege über den Fahrerleumund.

Zunächst betrachteten wir ganz allgemein die Verkehrsbewährung der Gesamtheit unserer Schizophrenen, indem wir sie mit einer zufälligen Kontrollgruppe von gleich vielen, in jeder Hinsicht als gesund und psychisch unauffällig beschriebenen Fahrern verglichen. (Bei diesen Kontrollfällen handelt es sich um ebenfalls amtsärztlich untersuchte Taxi-, Buschauffeur- und Fahrlehrerbewerber.) In beiden Gruppen wurden in gleicher Weise die polizeilich registrierten schuldhaften Unfälle und die verkehrsgefährdenden Übertretungen ausgezählt.

Es ergab sich dabei bei den Schizophrenen eine Übertretungshäufigkeit von 0,15 pro Fahrer und Jahr, bei den Gesunden eine solche von 0,23 pro Fahrer und Jahr, also eine signifikant höhere Zahl als bei den Schizophrenen. (Die errechneten Fahrzeiträume betragen bei den Schizophrenen 754 Jahre und bei den Gesunden 640 Jahre.) Diese Statistik muß indessen mit einiger Reserve aufgenommen werden; denn zweifelsohne haben unsere gesunden Vergleichspersonen gesamthaft pro

Jahr mehr Kilometer zurückgelegt als die Schizophrenen. Viele waren nämlich schon vor der Bewerbung für höhere Fahrkategorien als Berufsfahrer tätig. Immerhin erlaubt unsere Statistik aber zumindest den Schluß, daß unsere Schizophrenen offensichtlich nicht schlechter gefahren sind als die Gesunden.

Wenn wir uns nun der näheren Betrachtung des Untersuchungsgutes zuwenden, so zeigt sich mit aller Deutlichkeit, daß mit dem bloßen, weiten Begriff Schizophrenie fast gar nichts Vernünftiges anzufangen ist. Es fällt zunächst die dem Erfahrenen wohlbekannte Vielgestaltigkeit der Erscheinungsbilder und der Verlaufsformen auf. Je besser die Kranken untersucht sind und je reichhaltiger das objektive Auskunfts-material über die Exploranden ist, desto schwerer lassen sich die Einzelfälle in psychopathologische Kategorien einteilen. Bei den erwähnten 104 eingehend abgeklärten Fahrern müßte man über jeden einzelnen kasuistisch berichten, wollte man einen Einblick in die Wirklichkeit vermitteln. Man findet da chronisch-schleichende Schizophrenien, chronische wellenförmige Verläufe mit mehr oder weniger akuten Verschlimmerungen und Zustände nach einer einzigen oder nach mehreren akuten Manifestationen mit oder ohne erkennbare Defektsymptome. Zustandsbildlich gesehen gibt es paranoide, überwiegend katatone und dann wieder mehr sogenannte hebephrene Prägungen und schließlich vor allem Mischformen aller Art und Schattierung. Wenn wir nun trotz der fließenden Übergänge versuchen wollten, unsere Patienten mehr oder weniger willkürlich nach psychopathologischen Kriterien zu gruppieren, so ergäbe dies eine für unseren Zweck völlig wertlose Systematik. Die Erfahrung mit unserem Gutachtenmaterial zeigt nämlich klar und eindeutig, daß es nicht die für den Psychopathologen wesentlichen Aspekte des Krankheitsgeschehens sind, welche sich vor allem auf die Fahrtüchtigkeit auswirken. Bei der Sichtung unserer Fälle erwiesen sich vielmehr gewisse individuelle aufdringliche Einzelsymptome, gewisse — klinisch vielleicht gänzlich uninteressante — akzidentelle Momente und dann vor allem charakterliche Eigentümlichkeiten als wesentlich und für die Beurteilung ausschlaggebend.

Das Bild des Fahrverhaltens unserer Schizophrenen gleicht in auffälliger Weise demjenigen einer gesunden Kontrollgruppe: in beiden Gruppen findet sich nämlich eine praktisch gleich große Minderheit schlecht bewährter neben einer ungefähr 95%igen Mehrheit gut beleumdeten Fahrer. Bei den Gesunden gibt es 4, bei den Schizophrenen insgesamt 5 Fälle mit 5 und mehr Übertretungen in der Fahrnamnese und -katamnese, also 5, die man als sogenannte „Unfälle“ bezeichnen könnte. 2 Fälle sind chronisch-schleichende Schizophrenien, wobei der eine als chronisch submanisch verstimmt, der andere als reizbar, stimmungslabil und querulatorisch beschrieben wird. In sozialer Hinsicht sind beide

ausgesprochene Versager. In 2 anderen Fällen handelt es sich um Pfropf-schizophrenien: eine Frau, deren Übertretungen sich einwandfrei aus ihrer offensichtlichen psychomotorischen Ungeschicklichkeit erklären lassen — und auf der anderen Seite ein Motorradfahrer, der intellektuell zwar ohne weiteres zu einer korrekten Fahrweise imstande wäre, der aber wegen seiner paranoiden Furcht vor den Polizisten schon öfters in Panik geriet und wegen verkehrsgefährdenden Fluchtfahrten auffällig wurde. Der letzte unserer schizophrenen „Unfälle“ kann als beispielhaft für die Problematik einer von *Diagnosen* ausgehenden Beurteilung der Fahrtauglichkeit angesehen werden: Es ist ein zweimal hospitalisierter chronisch Schizophrener. Zur Begutachtung gelangte er erst nach mehreren Unfällen und Übertretungen. 1960 wurde er wegen Schizophrenie als fahruntauglich bezeichnet. Bei der näheren Überprüfung der Fahr-anamnese zeigt sich nun aber, daß 6 der insgesamt 7 Übertretungen eindeutig in die Zeit vor dem Erscheinen der ersten psychotischen Symptome fallen. Er galt schon seit vielen Jahren als auffälliger, psychopathischer Charakter.

Dieser Fall läßt uns mit aller Deutlichkeit erkennen, wie wichtig es ist, nicht nur das psychotische Geschehen, sondern vor allem auch die präpsychotische Persönlichkeit eines Exploranden zu studieren.

Abschließend möchte ich nun noch in aller Kürze versuchen, ein paar allgemeinere Grundsätze und Gedanken aufzuzählen. Sie sind gewissermaßen eine Zusammenfassung meiner Erfahrungen mit schizophrenen Motorfahrzeugführern:

Starre Richtlinien lassen sich angesichts der großen Vielfalt der Zustandsbilder und Verläufe, angesichts der Unterschiedlichkeit der Charaktere, der moralisch-ethischen Fähigkeiten und der sozialen Einstellung offensichtlich *nicht* anwenden. *Jeder Fall ist ein Einzelfall und dementsprechend individuell zu behandeln.* Das ist auch schon aus dem knappen Hinweis auf die 5 schizophrenen Verkehrsversager deutlich hervorgegangen.

Grundsätzlich fahruntauglich ist jeder Patient, solange er sich in einem psychotischen Zustand klinischen Ausmaßes befindet. Nach Abklingen der Episode dürfen aber viele, auch nur sozial Geheilte ohne Karenzfrist wieder zum Verkehr zugelassen werden.

Meist abzulehnen sind indessen Schizophrene, die schon prämorbid als charakterlich ungeeignet erschienen waren, — dann auffällig verstimmbare, andauernd zu läppisch-betriebsamem Verhalten neigende Hebephrene, — ferner Pfropfschizophrenien — und schließlich selbstverständlich Alkoholgefährdete.

Die *Prognose* nach guten sozialen Remissionen ist anhand der Vorgeschichte abzuschätzen. Zahl und Frequenz der durchgemachten akuten

Episoden geben hier Anhaltspunkte. Darüber hinaus sollte nach der *Gestalt des Beginns früherer Auftritte* geforscht werden. Gefährliche Impulshandlungen, Drang- und Zwangszustände und dergleichen im Vorfeld früherer Erkrankungen erhöhen das Risiko. Günstiger zu beurteilen sind dagegen vor allem jene Exploranden, bei denen sich selbst hinter schwersten akuten Erkrankungen differenzierte Anstands- und Rücksichtsgefühle erkennen ließen.

Bei vornehmlich Wahnkranken gibt oft die nähere Betrachtung des *Inhaltes* der Psychose Anhaltspunkte. Komplexhafte Beziehungen zu Fahrzeugen, Polizisten usw. können sich katastrophal auswirken. Es ist deshalb nötig, die Einstellung zum Fahrzeug, zu den Vorschriften und zur motorisierten Fortbewegung ganz allgemein eingehend zu explorieren.

Auch für die sogenannte bedingte Tauglichkeit sind keine allgemeingültigen Richtlinien zu geben. Die Bedingungen ergeben sich aus der Fürsorgebereitschaft der Angehörigen, Arbeitgeber und Hausärzte.

Summary

A group of 104 fully tested schizophrenic drivers first will be examined as to their improvement in traffic and then will be compared with an equal number of psychally normal drivers. It is obvious that schizophrenics at the average are no bader drivers than the other psychally normal persons.

On testing the driving ability, we find that the psychopathological clinical signs of illness are not the most important symptoms. Essential for examination is rather the previous personality (moral-, ethic- and social behaviour.)

Even only social remitted patients can — after a schizophrenic onset — be admitted to traffic without probation.

Dr. P. TRÜEB

Gerichtlich-Medizinisches Institut der Universität Zürich
Zürich, Zürichbergstraße 8

J. HIRSCHMANN (Tübingen): Anfallsleiden und Fahrtauglichkeit.

Die viel diskutierte Frage der Fahrtauglichkeit von Anfallskranken hat bis heute noch keine einheitliche Beantwortung erfahren. In dem umfangreichen Schrifttum melden sich Vertreter eines „harten Kurses“ zu Wort mit der Forderung, jeden hirnorganisch Anfallskranken die Fahrerlaubnis zu entziehen bzw. zu versagen. Eine kompromißlose Verweigerung der Fahrerlaubnis bei allen Arten von Anfällen fordern: