

Konsensus Statement



AKTIVE TEILNAHME DES
OPIOID-BEHANDELTEN
SCHMERZPATIENTEN
AM STRASSENVERKEHR



Aktive Teilnahme des Opioid-behandelten Schmerzpatienten am Straßenverkehr

1. Präambel

Die schmerztherapeutische Situation von Patienten mit chronischen Schmerzen hat sich in Österreich in den vergangenen Jahren unter anderem durch die zunehmenden Verordnungen von Opioid-Schmerzmedikamenten deutlich verbessert. Diese sehr positive Entwicklung brachte allerdings auch Unsicherheiten medizinischer und rechtlicher Art mit sich: Zum Beispiel ob und inwieweit Patienten mit chronischen Schmerzen, die sich einer Therapie mit Opioid-Schmerzmedikamenten unterziehen, damit von vorneherein in ihrer Fähigkeit beeinträchtigt sind, ein Fahrzeug zu lenken. Aufgrund der geltenden Rechtslage ist es möglich, dass Schmerzpatienten, die ein ärztlich verordnetes Opioid-Medikament einnehmen, von der Exekutive oder von Amtsärzten wie Konsumenten harter Drogen behandelt werden und in die Mühlen der Justiz geraten.

Diese unbefriedigende Situation gewinnt umso mehr an praktischer Bedeutung, als ein hoher Anteil der Menschen, denen Opioid-Schmerzmedikamente verordnet wurden, nicht-onkologische Patienten jüngeren oder mittleren Alters und erwerbstätig sind. Und deshalb sowohl aus beruflichen Motiven als auch unter dem Gesichtspunkt der Lebensqualität in unterschiedlich hohem Ausmaß von einer aktiven Teilnahme am Straßenverkehr abhängig sind. Da Krankheiten wie chronische

Rückenschmerzen, chronische Ischämieschmerzen bei pAVK, Arthrose, Osteoporose, Rheumatoide Arthritis, Neuropathien oder Komplexe Regionale Schmerzsyndrome zunehmend als Indikation für eine Opioid-Schmerzbehandlung akzeptiert werden, ist davon auszugehen, dass die Anzahl der betroffenen Verkehrsteilnehmer auch künftig weiter ansteigen wird.

Diese Patientengruppe darf auf keinen Fall in die „Zwickmühle“ zwischen einem Verzicht auf eine notwendige und sinnvolle Schmerztherapie, oder dem Verzicht auf die Teilnahme am Straßenverkehr geraten.

Zielgruppen dieses Experten-Statements

Dieses Konsensus-Statement beruht auf den Empfehlungen einer multidisziplinär zusammengesetzten Runde von Expertinnen und Experten.

Zielgruppen sind

- ▶ Schmerzpatienten und ihren Angehörigen,
- ▶ Ärzte in ihrer Eigenschaft als Verschreiber, Untersucher und Gutachter,
- ▶ Psychologen in ihrer Eigenschaft als Untersucher und Gutachter,
- ▶ Repräsentanten von Versicherungen,
- ▶ Exekutivorgane,
- ▶ und nicht zuletzt der Gesetzgeber selbst.

Moderatoren



o. UNIV.-PROF. DR. HANS-GEORG KRESS
Klin. Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin (B), Universitätskliniken/AKH Wien



Ass.PROF. DR. JOACHIM MALY
Klinischer Psychologe, Univ.-Klinik für Neurologie, Wien

Teilnehmer



o. UNIV.-PROF. DR. DR.H.C. MANFRED BURGSTALLER
Institut für Strafrecht und Kriminologie, Wien



DR. HUGO HAUPFLEISCH
Leiter der Rechtsabteilung des ÖAMTC



UNIV.-DOZ. DR. RUDOLF LIKAR
LKH Klagenfurt



DR. GERHARD LITZKA, LEITENDER STAATSANWALT-BM FÜR JUSTIZ,
Sektion II
Straflegislativsektion



PRIV. DOZ. DR. MICHAEL STRUMPF
Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen



DR. CHRISTINE CHALOUPKA
Verkehrspsychologin, Wien

mit freundlicher Unterstützung von





2. Schmerzmedizinische Aspekte

Epidemiologie

Geht man von internationalen Zahlen aus, kann die Zahl der in Österreich lebenden Patienten mit chronischen Schmerzen auf etwa 500.000 bis 700.000 geschätzt werden, wovon etwa jeder Zehnte an einer chronischen Schmerzkrankheit leidet. Der in Österreich heute bei circa 30 Kilogramm pro Million Einwohner liegende schmerzmedizinische Morphinverbrauch legt nahe, dass es hier viele zig-tausend, vielleicht hundert Tausende Patienten gibt, die unter einer länger dauernden Opioid-Medikation stehen.

Chronische Schmerzen

Von chronischem Schmerz ist zu sprechen, wenn der Schmerz über einen Akutschmerz bzw. einen vollzogenen Heilungsprozess hinaus weiterbesteht. Nach einer anderen verbreiteten Definition dauern chronische Schmerzen länger als drei Monate an, zeigen einen über Monate bis Jahre wiederkehrenden Verlauf oder sind mit einer chronischen Grunderkrankung assoziiert.

Patientenrecht auf optimale Schmerztherapie

Bei Schmerzpatienten ist das therapeutische Ziel maximale Schmerzlinderung bzw. Schmerzfreiheit. Das „Wiener Krankenanstalten-Gesetz“ etwa schreibt fest, dass das Recht auf Schmerzlinderung von Patienten sogar im Sinne eines Schmerzensgeldes eingeklagt werden kann, wenn ein Mediziner seiner diesbezüglichen Pflicht nicht nachkommt. Die bestmögliche Schmerzbehandlung wurde auch als eines der wichtigsten Patientenrechte in die „Patientencharta“ aufgenommen, die bereits von einer Reihe österreichischer Bundesländer unterschrieben wurde.

Opioid-Schmerzmittel im Stufenschema der WHO

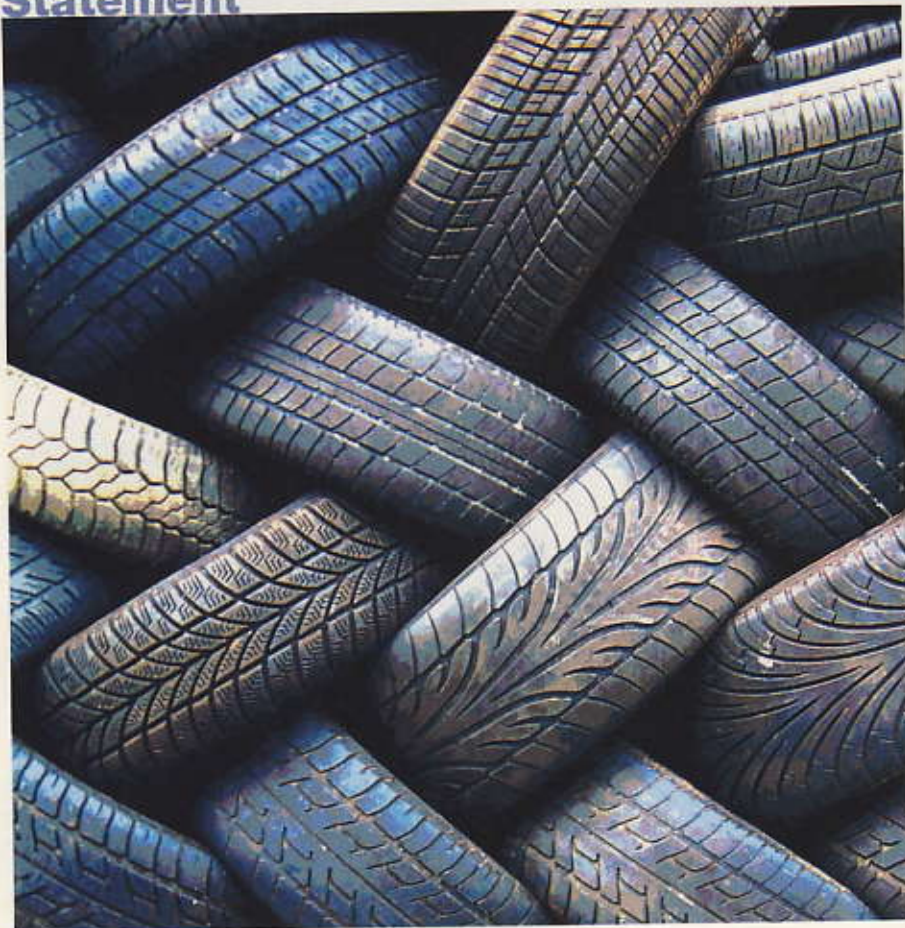
Eine wichtige Orientierungshilfe in der Behandlung schwerer chronischer Schmerzen ist das von der WHO empfohlene dreistufige Therapieschema, dessen zweite Stufe den Einsatz schwacher Opioid-Schmerzmedikamente, und dessen dritte Stufe den Einsatz starker Opioid-Schmerzmedikamente vorsieht. Vor allem bei einer absehbar langfri-

stigen medikamentösen Schmerzbehandlung muss den Opioiden nicht nur aufgrund ihrer starken analgetischen Wirkung, sondern auch wegen ihrer viel geringeren organschädigenden Nebenwirkungen gegenüber anderen Analgetika der Vorzug gegeben werden.

Pharmakologie der Opioid-Schmerzmittel

Erwünschte und unerwünschte Wirkungen

Neben der therapeutischen Hauptwirkung des stark schmerzstillenden Effektes weisen Opioid-Schmerzmittel auch unerwünschte Wirkungen auf, darunter solche, die prinzipiell mit der aktiven Teilnahme am Straßenverkehr interferieren können. In erster Linie sind dies Müdigkeit, Benommenheit und Schwindel, dazu können seltenere Wirkungen wie z. B. kognitive Einschränkungen, Veränderungen der Stimmungslage, Halluzinationen, Einschränkungen in der Psychomotorik und extreme Pupillenverengung kommen. Solche Nebenwirkungen treten allerdings in erster Linie



EMPFEHLUNG

- ▶ Die Fahrzeugführung von Opioid-Patienten ist aus medizinischer Sicht möglich bei stabilem Therapieverlauf, gutem Allgemeinzustand und wenn der Patient durch den Arzt auf seine Pflicht zur kritischen Selbstprüfung hingewiesen wurde.
- ▶ Während der Einstellungsphase, bei größeren Dosisänderungen, bei Wechsel des Opioids, sowie bei einem schlechten Allgemeinzustand des Patienten unabhängig von der Opioid-Therapie muss vom Lenken eines Fahrzeuges – eigenverantwortlich – Abstand genommen werden.
- ▶ Absolute Fahr-Untauglichkeit ist auch bei ständig wechselnden Therapieverläufen sowie bei Alkoholkonsum vor der Inbetriebnahme des Kraftfahrzeuges gegeben.

während der Einstellungsphase des Medikaments auf, die in aller Regel maximal vier Wochen dauert.

Die Eigenschaften einzelner Opioide unterscheiden sich hier nicht qualitativ, sie zeigen jedoch eine unterschiedlich starke Ausprägung einzelner Eigenschaften. Auch bezüglich der oralen bzw. transdermalen Applikationsform sind für die Verkehrssicherheit relevante Unterschiede im Nebenwirkungsspektrum nicht belegt.

Im Gegensatz zu Alkohol gibt es im Zusammenhang mit der konkreten Fahrtauglichkeit für Opioid-Schmerzmittel keine absoluten Blutspiegel-Grenzwerte, ab deren Erreichen eine Person generell als beeinträchtigt gilt. Der Nachweis des Opioid-Konsums ist also nicht gleichbedeutend mit einer tatsächlichen aktuellen Beeinträchtigung, Patienten reagieren hier individuell sehr unterschiedlich.

Involvierte Medikamente

Involviert sind orale bzw. enterale Immediate Release- (IR) und/oder Sustained-Release-Präparate (SR) mit Morphinsulfat oder Morphinhydrochlorid, Hydromorphon, Oxycodon, Buprenorphin, Tramadol und

Dihydrocodein, sowie Transdermale Therapeutische Systeme (TTS) für Fentanyl und Buprenorphin.

Koanalgetika

Opioid-Schmerzmittel werden praktisch immer mit Begleitmedikamenten kombiniert. Solche Koanalgetika verstärken die analgetische Wirkung des Schmerzmittels, bei einigen dieser Adjuvantien wie zum Beispiel bestimmten Antidepressiva können auch in niedriger Dosierung sedierende Effekte und/oder kognitive Funktionsstörungen auftreten. Solche Effekte müssen in der Beurteilung der Fahrtauglichkeit eines Patienten unter einer Schmerztherapie mit Opioid-Analgetika berücksichtigt werden.

Abhängigkeit, Sucht und Toleranzentwicklung

Sucht im Sinne einer psychischen Abhängigkeit in der Form eines Syndroms, das durch kontinuierliches Verlangen nach dem Opioid zur Erlangung eines psychotropen Effektes gekennzeichnet ist, tritt im Rahmen einer qualifizierten Opioid-Schmerztherapie extrem selten auf. Wohl aber kann es zu einer Toleranzentwick-

klung im Sinne einer Verminderung des Maximaleffektes und/oder Verkürzung der Wirkungsdauer kommen.

Toleranz entwickelt sich im Rahmen einer Langzeittherapie in unterschiedlichem Ausmaß auch hinsichtlich der einzelnen Nebenwirkungskomponenten: Die verkehrsrelevanten Opioid-induzierten Nebenwirkungen nehmen in der Regel ab, bei den meisten Schmerzpatienten kommt es gegenüber den sedierenden Nebenwirkungen und den kognitiven Einschränkungen nach Tagen oder wenigen Wochen zu einer Toleranz, d. h. diese Nebenwirkungen verschwinden.

Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit

Die klassischen Nebenwirkungen einer Opioid-Schmerztherapie während der Einstellungsphase, die in der Regel bis zur 4 Wochen dauert, können die Fahrtauglichkeit eines Schmerzpatienten in relevantem Ausmaß beeinträchtigen. Dies gilt für alle derzeit auf dem Markt befindlichen Opioid-Schmerzmittel zur oralen oder transdermalen Applikation. Prinzipielle Unterschiede zwischen schwachen und starken Opioiden sind in diesem Kontext



keine bekannt. Diese Beeinträchtigung besteht unabhängig von der gegebenen Opioid-Menge. Eine untere Grenzdosis oder Plasmakonzentration, bei der von einer nicht relevanten Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit ausgegangen werden kann, gibt es nicht.

Es gibt bei Opioid-Schmerzmitteln – anders als etwa beim Alkoholkonsum – auch keinen oberen Schwellenwert, über dem eine generelle Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit vorliegt. Für die Entscheidung, ob ein individueller Patient fahrtauglich ist, entscheidet prinzipiell der Einzelfall.

Ist die Einstellungsphase abgeschlossen und hat sich der Patient an die Opioidgabe angepasst, ist er in der Regel nicht mehr verkehrsrelevant beeinträchtigt. Dies zeigen jüngste wissenschaftliche Untersuchungen der psychomotorischen Leistungsfähigkeit von Schmerzpatienten unter Opioid-Dauermedikation eindeutig.

Ausgehend von jedem Niveau der Einstellung des Patienten mit Opioid-Schmerzmitteln kann allerdings eine Dosierungsänderung die Fahrtauglichkeit beeinflussen.

3. Verkehrspsychologische Aspekte

Epidemiologie

Die Ergebnisse psychologischer Tests über die Auswirkung von Opioid-Schmerzmedikamenten auf die verkehrsrelevante Leistungsfähigkeit sind nicht einheitlich. Bei manchen Tests erzielten die mit Opioid-Schmerzmitteln behandelten Teilnehmer schlechtere Ergebnisse als die medikamentenfreie Kontrollgruppe, in anderen Untersuchungen wiederum konnte keine signifikante Leistungseinschränkung gezeigt werden. Die Ursachen liegen in Unterschieden in der Fragestellung, den eingesetzten Opioiden, den unterschiedlichen Testverfahren, sowie der Auswahl der Studienteilnehmer. Vergleiche zwischen den einzelnen Untersuchungen sowie Rückschlüsse auf die individuelle Fahrtauglichkeit einer definierten Gruppe sind so nur schwer möglich.

Die vorliegenden verkehrspsychologischen Untersuchungsergebnisse zeigen, dass eine Schmerztherapie mit Opioid-Schmerzmedikamenten keinesfalls zwangsläufig zur Beeinflussung der Leistungsfähigkeit im Straßenverkehr führt. Aufgrund der Streuung

der vorliegenden Testergebnisse kann die Fahrtauglichkeit von Patienten unter einer Opioid-Therapie nur für den Individualfall beurteilt werden.

Auch die Frage, inwieweit eine stabile Schmerztherapie mit Opioiden zu einer höheren Unfallhäufigkeit führen kann, lässt sich anhand der vorliegenden epidemiologischen Studien nicht eindeutig beantworten. Auf einem Expertengespräch der deutschen Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST) zum Thema „Fahrtüchtigkeit/Eignung unter opiothaltigen Analgetika“ (1996) war im Erfahrungsbereich der teilnehmenden Experten nicht ein einziger Fall bekannt, bei dem ein Lenker aufgrund einer Opioid-Schmerztherapie fahrauffällig geworden sei. Vielmehr legen Studien nahe, dass eine Schmerztherapie mit einer individuell angepassten Opioid-Schmerztherapie eine Leistungsfähigkeit zurückbringt, die im individuellen Fall auch die Fahrtauglichkeit wieder herstellen kann.

Schmerzambulanzen haben darüber hinaus die Erfahrung gemacht, dass Schmerzpatienten unter Opioid-Schmerztherapie im Straßenverkehr ein besonders hohes Maß an Disziplin und Verantwortungsbewusstsein zeigten.

EMPFEHLUNG

- ▶ Anerkannte verkehrspsychologische Tests durch einen Verkehrspsychologen werden nur in Fällen empfohlen, in denen beim behandelnden Arzt Zweifel an der Fahrtauglichkeit eines Patienten bestehen, und in Fällen, in denen ein Schmerzpatient selbst zur Beurteilung seiner Fahrtauglichkeit einen solchen Test wünscht.

Verkehrspsychologische Tests

Zur Testung der Fahrtauglichkeit eines Schmerzpatienten unter Opioid-Therapie stehen eine Reihe anerkannter verkehrspsychologischer Tests zur Verfügung. Da bei Patienten unter stabiler und qualifizierter Opioid-Dauertherapie prinzipiell – siehe die oben genannten Einschränkungen – von einer nicht beeinträchtigten Fahrtauglichkeit ausgegangen werden kann, ist jedoch ein generelles Screening durch verkehrspsychologische Tests schon aufgrund der damit verbundenen bürokratischen und finanziellen Aufwendungen nicht sinnvoll.

Die Gesundheitsverordnung zum Führerscheingesetz (FSG-GV) schließt Personen, die aus medizinischen Gründen „Suchtmittel“ erhalten, vom Lenken eines Fahrzeuges nicht aus. Nach einer positiven Stellungnahme eines Facharztes darf eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden. Im Zweifelsfall kann hier eine freiwillige psychodiagnostische Untersuchung bei einem klinischen Psychologen in Zusammenarbeit mit einer fachärztlichen Stellungnahme oder eine verkehrspsychologische Stellungnahme Klarheit darüber bringen, ob ein individueller Patient grundsätzlich die kraftfahrerspezifische Leistungsfähigkeit und gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen besitzt.

4. Rechtliche Aspekte

Rechtliche Fragen aus Sicht des Patienten

Die Situation von mit Opioid-Schmerzmitteln behandelten Schmerzpatienten im Straßenverkehr ist derzeit aufgrund der verbreiteten Unsicherheiten bezüglich der rechtlichen Lage äußerst unbefriedigend. Auf Grund der derzeitigen Rechtslage kann es vorkommen, dass Schmerzpatienten, die



ein ärztlich verordnetes Opioid-Medikament einnehmen, von der Exekutive oder den Amtsärzten wie Konsumenten verbotener Drogen wegen Verdachts eines Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz behandelt werden. Rechtlicher Hintergrund ist hier § 5 Abs. 1 der Straßenverkehrs-Ordnung (StVO), wonach in einem durch Suchtgift beeinträchtigten Zustand kein Fahrzeug gelenkt werden darf, und wobei es keine Rolle spielt, ob dieser Zustand durch eine illegal eingenommene oder durch eine ärztlich verordnete Substanz hervorgerufen wurde.

Durch diese Bestimmungen können künftig Patienten, denen vom Arzt Opioid-Schmerzmedikamente verschrieben wurden, leicht in die Mühlen der Behörden geraten: Hegt etwa ein Polizist im Rahmen einer Verkehrskontrolle Zweifel an der Fahrtauglichkeit des Lenkers, wird er eine amtsärztliche Untersuchung durchführen lassen. Nach der mit 1.1.2003 in Kraft getretenen Novelle der StVO ist der Lenker zur Mitwirkung an einer Blutuntersuchung verpflichtet, wenn der untersuchende Arzt eine Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit feststellt und annimmt, dass diese auf Drogenkonsum zurückzuführen ist. Dass eine gerichtsmedizinische Untersuchung des Blutes den Konsum von Opioiden nachweist, liegt auf der Hand. Der Schmerzpatient steht damit vor dem – wohl kaum lösba- ren – Problem, den Nachweis zu erbringen, dass die vom Amtsarzt angenommene Fahruntauglichkeit nicht auf die Opioid-Schmerzmedikamente, sondern etwa auf Übermüdung oder eine Verkühlung zurückzuführen ist.

Das kann dazu führen, dass chronische Schmerzpatienten, die Opioid-Schmerzmedikamente nehmen, nach der StVO genauso streng bestraft werden wie Drogen-beeinträchtigte Lenker. Die StVO sieht hier Stra-

fen zwischen 581 und 3.633 Euro vor. Wird die ab 1.1.2003 verpflichtende Duldung einer Blutabnahme verweigert, drohen sogar Strafen zwischen 1.090 und 5.813 Euro.

Darüber hinaus könnte eine gerichtliche Strafbarkeit in Frage kommen, wenn eine andere Person (§ 89 StGB) oder eine größere Anzahl von Menschen (§ 177 StGB) zumindest konkret gefährdet wird. Bei Verletzung oder Tötung einer anderen Person kommen darüber hinaus die strenger bestraften Delikte nach § 88 Abs. 3 bzw. 4, oder §81 Z. 2 StGB in Betracht.

Zu bedenken sind auch versicherungsrechtliche Konsequenzen für den Fall, dass es zu einer Bestrafung durch eine Verwaltungsbehörde oder ein Gericht kommt. In diesem Fall kann die Kfz-Haftpflichtversicherung ihre Zahlungen an die Unfallopfer bis zum Betrag von 11.000 Euro regressieren bzw. in der Kaskoversicherung die vollständige Leistungsfreiheit geltend machen.

Rechtliche Fragen aus Sicht des behandelnden Arztes

Generell schließt die dem Arzt obliegende Aufklärungspflicht auch die Vermittlung ausreichender Informationen über Arzneimittel-Nebenwirkungen an den Patienten ein. Bei mangelnder Aufklärung ist daher ein Haftungsrisiko für den Arzt gegeben, wobei grundsätzlich sowohl eine zivilrechtliche als auch eine straf- oder verwaltungsstrafrechtliche Haftung denkbar ist.

Dass der Arzt seiner Aufklärungspflicht nachgekommen ist, muss dokumentiert und nachweisbar sein. Eine Unterschrift des Patienten über die erfolgte Aufklärung ist nicht unbedingt erforderlich, stärkt aber die Beweislage und scheint darüber hinaus geeignet, die Sensibilisierung des Patienten für Fragen der Verkehrssicherheit zu stärken.

EMPFEHLUNGEN AN DEN ARZT

- ▶ Die Verschreibung eines Opioid-Schmerzmittels durch den Arzt ohne entsprechendes Aufklärungsgespräch über die möglicherweise die Fahrtauglichkeit beeinträchtigenden Nebenwirkungen wäre als ärztlicher Fehler zu werten, der ein entsprechendes Haftungsrisiko nach sich ziehen könnte.
- ▶ Die ärztliche Aufklärung über Nutzen und Risiken der Opioid-Behandlung im Hinblick auf die Teilnahme am Straßenverkehr ist nach Möglichkeit auch schriftlich darzulegen. Sie sollte vom Patienten in Form einer Patientenvereinbarung schriftlich bestätigt und unterschrieben werden, die auch Verschreibungsprinzipien und Verlaufskontrollen definiert und dem Patienten ein strukturiertes Vorgehen nahe legt. Die „Österreichische Schmerzgesellschaft“ wird diesbezüglich Mustervereinbarungen zur Verfügung stellen.

EMPFEHLUNG AN DIE INDUSTRIE

- ▶ Den Herstellern von Opioid-Schmerzmedikamenten wird empfohlen, sofern nicht bereits geschehen, sowohl auf der Verpackung als auch im Beipacktext deutlich auf die möglichen Konsequenzen der Einnahme für die Fahrtauglichkeit bzw. die speziellen Bedingungen hinzuweisen, unter denen diese problematisch sein kann. Dies soll die betroffenen Patienten sensibilisieren, ersetzt aber nicht die Aufklärung durch den Arzt.

EMPFEHLUNG AN GESETZGEBER, BEHÖRDEN UND STANDESVERTRETUNG

- ▶ Empfohlen wird die Ausstellung und Anerkennung eines speziellen Ausweises, der den Träger als Patienten mit chronischen Schmerzen unter Opioid-Behandlung, und damit als legalen Opioid-Nutzer identifiziert. Dies könnte unter anderem im Falle eines Bluttests nach §5 Abs. 8 StVO vermeiden, in den unbegründeten Verdacht der Drogenbeeinträchtigung zu geraten. Ein solches Schriftstück könnte z. B. vom behandelnden Arzt ausgestellt werden.
- ▶ Eine intensive Schulung der Amtsärzte und aller zur Untersuchung berechtigten Spitalsärzte über die relevanten Fragen zur Opioid-Schmerztherapie ist unerlässlich.
- ▶ Es wird empfohlen, chronische Schmerzpatienten in einer ausdrücklichen Regelung lediglich dem § 58 StVO zu unterstellen, und somit für diese klar umgrenzte Gruppe von Betroffenen eine Ausnahmeregelung zu schaffen. Eine trotz bestimmungsgemäßer Einnahme ärztlich verordneter Medikamente festgestellte Fahruntauglichkeit sollte aus dem §5 StVO herausgenommen werden: Damit wären verschriebene und widmungsgemäß eingenommene Opioid-Schmerzmedikamente ihrer Zweckbestimmung gemäß anderen Medikamenten – und nicht „Suchtmitteln“ – gleichgestellt. (In Deutschland sehen die Drogenbestimmungen eindeutig vor, dass kein Verstoß vorliegt, wenn ärztlich verordnete Medikamente bestimmungsgemäß eingenommen werden.) Die verwaltungsstrafrechtlichen Konsequenzen für Betroffene wären deutlich gemildert, führerscheinrechtliche Sanktionen würden entfallen, und es könnten bereits zu Beginn eines allfälligen Verfahrens falsche Weichenstellungen vermieden werden.
- ▶ Empfohlen wird eine Überarbeitung des §14 Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (FSG-GV), die ausdrücklich auf die spezifische Situation von chronischen Schmerzpatienten Rücksicht nimmt.

IND* kassenfrei
ab April 2003



Fachkurzinformation: Seite 27

Transtec[®]

3 Tage Schmerzkontrolle zum Aufkleben

- verlässliche Analgesie über 3 Tage
- bewährte Substanz Buprenorphin
- 3 Wirkstärken: 35 µg/h, 52,5 µg/h und 70 µg/h



Für Menschen.
Gegen Schmerzen.



BUPRENORPHIN MATRIXPFLASTER

Transtec[®]

Kontrolliert den Schmerz

*chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind