

SCHMERZ NACHRICHTEN

Zeitschrift der Österreichischen Schmerzgesellschaft



Aufklärungspflicht über zentralnervöse Nebenwirkungen analgetisch wirksamer Medikamente unter besonderer Berücksichtigung der Teilnahme am Straßenverkehr

Ein interdisziplinäres Positionspapier der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) und der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP)

ÖSTERREICHISCHE SCHMERZGESELLSCHAFT



Ö G A R I
■ ■ ■ ■ ■



ÖGPP

Österreichische Gesellschaft für
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Aufklärungspflicht über zentralnervöse Nebenwirkungen analgetisch wirksamer Medikamente unter besonderer Berücksichtigung der Teilnahme am Straßenverkehr

Ein interdisziplinäres Positionspapier der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) und der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP).

Expert*innen:

OÄ Dr. Waltraud Stromer¹, Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc², Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Aigner³, Prim. PD Dr. Nenad Mitrovic⁴, Univ.-Prof. Dr. Helmut Ofner LL.M.⁵

¹Abteilung Anästhesiologie und Intensivmedizin, Landeskrankenhaus Horn, Horn, Österreich

²Abteilung Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Klagenfurt, Österreich

³Klinische Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Universitätsklinikum Tulln, Tulln, Österreich

⁴Abteilung Neurologie, Salzkammergut-Klinikum, Vöcklabruck, Österreich

⁵Institut für Europarecht, Internationales Recht und Rechtsvergleichung, Universität Wien, Wien, Österreich

Redaktion: Mag. Volkmar Weilguni

Mit freundlicher Unterstützung von Mundipharma



INHALT

1. EINLEITUNG
2. ARZNEIMITTELN MIT ZENTRALNERVÖSEN NEBENWIRKUNGEN
 - 2.1. Stark beeinträchtigende Analgetika
 - 2.2. Interaktionen zwischen Arzneimitteln
 - 2.3. Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Alkohol
3. WISSENSCHAFTLICHE EVIDENZ ZU ZENTRALNERVÖSEN NEBENWIRKUNGEN UND DEREN EINFLUSS AUF DIE TEILNAHME AM STRASSENVERKEHR
 - 3.1. Medizinisches Cannabis und Cannabinoide
 - 3.2. Antidepressiva
 - 3.3. Opioide
 - 3.4. Benzodiazepine
 - 3.5. Antiepileptika
 - 3.6. Triptane
4. REDUKTION DER MEDIKATION, BEENDIGUNG EINER LANGZEITTHERAPIE
5. ERKRANKUNGEN MIT EINFLUSS AUF DIE TEILNAHME AM STRASSENVERKEHR
6. ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNGSPFLICHT
 - 6.1. Medizinische Aspekte
 - 6.2. Rechtliche Aspekte
 - 6.2.1. Art und Umfang der Selbstbestimmungsaufklärung
 - 6.2.2. Sorgfaltspflicht der Patient*innen: Fahrtüchtigkeit – Mitverschulden
 - 6.2.3. Verschwiegenheitspflicht
 - 6.3. Dokumentation der ärztlichen Aufklärung
 - 6.4. Tests zur Verkehrstauglichkeit

Literatur

ANHANG: Aufklärungsbogen

1. EINLEITUNG

Es gibt eine ganze Reihe an analgetischen wirksamen Medikamenten, die zentralnervöse Nebenwirkungen hervorrufen können. Aber auch Erkrankungen per se (zum Beispiel Morbus Parkinson, Demenz, schwer einzustellende Epilepsie, vorangeschrittene Multiple Sklerose, amyotrophe Lateralsklerose – ALS, Psychosen etc.) können aufgrund einer Beeinträchtigung des zentralen Nervensystems eine potenzielle Gefahrenquelle für gefährliche Tätigkeiten des Alltags – besonders für eine aktive Teilnahme am Straßenverkehr – darstellen und die Fahrsicherheit erheblich einschränken.

Gleiches gilt für starke Schmerzen, die unbehandelt zu unangemessenen Reaktionen führen. In diesen Fällen ist eine entsprechende analgetische Medikation Voraussetzung, um eine aktive Teilnahme am Straßenverkehr durch die erzielte Schmerzlinderung überhaupt erst zu ermöglichen. So können Schmerzpatient*innen durch eine gut dosierte, dauerhafte Einnahme spezieller Analgetika ihre Fahrsicherheit wiedererlangen.

Allgemein gilt: Für eine adäquate Schmerzbehandlung ist eine gute medikamentöse Einstellung und regelmäßige Kontrollen beim behandelnden Arzt Grundvoraussetzung zum Führen eines Kraftfahrzeugs.

Viele Schmerzpatient*innen, die täglich im Straßenverkehr unterwegs sind, sind sich der Nebenwirkungen von eingenommenen Medikamenten nicht bewusst. Es besteht daher eine ärztliche Aufklärungspflicht über deren Risiken. Die aktive Teilnahme am Straßenverkehr liegt mit wenigen Ausnahmen im Berufsverkehr allerdings in der Selbstverantwortung der Patient*innen.

2. ARZNEIMITTELN MIT ZENTRALNERVÖSEN NEBENWIRKUNGEN

Rund ein Fünftel aller auf dem Markt erhältlichen Medikamente können die körperliche und/oder geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigen und in der Folge negative Auswirkungen auf die Fahrsicherheit haben. Dazu zählen Schlaf- und Beruhigungsmittel, Narkose-/Betäubungsmittel, Psychopharmaka (Antipsychotika, Antidepressiva etc.), Mittel gegen Allergien, Mittel gegen hohen Blutdruck oder Diabetes, Augenpräparate, Erkältungsmittel und eben auch Schmerzmittel, allen voran Opioide, Antikonvulsiva und Antidepressiva (siehe **Abb. 1**).

Abb. 1 Medikamente, die zentralnervöse Nebenwirkungen auslösen können

- Opioide
- Antikonvulsiva
- Antidepressiva
- Cannabinoide (THC)
- Sedativa – Anxiolytika, Hypnotika etc.
(z. B. Benzodiazepine, Zolpidem, Trazodon, Quetiapin)
- Zentrale Muskelrelaxantien (z. B. Tizanidin)
- Antihistaminika

Neben zahlreichen verschreibungspflichtigen Medikamenten zählen auch viele rezeptfreie, frei verkäufliche Medikamente (unter anderem Schmerz- und Erkältungsmittel) zu den verkehrsrelevanten Arzneimitteln. Zudem enthalten einige von ihnen Alkohol im zweistelligen Prozentbereich. Außerdem können sie mit den verschriebenen Medikamenten in Wechselwirkung treten und die Fahrtauglichkeit zusätzlich einschränken.

Die Anwendung der genannten Medikamente kann zu neuropsychologischen Dysfunktionen (wie zum Beispiel Delir) ebenso führen wie zu Müdigkeit, Benommenheit, Schwindel, Verwirrtheit, Schlafstörung.

Zentralnervöse Nebenwirkungen von Medikamenten (aber auch jene, die durch starke Schmerzen sowie psychiatrische, neurologische Erkrankungen hervorgerufen werden) können folgende Funktionen beeinträchtigen, die bei der Verrichtung gefährlicher Tätigkeiten – zum Beispiel das Arbeiten in großen Höhen, das Bedienen gefährlicher Geräte wie etwa Kreissägen – im Allgemeinen und bei einer aktiven Teilnahme im Straßenverkehr im Besonderen benötigt werden, um die Fahrsicherheit der Personen selbst und die anderer Verkehrsteilnehmer*innen zu gewährleisten:

- Aufmerksamkeit
- Konzentrations- und Reaktionsvermögen
- Genauigkeit der Wahrnehmung
- Motorische Koordination
- Vigilanz

Wie stark die Beeinträchtigung ist, hängt von vielen unterschiedlichen Faktoren ab. Neben Alter, Geschlecht und Gewicht der Patient*innen ist zum Beispiel auch von Bedeutung, ob die Einnahme regelmäßig oder sporadisch erfolgt, ob sich die Patient*innen an die Dosierungsvorschriften halten oder das Medikament nach eigenem Gutdünken einnehmen oder ob die Einnahme in Kombination mit anderen Medikamenten erfolgt.

Bei jedem Menschen können die Nebenwirkungen zudem unterschiedlich ausfallen. Daher ist das Gefährdungspotenzial von Medikamenten stets im Einzelfall zu beurteilen.

2.1. Stark beeinträchtigende Analgetika

Stark wirksame Analgetika, vor allem Opioide, weisen eine besondere Problematik auf. So können gerade zu Behandlungsbeginn akute Ausfallerscheinungen oder das Gefühl von Unwohlsein bzw. Benommenheit auftreten. In einem solchen Zustand ist die Fahrtauglichkeit für in keinem Fall gegeben. Eine ärztliche Empfehlung, in der Initialphase gänzlich auf das Autofahren zu verzichten, wird empfohlen. Diese Empfehlung ist schriftlich zu dokumentieren.

Bei guter Medikamenteneinstellung können Patient*innen, die stark wirksame Opioide als Dauermedikation einnehmen, durchaus geistig und körperlich dazu in der Lage sein, aktiv am Verkehr teilzunehmen und ein Fahrzeug zu führen. Allerdings müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, wie zum Beispiel ein guter Allgemeinzustand, keine Minderung der Aufmerksamkeit sowie ein stabiler Therapieverlauf.

Wer jedoch unter der bestehenden Medikation Müdigkeit, Unwohlsein, Benommenheit oder gar Fahrunsicherheit bemerkt, sollte umgehend auf die aktive Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr verzichten und den behandelnden Arzt aufsuchen.

2.2. Interaktionen zwischen Arzneimitteln

Auch medikamentöse Interaktionen können das zentrale Nervensystem negativ beeinträchtigen und müssen im Rahmen der Verordnung berücksichtigt werden.

Antidepressiva – SSRI, SNRI (Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin, Venlafaxin) können vor allem in Kombination mit

- MAO-Hemmern (z. B. Tranylcypromin, Moclobemid),
- trizyklischen Antidepressiva (z. B. Amitriptylin, Imipramin, Clomipramin),
- anderen psychoaktiven Substanzen (z. B. Buspiron, L-Tryptophan, Lithium-Salzen),
- Opioiden (z. B. Tramadol, Pethidin) oder
- Migränemitteln (z. B. Dihydroergotamin, Sumatriptan) zu einem **Serotonin-Syndrom** führen.

Es kommt zu psychischen Symptomen (vor allem Unruhe, Verwirrtheit, inadäquate Stimmung), vegetativ-autonomen Dysfunktionen (Übelkeit, Diarrhoe, Schweißausbrüche, Tremor, Blutdruckschwankungen, Tachykardie, Hyperthermie) oder motorischen Störungen (vor allem Ataxie, Myoklonien, Hyperreflexie).

Die Therapie des Serotonin-Syndroms sieht ein sofortiges Absetzen aller serotoninerger Substanzen vor (es kommt in der Folge zu einem raschen Abklingen der Symptomatik innerhalb von 6 bis 12 Stunden). Weitere Behandlungsschritte sind eine symptomatische Behandlung, eine stationäre Behandlung bzw. eine Intensivbehandlung.

Das **Anticholinerge-Syndrom** kann als Nebenwirkung folgender Substanzen auftreten [1]:

- Anticholinergika (Atropin, Scopolamin)
- Antihistaminika (Diphenhydramin plus 8-Chlorthephyllin, Diphenhydramin)
- Antiparkinsonmittel (Biperiden, Metixen)
- Barbiturate (Thiopental)
- Benzodiazepine (Diazepam, Midazolam)
- H₂-Rezeptor-Blocker (Ranitidin, Cimetidin)
- Inhalations-Anästhetika (Sevofluran, Desfluran)
- Injektions-Anästhetika (Ketamin, Propofol)
- Lokalanästhetika (Lidocain, Mepivacain)
- Mydriatika (Cyclopentolat, Homatropin, Tropicamid)
- Antipsychotika (Haloperidol, Clozapin, Olanzapin, Promethazin)
- Opioide (Morphin, Fentanyl)
- Spasmolytika (Oxybutynin, Tolterondin)
- Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (Amitriptylin, Anafranil, Imipramin)

Die hervorgerufenen Symptome können zentral (u.a. Desorientierung, Schläfrigkeit, Somnolenz, Koma, emotionale Instabilität, Halluzinationen, Krämpfe, Koordinationsstörungen, Amnesie, zentrale Hyperpyrexie) sein oder peripher (u.a. Tachykardie, Mydriasis, Akkommodationsstörungen, trockene Haut bzw. Schleimhäute, verminderte Magen- und Darmmotorik oder Myoklonien).

2.3. Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Alkohol

Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Alkohol sind vielfältig und häufig. Schnaps, Bier oder Wein dämpfen das zentrale Nervensystem und verstärken Arzneimittel, die ähnliche Auswirkungen haben. Zudem können alkoholische Getränke den Abbau von Medikamenten hemmen: Beide können um dasselbe Abbau-system konkurrieren. Das bedeutet: Die Medikamente verbleiben im Körper, ihre Wirkungsdauer und -kraft ist dadurch erhöht. Die Konsequenz ist zum Beispiel Konzentrationsschwäche, die zu einer Abnahme der Reaktionsfähigkeit führt.

Zwar gibt es bei Alkohol klare rechtliche Grenzwerte, was die aktive Teilnahme am Straßenverkehr betrifft, für Auswirkungen von Interaktionen bei der parallelen Einnahme von Medikamenten liegen allerdings keine klar definierten Grenzwerte vor. Es wird daher dringend empfohlen, auf Alkohol gänzlich zu verzichten, wenn Medikamente eingenommen werden. In jedem Fall ist aber vor der Einnahme von Medikamenten von den Patient*innen zu prüfen, ob Wechselwirkungen mit Alkohol im Beipackzettel beschrieben werden.

Absolut gilt: Kein Alkohol unter Psychopharmaka! [2] Benzodiazepine erhöhen deutlich das Risiko, führen bei jungen Verkehrsteilnehmer*innen zur Enthemmung, bei älteren Verkehrsteilnehmer*innen zur Störung der kognitiven Fähigkeiten.

3. WISSENSCHAFTLICHE EVIDENZ ZU ZENTRALNERVÖSEN NEBENWIRKUNGEN

Autos sind in vielen Ländern ein wichtiges Transportmittel. Vor allem in Regionen, wo das öffentliche Transportsystem nicht flächendeckend ausgebaut ist, kann schwer auf die Benutzung von Fahrzeugen verzichtet werden. Die Fahrtüchtigkeit kann sowohl durch psychiatrische als auch durch neurologische Erkrankungen negativ beeinflusst werden. Chronische Schmerzerkrankungen und der daraus resultierende Einsatz von Medikamenten zur Symptomlinderung, können auch die Fahrleistung des Lenkers deutlich beeinträchtigen.

Kriterien, die Ärzt*innen eine Beurteilung der Fahrtüchtigkeit im Rahmen der o.g. Erkrankungen erleichtern sollen, wurden bereits erarbeitet und veröffentlicht [3,4]. Ganz anders sieht es mit den Entscheidungskriterien für die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von bestimmten Medikamenten aus – hier fehlt oft eine klare Definition.

Schläfrigkeit, Schwindel und Benommenheit werden laut Studien sehr häufig als Ursache eines Autounfalls angenommen [5-7]. Diese Symptome können als Nebenwirkungen im Rahmen einer Behandlung mit Antidepressiva, Benzodiazepinen, Opioiden, Antiepileptika und Cannabinoiden hervorgerufen werden. Vor allem eine Neueinstellung mit Medikamenten, die eine sedierende Wirkung aufweisen, kann zu einer vorübergehenden Fahruntüchtigkeit führen. Es sollte vor allem in der Einstellungsphase, die oft zeitlich variieren kann, auf das Lenken eines Fahrzeuges verzichtet werden.

Studien, die sich mit der Fahrtüchtigkeit unter Medikamenteneinfluss beschäftigt haben, wurden entweder im Simulator oder direkt auf der Straße durchgeführt. Viele davon haben sich auch retrospektiv mit der Unfallhäufigkeit, der Medikamenteneinnahme und möglichen Nebenwirkungen von Medikamenten befasst. Fahreigenschaften wie Slalomfahren, Bremsreaktionszeiten, Geschwindigkeitsanpassung, Entscheidungsfähigkeit, Aufmerksamkeit oder Reaktionszeiten auf verschiedene Stimuli wurden als Messparameter in diesen Studien am häufigsten verwendet. Faktoren wie der Zeitpunkt der Medikamenteneinnahme und die Dosierung haben die Ergebnisse dieser Studien besonders beeinflusst. Niedrigdosierte sedierende Medikamente (z.B. Antidepressiva), die am Vorabend eingenommen wurden, hatten laut Datenlage meistens am nächsten Vormittag wenig Auswirkung auf das Fahrverhalten gezeigt [8].

Die Effekte von Medikamenten auf die Fahreigenschaften bei gesunden Proband*innen und erkrankten Personen waren nicht immer gleich. So zeigte die Einnahme von Mirtazapin bei gesunden Proband*innen eine verringerte Fahrleistung. Bei Patient*innen mit unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen konnte gezeigt werden, dass sich die Fahrleistung nach Einnahme von Antidepressiva oder Antipsychotika verbesserte oder sogar stabilisierte [9]. Einige Studien zeigten auch, dass die Unfallhäufigkeit mit dem Patientenalter und mit der Dauer der Therapie abgenommen hat [10].

3.1. Medizinisches Cannabis und Cannabinoide

Die Verwendung von Marihuana führt im Alltag zu einem deutlich erhöhten Risiko für Verkehrsunfälle. In Studien konnte gezeigt werden, dass bei Verursachern von Verkehrsunfällen eine bis zu fünf-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit eines Nachweises von Marihuana und Alkohol im Serum vorlag [11-13]. Die Anwendung von Marihuana kann die Reaktionszeit verlangsamen, die Beurteilungskraft beeinflussen und psychomotorische Eigenschaften sowie das Konzentrationsvermögen reduzieren. Cannabinoide können die kognitive Leistungsfähigkeit ebenso beeinträchtigen.

Bei der Anwendung in üblichen Dosierungen werden jedoch nicht annähernd so hohe Blutkonzentrationen erreicht, wie bei Verwendung von medizinischen Cannabisblüten. In einem Cochrane Review lag die ‚number needed to harm‘ für Cannabis-Präparate bei 5 bis 8. Die häufigsten Nebenwirkungen waren sedierende Effekte, Benommenheit, Schläfrigkeit, Schwindel, Ataxie, Gedächtnisstörungen und Aufmerksamkeitsdefizite [14]. Laut einer australischen Studie war der negative Einfluss auf die Fahreigenschaften bei Menschen, die gelegentlich THC konsumierten, stärker ausgeprägt [15]. Eine weitere Studie zeigte eine dosisabhängige Einschränkung der Kognition. Es konnten vier Stunden nach Einnahme inhalativer THC-Präparate bei unterschiedlichen neuropathischen Krankheitsbildern im Vergleich zu Placebo keine neuropsychologischen Defizite nachgewiesen werden [16]. Darüber hinaus zeigte die Studie, dass die Einnahme von THC an mindestens 5 Tagen in der Woche zu einer Toleranz bezüglich der Nebenwirkungen führte.

Fazit: Patient*innen, die THC-haltige Produkte einnehmen, sollten insbesondere zu Beginn der Behandlung, bei unregelmäßiger Einnahme sowie in den ersten Stunden nach jeder Dosis das Auto-

fahren vermeiden. Es gab keine Hinweise, dass Cannabidiol (CBD) die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt [15].

3.2. Antidepressiva

Trizyklische Antidepressiva (TCA) sind laut Studien vor allem bei älteren Menschen mit einem erhöhten Unfallrisiko verbunden und verursachen eine Beeinträchtigung der Fahrleistung. Das Unfallrisiko war in den meisten Studien um den Faktor 2 erhöht. Die Einnahme von Amitriptylin mit einer Tagesdosis ≥ 125 mg steigerte das Risiko sogar um das Sechsfache [6, 17, 18].

Vor allem die Akuteffekte sedierender Antidepressiva (Amitriptylin, Imipramin, Doxepin und Mianserin) wirkten sich bei realen Fahrproben mit Gesunden negativ auf das Fahrverhalten aus. Nach einer einwöchigen Einnahme gab es mehrheitlich gegenüber der Placebogruppe keine Unterschiede mehr. Die abendliche Gabe sedierender Antidepressiva (Dothiepin, Mianserin und Mirtazapin) führte am darauffolgenden Morgen zu keiner Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit [8]. Für Duloxetin und SSRI war die Datenlage bezüglich der Fahrleistung nicht eindeutig.

BESONDERS ZU BEACHTEN! TCA und andere Antidepressiva mit sedierender Wirkung können vor allem in der Einstellungsphase das Unfallrisiko erhöhen.

3.3. Opiode

Sämtliche Studien zeigen, dass die Verwendung von Opioiden das Risiko für eine Beteiligung an einem Verkehrsunfall deutlich erhöhen kann. Eine zusätzliche Alkoholeinnahme steigert das Risiko sogar um das 21-fache [19]. In den USA wurde im Jahr 2016 fast jeder zehnte tödlich verunglückte Fahrer positiv auf Opiode getestet [20]. Es gibt jedoch auch Studien, die zeigen, dass Opiode im analgetischen Dosisbereich die Fahrleistung nicht wesentlich beeinflussen [21].

BESONDERS ZU BEACHTEN! Opiode können vor allem in der Einstellungsphase das Unfallrisiko erhöhen.

3.4. Benzodiazepine

Die Anwendung von Benzodiazepinen und Schlafmitteln, die auf ähnlicher Basis wirken (z.B. Zolpidem), war mit einem signifikanten Anstieg des Risikos für Verkehrsunfälle verbunden. Die Assoziation war bei jüngeren Fahrern ausgeprägter. Darüber hinaus zeigte sich das Unfallrisiko durch den gleichzeitigen Konsum von Alkohol deutlich erhöht. Die Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit korrelierte im Allgemeinen mit der Plasmahalbwertszeit von Hypnotika [10].

Eine systematische Literaturrecherche epidemiologischer Studien, die den Zusammenhang zwischen Benzodiazepin-Konsum und Verkehrsunfällen untersuchten, zeigte das größte Unfallrisiko bei Benzodiazepinen mit langer Halbwertszeit und zunehmender Dosierung. Ein markanter Zusammenhang wurde ebenso in den ersten Anwendungswochen von Benzodiazepinen beobachtet. Die

Aufklärungspflicht

Endpunkte waren wie folgt definiert: Schuld, Verletzung und Unfallschwere [22].

BESONDERS ZU BEACHTEN! Benzodiazepine können – vor allem in Kombination mit Alkohol – das Unfallrisiko deutlich erhöhen.

3.5. Antiepileptika

Gabapentinoide und Carbamazepin führen häufig zu kognitiven Einschränkungen und können somit das Risiko für Verkehrsunfälle erhöhen. Schläfrigkeit, Schwindel und Gangstörung können im Vergleich zu Placebo bei Patient*innen, die Antiepileptika einnehmen, um bis zu 5-fach erhöht sein. In einer schwedischen Studie waren vor allem Patient*innen mit einer Pregabalin-Therapie an Unfällen beteiligt [23].

BESONDERS ZU BEACHTEN! Antiepileptika können vor allem in der Einstellungsphase das Unfallrisiko erhöhen.

3.6. Triptane

Triptane werden in der Migräne-Akuttherapie angewendet. Die Behandlung mit Triptanen kann unter anderem Schläfrigkeit verursachen und dadurch die Fähigkeit zur Bewältigung komplexer Aufgaben einschränken. Somit können in seltenen Fällen Triptane das Lenken eines Fahrzeuges beeinträchtigen.

Sämtliche Medikamente, die in der Kopfschmerzprophylaxe eingesetzt werden, können auch die Fahrtüchtigkeit negativ beeinflussen: Topiramat, Valproat, Flunarazin, Lithium, TCA's können Müdigkeit, Benommenheit und Schwindel hervorrufen.

Die Ergebnisse der diskutierten Studien zeigen, dass psychoaktive Medikamente ein Problem für die Verkehrssicherheit darstellen können. Eine ausführliche Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen von Schmerzmedikamenten und deren Auswirkung auf das Lenken von Fahrzeugen sollte bei allen Patient*innen erfolgen.

4. REDUKTION DER MEDIKATION, BEENDIGUNG EINER LANGZEITTHERAPIE

Neben Therapiebeginn und Einstellungsphase kann besonders auch eine Reduktion der Medikation oder die Beendigung einer Langzeittherapie mit Medikamenten, die eine sedierende Wirkung aufweisen, zentralnervöse Nebenwirkungen auslösen. Diese können zu einer vorübergehenden Fahruntüchtigkeit führen. Es ist daher wichtig, Patient*innen bereits bei der Planung und vor Beginn eines solchen Ausschleichprozesses auf dieses mögliche Absatzphänomen aufmerksam zu machen und auf mögliche Gefahren im Straßenverkehr hinzuweisen.

5. ERKRANKUNGEN MIT EINFLUSS AUF DIE TEILNAHME AM STRASSENVERKEHR

Wie bereits erwähnt, können nicht nur Medikamente aufgrund ihrer zentralnervösen Nebenwirkungen die Gefahren einer aktiven Teilnahme am Straßenverkehr erhöhen und die Verkehrssicherheit beeinträchtigen, sondern auch akute Schmerzzustände, psychi-

sche Störungen sowie psychiatrische bzw. neurologische Erkrankungen. Viele darunter leidende Patient*innen sind nur aufgrund einer gut eingestellten Medikamenteneinnahme physisch und psychisch in der Lage, am Straßenverkehr teilzunehmen.

Im Rahmen des ärztlichen Aufklärungsgespräches ist es erforderlich, beide Aspekte zu berücksichtigen und über die jeweiligen Risiken der Erkrankung bzw. der dafür verabreichten Medikation zu informieren.

Es gibt nur wenige Erkrankungen und Zustände, die mit einem grundsätzlichen Fahrverbot belegt sind, zum Beispiel: Alkohol und Drogeneinfluss, direkt nach einer Narkose oder nach einer Augenuntersuchung mit Erweiterung der Pupille, neue Verordnung von Opiaten, Symptomatik in Ruhe (Herzinsuffizienz, COPD etc.), akute Psychose oder Suizidalität.

6. ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNGSPFLICHT

Vor Beginn einer Therapie mit Medikamenten, die zentralnervöse Nebenwirkungen haben können (zum Beispiel Opioid-Analgetika), müssen Ärzt*innen ihrer Aufklärungspflicht gegenüber ihren Patient*innen nachkommen. Dies gehört zu den kommunikativen Pflichten der Ärzt*innen.

6.1. Medizinische Aspekte

Wenn es bei der Einnahme von Medikamenten zu zentralnervösen Nebenwirkungen und in der Folge zu Beeinträchtigung kommen kann, muss dies in der Fachinformation bzw. im Beipackzettel ausgewiesen sein. Die darin festgeschriebenen Vorgaben müssen von den Patient*innen eingehalten werden. Darauf soll im Aufklärungsgespräch hingewiesen werden.

Ein solcher Hinweis auf den Beipacktext reicht aber nicht aus, um der ärztlichen Aufklärungspflicht nachzukommen. Diese umfasst neben dem Hinweis auf Wirkungen und (auch seltene) Nebenwirkungen, die erfahrungsgemäß im Alltag von Relevanz sind, auch die Erläuterung möglicher sicherheitsrelevanter Beeinträchtigungen aufgrund der Medikation, unter anderem erhöhte Risiken bei einer aktiven Teilnahme am Straßenverkehr. Auf mögliche Wechselwirkungen mit anderen Substanzen, insbesondere mit Alkohol, ist hinzuweisen.

Nebenwirkungen, die trotz Nennung in der Gebrauchsinformation erfahrungsgemäß im Alltag keine Rolle spielen, müssen im Rahmen des ärztlichen Aufklärungsgespräches dann thematisiert werden, wenn der Ärztin/dem Arzt die Bedeutung im konkreten Fall für die/den konkreten Patient*in bekannt ist oder bekannt sein muss (z.B. Schwindel im Fall eines Kranführers).

Liegt eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit vor, so ist die/der behandelnde Ärztin/Arzt verpflichtet darauf hinzuweisen, dass aufgrund zu erwartender Nebenwirkungen ein gefahrloses Lenken eines Kraftfahrzeuges nicht gewährleistet ist. Sinnvoll wäre auch der Hinweis, dass die Inbetriebnahme eines Kraftfahrzeuges daher auch haftungs- und strafrechtlich problematisch ist, wenn es zu einem Unfall kommt. Die Entscheidung bleibt jedoch den aufgeklärten Patient*innen überlassen.

Aus ärztlicher Sicht wird mit einer Verschreibung von Opioiden bzw. anderen zentralnervös negativ beeinträchtigenden Analgeti-

ka von der Fahrzeugführung abgeraten. Diese dringende ärztliche Empfehlung gilt zunächst für den Zeitraum der Einstellungsphase auf das Opioid. Dieser Zeitraum kann erheblichen Schwankungen unterliegen. Bei jeder Dosiskorrektur (Erhöhung, Reduktion) und jedem Wechsel des Opioids muss vom Autofahren abgeraten werden.

Die Fahrzeugführung kann aus ärztlicher Sicht unbedenklich sein, wenn der Therapieverlauf stabil, ein guter Allgemeinzustand gegeben und der Patient auf seine Pflicht zur kritischen Selbstprüfung hingewiesen worden ist. Der Allgemeinzustand ist auch unabhängig von der Opioidtherapie mit in die Beurteilung zur Fahrtüchtigkeit einzubeziehen. Alter, Schwere der Grunderkrankung und frühere Fahr- und Unfallgeschichte der Patient*innen sind bei dieser Entscheidung in Betracht zu ziehen. Ärzt*innen müssen sich auch davon überzeugen, dass die Patient*innen in der Lage sind, ihren Gesundheitszustand und ihr Leistungsvermögen korrekt zu beurteilen [24].

Aus rechtlicher Perspektive ist jede(r) Verkehrsteilnehmer*in für ihre/seine Fahrsicherheit eigenverantwortlich.

Grundsätzlich müssen sich Lenker*innen über Wirkungen einzunehmender Medikamente selbst informieren. Zudem ist jeder Verkehrsteilnehmer verpflichtet, selbstständig und eigenverantwortlich zu prüfen (oder prüfen zu lassen), ob Fahrtüchtigkeit besteht. Die gilt grundsätzlich auch bei jeder Art von Erkrankungen (oder Symptomen) und bei Medikamenteneinnahme.

Verfügt die/der Patient*in nicht mehr über eine ausreichende Entscheidungsfähigkeit (Fähigkeit, die Bedeutung und Folgen ihres Handelns im jeweiligen Zusammenhang zu verstehen, ihren Willen danach zu bestimmen und sich entsprechend zu verhalten), so ist vom Pfllegschaftsgericht ein Vertreter zu bestellen.

Die Aufklärung muss dokumentiert werden. Eine entsprechende Vorlage finden Sie im Anhang dieses Positionspapiers.

6.2. Rechtliche Aspekte

6.2.1. Art und Umfang der Selbstbestimmungsaufklärung

Nach der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs ist für den Umfang der ärztlichen Aufklärung entscheidend, dass die Patient*innen alle für ihre Entscheidung maßgebenden Kriterien erfahren. Der Zweck der Aufklärungspflicht besteht darin, den Patient*innen die Tragweite des Eingriffs zu verdeutlichen, um ihnen ausreichende Entscheidungsgrundlagen für oder gegen die Behandlung zu geben. Nach ständiger Rechtsprechung ist auch die Verschreibung von aggressiven bzw. nicht ungefährlichen Arzneimitteln ein Eingriff in die körperliche Integrität der Patient*innen. Grundsätzlich ist daher über alles aufzuklären, was für die Entscheidung der Patient*innen erforderlich ist. Grundlage für eine Haftung der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhausträgers wegen einer Verletzung der Aufklärungspflicht ist somit in erster Linie das Selbstbestimmungsrecht der Patient*innen, in deren körperliche Integrität durch den ärztlichen Eingriff eingegriffen wird. Um den Patient*innen eine freie (selbstbestimmte) Entscheidung zu ermöglichen, sind sie über den ärztlichen Befund, die Art, Tragweite, Dringlichkeit, den voraussichtlichen Verlauf und die notwendigen Folgen der geplanten Diagnose- oder Therapiemaßnahme in

Kenntnis zu setzen. Die Diagnose- und Verlaufsaufklärung schließt auch eine Erörterung der Folgen mit ein, die im Falle der Nichtbehandlung zu erwarten sind.

Die ärztliche Aufklärungspflicht reicht umso weiter, je weniger der Eingriff aus der Sicht einer/eines vernünftigen Patient*in vorzudringlich oder gar geboten ist. Dann ist die ärztliche Aufklärungspflicht im Einzelfall selbst dann zu bejahen, wenn erhebliche nachteilige Folgen wenig wahrscheinlich sind. Neben Diagnose, Verlauf und Risiken sind die Patient*innen auch über mögliche Behandlungsalternativen und deren Vor- und Nachteile zu informieren.

6.2.2. Sorgfaltspflicht der Patient*innen: Fahrtüchtigkeit – Mitverschulden

In einer Entscheidung 2017 ging es um die Einschätzung der Fahrtüchtigkeit einer Patientin. Der OGH hielt allgemein fest, dass (potenziellen) Fahrzeuglenker*innen, die Medikamente einnehmen, zunächst nur die Pflicht trifft, die für sie bestimmten Gebrauchsinformationen in den Beipackzetteln zu lesen, nicht aber auch die Fachinformationen im Internet. Ergeben sich aus den Gebrauchsinformationen Hinweise auf eine mögliche Einschränkung der Fahrtüchtigkeit, obliege es ihr/ihm, Erkundigungen beim Arzt oder beim Apotheker einzuholen, sofern nicht ohnedies bereits eine ärztliche Aufklärung erfolgte. Sind solche Erkundigungen nicht möglich, hänge es von den Umständen des Einzelfalls ab, welche sonstigen konkreten Bemühungen er allenfalls unternehmen muss. Im Zweifel habe sie/er das Lenken eines Fahrzeugs zu unterlassen. Zum konkreten Fall führte der Oberste Gerichtshof aus, dass ein(e) verantwortungsbewusste(r) Kraftfahrer*in jedenfalls die Gebrauchsinformationen gelesen hätte. Da die Patientin die Gebrauchsinformationen aber nicht gelesen hat, wäre es ihr umso eher obliegen, sich aktiv um eine ärztliche Information über die eigene Fahrtüchtigkeit und allfällige Sicherheitsrisiken beim Lenken eines Kraftfahrzeugs zu bemühen. Sowohl die voranschreitende Krankheit (Morbus Parkinson) als auch die möglichen Wechselwirkungen einer Vielzahl von Medikamenten, die für die Patientin nicht einschätzbar sein konnten, hätten ein klärendes Gespräch erfordert. Der Oberste Gerichtshof kam daher zum Schluss, dass die Patientin die gebotenen Maßnahmen zur Abklärung ihrer Fahrtüchtigkeit unterlassen hat.

6.2.3. Verschwiegenheitspflicht

Nach § 54/Abs 2/Z 4 ÄrzteG 1998 besteht die Verschwiegenheitspflicht der Ärztin/des Arztes nicht, wenn „die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt zum Schutz höherwertiger Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege unbedingt erforderlich ist“. Das Vorliegen höherwertiger Interessen kann eine Durchbrechung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht im Einzelfall rechtfertigen.

Auch das Interesse dritter Personen an ihrer eigenen Gesundheit muss den von §54/Abs 2/Z 4 ÄrzteG 1998 genannten Bereichen zumindest gleichgesetzt werden, zumal es dabei um Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege im weiteren Sinn geht.

Aufklärungspflicht

Verschwiegenheitspflicht: Das Interesse der Patientin/des Patienten an der Geheimhaltung des Befunds und jenes, dritter Personen, als Verkehrsteilnehmer*innen nicht durch die Fahrtauglichkeit geschädigt zu werden, sind einander gegenüberzustellen. Dies bedeutet nicht generell, dass bei jedem Verdacht auf eine krankheitsbedingte Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit die Führerscheinbehörde informiert werden darf, weiters kommt es auch darauf an, wie groß die Gefahr ist, dass es krankheitsbedingt zu einem Unfall kommt.

In der letzten einschlägigen Entscheidung des OGH wurde aufgrund höherwertiger Interessen der Allgemeinheit eine Durchbrechung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht bejaht: Rettungsfahrer, uneinsichtiges und aufbrausendes Verhalten; Verweigerung der Untersuchung; Vorverurteilung.

6.3. Dokumentation der ärztlichen Aufklärung

Die ärztliche Aufklärung muss durch entsprechende Eintragung in der Krankengeschichte dokumentiert werden. Um alle typischen Risiken abzudecken, ist auch die Verwendung von schriftlichen Aufklärungsbögen als Grundlage des Gespräches empfehlenswert.

6.4. Tests zur Verkehrstauglichkeit

Wie bereits oben erwähnt, steht die persönliche Einschätzung der Patientin/des Patienten bezüglich einer Fahrtauglichkeit im Vordergrund.

Patient*innen, die im ärztlichen Aufklärungsgespräch den Eindruck erwecken, zu einer solchen Selbsteinschätzung nicht fähig zu sein, sollte angeraten werden, eine Fahrtauglichkeitsprüfung zu machen.

Testverfahren bei Führerscheinuntersuchungen sind [25]:

- Gedächtnis: Grünberger Verbalgedächtnistest (verbale Merkfähigkeit); Benton Test (visuelle Merkfähigkeit); Wechsler Memory Scale (verbale Merkfähigkeit)
 - Intelligenz: MWT-B (prämorbid Intelligenz); KAI (aktuelle Intelligenz); WMT (nonverbale / aktuelle Intelligenz)
 - Psychomotorische Leistungsfähigkeit: Aufmerksamkeitsbelastungstest d2
 - Reaktionszeiten: Wiener Determinationsgerät: Schmerz-Müdigkeits-Angstintensität anhand einer VAS; Karnofsky-Index; Viewpoint-System Blickanalysen
 - Subjektive Befindlichkeit modifizierter Fragebogen nach Zerssen
 - Opioid-Nebenwirkungen: Juckreiz, Übelkeit, Obstipation; Respiratorische und hämodynamische Parameter, Pupillengröße
- Die Einschätzung über die Fahrtauglichkeit kann im Einzelfall nur selten auf Grundlage einer Kurzuntersuchung fundiert erfolgen. Ergeben sich im Gespräch jedoch Hinweise auf ein relevantes Gefahrenpotenzial, ist eine ausführliche verkehrspsychologische Untersuchung vorzuschlagen. Angeordnet kann diese im Verdachtsfall jedoch nur durch den Amtsarzt werden. Es handelt sich dabei um ein zwei bis dreistündiges Testverfahren durch eine(n) Verkehrspsycholog*in.

Literatur

1. Oppitz F. Kasuistik interaktiv: Bewusstlos nach Koloskopie, ein neurologischer Notfall? Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie. 2010;45(7):464-8.
2. Laux G. Psychische Erkrankungen und Verkehrssicherheit. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. 2020;21(3):118-27.
3. Driver & Vehicle Licensing Agency. Assessing Fitness to Drive: A Guide for Medical Professionals. Department for Transport, London, 2016.
4. Austroad. Assessing Fitness to Drive for Commercial and Private Vehicle Drivers. Austroad Ltd, Sydney, 2016.
5. Schreier DR, Banks C, Mathis J. Driving simulators in the clinical assessment of fitness to drive in sleepy individuals: A systematic review. Sleep Med. Rev. 2018;38:86-100.
6. Dassanayake T, Michie P, Carter G, Jones A. Effects of benzodiazepines, antidepressants and opioids on driving: A systematic review and meta-analysis of epidemiological and experimental evidence. Drug Saf. 2011;34:125-56.
7. Chang CM, Wu EC, Chen CY et al. Psychotropic drugs and risk of motor vehicle accidents: A population-based case-control study. Br. J. Clin. Pharmacol. 2013;75:1125-33.
8. Ramaekers JG. Antidepressants and driver impairment: empirical evidence from a standard on-the-road test. J Clin Psych. 2003;64:20-9.
9. Brunnauer A et al. Driving Performance Under Treatment of Most Frequently Prescribed Drugs for Mental Disorders: A Systematic Review of Patient Studies. Int J Neuropsychopharmacol. 2021;24:679-93.
10. Barbone F et al. Association of road traffic accidents with benzodiazepin use. Lancet. 1998;352:1331-6.
11. Chihuri S et al. Direct and indirect effects of marijuana use on the risk of fatal 2-vehicle crash initiation. Injury Epidemiology. 2020;7:49.
12. Chihuri S, Li G, Chen Q. Interaction of marijuana and alcohol on fatal motor vehicle crash risk: a case-control study. Inj Epidemiol. 2017;4:8.
13. Leggett T. A review of the world cannabis situation. Bull Narc. 2006;58:1-155.
14. Petzke F et al. Efficacy, tolerability and safety of cannabinoids for chronic neuropathic pain: A systematic review of randomized controlled studies. Schmerz. 2016;30:62-88.
15. Arkell TR et al. Medical cannabis and driving. Aust J Gen Pract. 2021;50:357-62.
16. Eadie L et al. Duration of Neurocognitive Impairment With Medical Cannabis Use: A Scoping Review. Front Psychiatry. 2021;12:638962.
17. Ray AW et al. Psychoactive drugs and the risk of injurious motor vehicle crashes in elderly drivers. Am J Epidemiol. 1992;136:873-83.
18. Leveille SG et al. Psychoactive medications and injurious motor vehicle collisions involving older drivers. Epidemiology. 1994;5:591-8.
19. Li G, Chihuri S. Prescription opioids, alcohol and fatal motor vehicle crashes: a population-based case-control study. Injury Epidemiology. 2019;6:11.
20. Chihuri S, Li G. Trends in prescription opioids detected in fatally injured drivers in 6 US states: 1995–2015. Am J Public Health. 2017;107(9):1487-92.
21. Strand MC et al. A clinical trial on the acute effects of methadone and buprenorphine on actual driving and cognitive function of healthy volunteers. Br J Clin Pharmacol. 2019;85:442-53.
22. Smink BE et al. The relationship between benzodiazepine use and traffic accidents: A systematic literature use. CNS Drugs. 2010;24:639-53.
23. Molero Y et al. Associations between gabapentinoids and suicidal behaviour, unintentional overdoses, injuries, road traffic incidents, and violent crime: population based cohort study in Sweden. BMJ. 2019;365:2147.
24. Strumpf M, Willweber-Strumpf A, Herberg KW et al. Sicherheitsrelevante Leistungsfähigkeit von Schmerzpatienten unter Langzeitopioidtherapie. Der Schmerz. 2005;19:426-33.
25. Larsen B, Otto H et al. Aufmerksamkeitsbelastung und Reaktionszeiten unter Opioiddauertherapie. Anästhesist. 1999;48:613–624.
26. AWMF S3 Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS). Registernummer 145-003; Praxiswerkzeug 3; Informationsblatt – Fahrsicherheit unter Opioiden, Version: 30.09.2019; <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/145-003.html>.

Anhang:

Aufklärungsbogen zur Fahrsicherheit unter Opioiden bzw. Analgetika mit zentralnervösen Nebenwirkungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Beantworten Sie bitte die Eingangsfragen zu Ihrem aktuellen Befinden und lesen Sie dieses Blatt genau durch. Im Rahmen des nachfolgenden Aufklärungsgesprächs werden Sie eingehend über typische Risiken informiert.

Fragen zu Ihrem Befinden:

Fühlen Sie sich aufgrund von ...

- Schmerzen
- bestehenden Erkrankungen
(welche Erkrankung: _____)
- verordneten Medikamenten
(welche Medikamente: _____)

beeinträchtigt in Ihrer ...

Reaktionsfähigkeit

- Nein Ja _____

Aufmerksamkeit

- Nein Ja _____

Konzentrationsfähigkeit

- Nein Ja _____

motorischen Koordination

- Nein Ja _____

Schlafen Sie mind. 5 Stunden pro Nacht?

- Nein Ja _____

Zu Ihrer Information:

Ihnen wurde das Medikament _____ verordnet.

Es handelt sich dabei um die Substanzgruppe

- Opiode Antikonvulsiva
- Antidepressiva Cannabinoide (THC)

Abgabe und Verwendung eines Opioids/Cannabinoide (THC) wird durch das Suchtmittelgesetz geregelt. Deshalb bitten wir Sie um regelmäßige Kontrollen in der Ambulanz/Ordination (mindestens alle drei Monate), wobei in den ersten drei Monaten die Kontrollen enghmaschiger, d.h. 14-tägig bzw. monatlich erfolgen müssen.

Opiode wirken hauptsächlich im zentralen Nervensystem und können Ihre Schmerzen lindern. Opiode haben aber auch Nebenwirkungen, von denen einige die Fahrsicherheit, das heißt die Sicherheit beim Führen eines Kraftfahrzeugs, beeinträchtigen können. So kann es dazu kommen, dass Sie:

- sich müde fühlen,
- langsamer reagieren als sonst,
- Schwierigkeiten haben, sich zu konzentrieren,
- sich schwindlig fühlen oder
- euphorisch.

Diese Nebenwirkungen treten vor allem zu Beginn der Behandlung auf und sind nicht bei allen Patient*innen gleich stark ausgeprägt. Mit der Zeit gewöhnt sich Ihr Körper an die Wirkung des Medikaments und diese Nebenwirkungen gehen in der Regel allmählich zurück. Diese Nebenwirkungen treten sehr wahrscheinlich auch dann auf, wenn die Dosierung verändert wurde.

Wir müssen Sie darauf aufmerksam machen, dass es besonders in der Einstellungsphase zur Einschränkung der Verkehrstüchtigkeit kommen kann. Wir ersuchen Sie in dieser Zeit kein Fahrzeug zu lenken.

Nachdem sich Ihr Körper an das Medikament gewöhnt hat („stabiler Therapieverlauf“) können die Leistungseinschränkungen so weit zurückgehen, dass eine verantwortungsvolle Teilnahme am Straßenverkehr wieder möglich ist. Eine Voraussetzung hierfür ist aber auch, dass Ihr Allgemeinzustand gut ist.

Wir machen Sie weiters darauf aufmerksam, dass ein rasches Absetzen von Opioiden zu Nebenwirkungen, wie z.B. schnelle Atmung, Schweißausbrüchen, Zittern, Unruhe führen kann. Wenn Opiode abgesetzt werden, müssen sie langsam reduziert werden, dann treten weniger Nebenwirkungen auf.

Fragen Sie sich stets, bevor Sie sich ans Steuer setzen: „Bin ich körperlich und geistig so fit, dass ich jetzt sicher Auto fahren kann?“

Diese Verpflichtung zur Selbstüberprüfung gilt für alle Verkehrsteilnehmer, also auch für Radfahrer oder Fußgänger. Sie gilt für alle Personen, auch für die, die keine Medikamente einnehmen und keine chronische Erkrankung haben.

Sie sollten nicht selbst Auto fahren, wenn Sie die oben aufgeführten Nebenwirkungen bei sich feststellen. Dies sollten Sie auch nicht tun, wenn Sie eine erhöhte Tagesschläfrigkeit bei sich beobachten.

Diese kann sich u.a. durch folgende Symptome zeigen:

- Schwierigkeiten, tagsüber wach und aufmerksam zu bleiben,
- ungewolltes Einschlafen am Tage,

Aufklärungspflicht

- unbeabsichtigtes Verlassen der Fahrspur bei längeren Fahrten z.B. auf der Autobahn oder Sekundenschlaf.
- Sprechen Sie bei Anzeichen einer erhöhten Tagesschläfrigkeit unbedingt mit Ihrer/Ihrem behandelnden Ärzt*in!

In folgenden Fällen sollten Sie aus ärztlicher Sicht nicht selbst Auto fahren:	Kenntnisnahme	
	Patient*in	Ärztin/Arzt
zu Beginn der Behandlung mit Opioiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei deutlicher Veränderung der Dosis (Erhöhung, Reduktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Wechsel des Opioids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nach Einnahme eines schnell wirksamen Opioids (z.B. in Tropfenform oder als Tablette ohne verzögerte Freisetzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn Sie Alkohol getrunken haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei schlechterem Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inwieweit die Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt bleibt, kann durch das Kuratorium für Verkehrssicherheit ausgetestet werden.

Wichtig!

Auch Schmerzen und andere Krankheitserscheinungen wirken sich negativ auf die Fahrsicherheit aus! Sollten Sie zusätzlich zu Ihrem Opioid noch weitere Medikamente einnehmen, so ist insbesondere bei Antidepressiva (Medikamente gegen Depressionen), Antiepileptika (Medikamente gegen Krampfanfälle), Sedativa (Beruhigungs- und Schlafmittel) und Cannabinoiden (THC) mit Wechselwirkungen im Sinne einer eingeschränkten Fahrsicherheit zu rechnen. Antidepressiva und Antiepileptika werden dabei häufig

Einverständniserklärung

Ich, _____, habe den obenstehenden Text gelesen und den Inhalt verstanden. Ich hatte Gelegenheit mit einem behandelnden Arzt über die geplante Behandlung zu sprechen und ihn über verbliebene Unklarheiten zu befragen. Ich habe nunmehr keine weiteren Fragen mehr und willige in die Behandlung mit Opioiden ausdrücklich ein.

Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Ärztin/Arzt

Fragen Patient*in: _____

auch wegen ihrer speziellen schmerzlindernden Wirkung verordnet, ohne dass eine Depression oder ein Anfallsleiden vorliegen. Auch andere bei Ihnen vorliegende Erkrankungen, z.B. Augenerkrankungen, können ebenfalls in Kombination mit Medikamenten zu einer Beeinträchtigung der Fahrsicherheit führen.

	Kenntnisnahme	
	Patient*in	Ärztin/Arzt
Mögliche Wechselwirkungen zwischen Opioiden und Begleiterkrankungen sollten Sie in jedem Fall mit Ihrem behandelnden Arzt oder Ärztin besprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir weisen Sie ausdrücklich auf die oben genannte Verpflichtung zur kritischen Selbstprüfung Ihrer Fahrsicherheit vor jedem Fahrtritt hin. Das bedeutet, dass Sie im Falle der Teilnahme am Straßenverkehr selbst die Verantwortung tragen. Kommt es zu einem Verkehrsunfall, dann können Sie, wie alle anderen Verkehrsteilnehmenden auch, für eventuelles Fehlverhalten zur Rechenschaft gezogen werden. Allerdings ist in diesem Fall allein die Tatsache, dass Sie Opioide eingenommen haben, kein schuldhaftes Verhalten. Laut Straßenverkehrsgesetz § 24a (2) handelt zwar ordnungswidrig, wer unter der Wirkung eines berauschenden Mittels, und dazu gehören Opioide, im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug führt. Dies gilt allerdings nicht, wenn die Substanz aus der bestimmungsgemäßen Einnahme eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels herrührt.

Das Führen von Lkw, Bussen oder die gewerbliche Fahrgastbeförderung (Führerscheinklassen C, D und Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung) setzen höhere Leistungen im Vergleich zum Führen eines Privat-Pkw voraus. Bitte halten Sie hier Rücksprache mit dem betriebsärztlichen Fachpersonal.

Quelle: Adaptiert nach: AWMF S3 Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS). [26]