

Arzneimittel und Fahrtüchtigkeit

Medikamente können die Fahrtüchtigkeit eines Patienten aufgrund ihrer therapeutischen Wirkung wie auch durch unerwünschte Nebenwirkungen gefährden. Unser Beitrag informiert über Sicherheitsrisiken von Arzneimitteln im Straßenverkehr. Ärztinnen und Ärzten wird empfohlen, ihre Patienten sorgfältig aufzuklären und dies auch zu dokumentieren.

von Günter Hopf

Bereits vor einigen Jahren haben wir ausführlich über das mögliche Sicherheitsrisiko von Arzneimitteln im Straßenverkehr und die übertrieben erscheinenden offiziellen Warnhinweise berichtet (*Rheinisches Ärzteblatt Februar 2004, Seiten 10 bis 13, unter www.aekno.de verfügbar im Ärzteblatt-Archiv*). Anlässlich einer Diskussion über dieses Problem bei der 50. Sitzung des ADAC-ÄrzteCollegiums nachfolgend einige aktuelle Hinweise.

Übersicht 1 Arzneimittelgruppen mit (möglichem) Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit

Antiasthmatika
Antibiotika
Antidepressiva
Antidiabetika
Antiepileptika
Antihistaminika
Antihypertensiva
Antikoagulantien
Appetitzügler
Barbiturate
Digitalis-Glykoside
Grippemittel
Muskelrelaxantien
Narkotika
Neuroleptika
Nicht-steroidale Antiphlogistika
Ophthalmika
Opiate/Opiode
Sedativa/Hypnotika
Stimulantien
„traditionelle“ Arzneimittel wie Klosterfrau Melissengeist mit 79 Vol% Ethanol
Tranquilizer

Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen einer möglichen Verkehrsfähigkeit bei erstmaliger oder einmaliger Gabe eines Arzneimittels und bei Dauergebrauch, zwischen Gefährdungen aufgrund der therapeutischen Wirkung und aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen.

Erstmalige oder einmalige Anwendung

Bei erstmaliger Anwendung sollte ein verordnender Arzt die Hinweise in den Fachinformationen des Herstellers beachten, auch wenn diese häufig nur aus produkthaftungsrechtlichen Gründen erfolgen und vielfach unklar bleiben (zum Beispiel „nicht bekannt“, „vernachlässigbarer Einfluss“, „nicht untersucht“). Die Sicherheitsaufklärungspflicht des Arztes erfordert einen Hinweis für den Patienten, zum Schutz des verordnenden Arztes bei möglichen Klageverfahren dokumentiert in den Patientenunterlagen (zum Beispiel mit einem Buchstaben wie „V“).

In *Übersicht 1* sind die Arzneimittelgruppen aufgezählt, bei denen eine mögliche Beeinträchtigung bei einer Teilnahme im Straßenverkehr besteht – häufig in Kombination mit einer Einschränkung des Bedienens anderer „Maschinen“. Als Faustregel kann gelten: alle im Zentralen Nervensystem angreifenden (beginnend bei Koffein!) oder auf das Herz-Kreislaufsystem wirkende Arzneistoffe können sich bei erstmaliger Einnahme negativ auf die Fahrtüchtigkeit auswirken.

Dauergebrauch

Hier ist ein differenziertes, individuelles Vorgehen zu empfehlen. In der Regel kann eine verträgliche Dauertherapie Krankheitssymptome ausgleichen und so eine Teilnahme am Straßenverkehr erst ermöglichen. Zwei Beispiele:

- *Antiepileptika: Nach entsprechend langer Anfallsfreiheit (in der EU: 1/2, 1 oder 2 Jahre je nach Land und Art der Anfälle) unter der Therapie ist im Einzelfall zu prüfen, ob der Patient wieder in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug zu steuern.*

- *Opiate: Bei einer von einem erfahrenen Schmerztherapeuten genau titrierten Dauertherapie mit Opiaten ist in Einzelfällen eine Teilnahme am Straßenverkehr wieder möglich (Beispiel eines Patienten mit Phantomschmerzen im Expertengremium).*

Therapeutische Wirkung und Nebenwirkungen

Der Wirkungsmechanismus eines Arzneimittels lässt in der Regel eine Abschätzung zu, ob der Patient am Straßenverkehr teilnehmen kann oder nicht. Zu unterscheiden sind – wie oben erwähnt – erstmalige Gabe und Dauergebrauch, zusätzlich auch die Dosis und die besonderen Eigenschaften des Patienten wie zum Beispiel Körpergewicht, Ernährung, Ausprägung und Art der Grunderkrankung, Komorbidität, Alter und unter Umständen auch genetische Besonderheiten. So wird bei ultraschnellen Metabolisierern Kodein so schnell in Morphin umgewandelt, dass bei stillenden Müttern eine Gefährdung des Neugeborenen eintritt. Ein Patient mit einer derartigen Genmodifikation gefährdet bei Teilnahme am Straßenverkehr nach Kodeineinnahme sich selbst oder andere.

Im Hinblick auf das Auftreten von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) mit Einfluss auf die Verkehrstauglichkeit ist es schwieriger, die Zulässigkeit einer Teilnahme am Straßenverkehr zu beurteilen. Für das Auftreten einer UAW gelten individuelle und situative Besonderheiten stärker als bei therapeutischen Wirkungsmechanismen. Zusätzlich sind UAW generell schwierig zu erkennen, vor allem wenn sie einen Krankheitszustand imitieren oder eine bereits bestehende Erkrankung

Weitere Informationen

Nachfolgend einige Listen und Informationen über Arzneimittel im Straßenverkehr, die als Übersicht hilfreich, im Einzelfall jedoch zu pauschal sein können:

- ABDA, Leitfaden „Arzneimittel und Straßenverkehr“, 2. Aufl. 1999, Eschborn
- ADAC, Medikamente im Straßenverkehr, München, 2005
- Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen (bast): Verkehrsteilnahme und -erleben im Straßenverkehr bei Krankheit und Medikamenteneinnahme, M162, 2004
- W. Schubert et al. (Hrsg), Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung, Kommentar, Kirschbaum Verlag Bonn, 2002

kung verschlechtern (so genannte paradoxe UAW). In *Übersicht 2* wurde versucht, anhand von Beispielen einige UAW nach dem Grad ihres Gefährdungspotentials für den Straßenverkehr zu typisieren.

Missbrauch, Sucht und Drogen

Die obigen Ausführungen gelten für den bestimmungsgemäßen Gebrauch von Arzneimitteln. Eine Teilnahme am Straßenverkehr ist verboten bei

- *Arzneimittelmissbrauch und Arzneimittelsucht*
- *gleichzeitigem Alkoholkonsum (vor allem mit ZNS-wirksamen Arzneimitteln)*
- *gleichzeitiger Einnahme von Drogen wie Cannabisprodukten, Amphetaminen, Kokain, Heroin, LSD oder Rauschpilzen*

Da die Nachweismethoden für diese Stoffe sehr empfindlich sind und es derzeit keine unteren Grenzwerte für diese Stoffe im Hinblick auf die Fahruntüchtigkeit gibt (bei Cannabis in Diskussion), empfiehlt sich bei Verdacht auf Drogensucht eine vorbeugende Beratung. Das Strafmaß (Bußgeld bei folgenloser Drogenfahrt, Freiheitsstrafe, Geldstrafe und

Führerscheinentzug bei einer Gefährdung des Straßenverkehrs) kann erheblich sein.

Beispiele für die Empfindlichkeit der modernen Nachweismethoden: Ein Cannabisjoint am Abend erzeugt am Morgen noch relevante Blutkonzentrationen von Tetrahydrocannabinol; Ecstasy auf einer Samstagabendparty führt zum Nachweis von MDMA noch am Montagmorgen.

Pflicht zur Sicherungsaufklärung

Grundsätzlich muss ein Teilnehmer am Straßenverkehr selbst Vorsorge treffen, durch vorliegende körperliche oder geistige Mängel andere Verkehrsteilnehmer nicht zu gefährden (§§ 1 und 3 StVO). Das vermindert aber nicht die Pflicht zur Sicherungsaufklärung des Arztes. Aus juristischer Ansicht muss ein Arzt in entsprechenden Fällen von sich aus den Patienten befragen, ob er gegenwärtig ein Kraftfahrzeug führt [1]. Bei uneinsichtigen Patienten kann sogar die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht nach den Grundsätzen des rechtfertigenden Notstandes gerechtfertigt sein. Diese Rechtsauffassung wurde 2007 bestätigt [2].

Übersicht 3

Hinweise für ärztliche Fragen und Empfehlungen an Verkehrsteilnehmer

- alle eingenommenen Arzneimittel berücksichtigen (Verordnungen mitbehandelnder Ärzte, aber auch freiverkäufliche!)
- auf Warnungen in der Packungsbeilage hinweisen (vor allem bei Ersteinnahme)
- Dosierungen vorgeben und vor Überdosierung warnen
- auf Langzeitwirkungen aufmerksam machen (Hang-over-Effekte am Morgen)
- verschreibungspflichtige Arzneimittel nie auf Empfehlungen von Freunden einnehmen
- eigenverantwortliche Einschätzung des Fahrvermögens vor Antritt und während einer Fahrt (regelmäßige Pausen bei langen Autofahrten)

Etwas relativiert werden diese juristischen Hinweise dadurch, dass entsprechend einer nicht repräsentativen Umfrage bei Staatsanwaltschaften, Gerichten, Polizeidienststellen, der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, Gerichtsmedizinern und anderen Gutachtern keine oder nur wenige Fälle bekannt sind, in denen Medikamente bei bestimmungsgemäßem Gebrauch allein als mitursächlich für Verkehrsvergehen betrachtet wurden.

Häufiger sind Fälle mit Kombinationen von Arzneimitteln mit Alkohol oder Drogen, strafbestimmend war dabei jedoch der letztgenannte Gebrauch. Dies wird Anwälte nicht hindern, bei Verkehrsverstößen vor Gericht auf Strafmilderung für ihren Mandanten wegen angeblichen Fehlens einer entsprechenden Medikamentenaufklärung des Arztes zu plädieren oder gar ein Mitverschulden des Arztes anzunehmen. Daher gilt: Vorbeugen durch Aufklärung und deren Dokumentation ist hilfreich.

1. H. Weltrich, Zur Sicherheitsaufklärung des Arztes bei behandlungsbedingter Fahrunsicherheit, Rhein. Ärztebl. 1997; (12): 17
2. H.D. Laum, Patienten auf Fahrunsicherheit hinweisen, Rhein. Ärztebl. 2007; (8): 15
3. T. Sorgenfrei et al., Psychogene Wirkungen von Antiinfektiva, AVP 2008; 35: 14
4. W. Eisenmenger, Protokoll der 50. Sitzung des ADAC-ÄrzteCollegiums, München, 2007

Dr. med. Günter Hopf ist Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie. Er leitet die Arzneimittelberatung der Ärztekammer Nordrhein.

Übersicht 2

Typisierung von UAW nach dem Grad der möglichen Gefährdung im Straßenverkehr und dem Grad Erkennbarkeit durch den Patienten (von A nach D zunehmendes Gefährdungspotential)

A UAW aufgrund des therapeutischen Wirkungsmechanismus, grundsätzlich bekannt, zum Beispiel:

- Müdigkeit und Aufmerksamkeitsstörungen insbesondere unter Benzodiazepinen und ihren Derivaten, aber auch unter allen Psychopharmaka mit sedierenden Eigenschaften,
- Sehstörungen unter diagnostischer oder therapeutischer lokaler Anwendung von Ophthalmika,
- Müdigkeit unter Antihistaminika (gilt grundsätzlich auch bei den so genannten nicht sedierenden Antihistaminika) und Grippemitteln.

B Mit der therapeutischen Wirkung nicht verbundene, oft selten und akut eintretend, grundsätzlich aber bekannte UAW, zum Beispiel:

- anaphylaktische systemische Reaktionen nach zum Beispiel Diclofenac i.v. oder Hyposensibilisierungslösungen.

C Von Patienten nicht oder schwer erkennbare oder einschätzbare UAW, zum Beispiel

- Amnesien unter kurzwirksamen Benzodiazepinen,
- Psychosen oder andere Wesensveränderungen unter Psychopharmaka, bekannt auch unter Antiinfektiva [3],
- Suizidgedanken, zum Teil auch durchgeführte Suizide unter Gyrasehemmern,
- schleichender Verlust kognitiver Fähigkeiten bei Arzneimittel mit anticholinergen UAW, insbesondere bei Älteren (Vertreter von vielen Arzneimittelgruppen wie Antiemetika, Bronchodilatoren, Glukokortikoide) [4].

D UAW aufgrund von Interaktionen

- Bei Multimedikation ist oft nicht absehbar, ob die Fahrtüchtigkeit durch Wechselwirkungen beeinträchtigt sein kann. Die Anzahl möglicher Wechselwirkungen steigt exponentiell mit der Anzahl der eingenommenen Arzneimittel. Eine exponentiell ansteigende Gefährdung kann insbesondere für eine Kombination von Arzneimitteln gelten, bei denen entsprechende Warnhinweise bei Teilnahme am Straßenverkehr bekannt sind (vergleiche die Kombination von psychotropen Arzneistoffen mit Äthylalkohol, auch mit freiverkäuflichen ethanolhaltigen Arzneimitteln wie Tonika oder Herzweine).