

Stefan Middeldorf

Fahrtauglichkeit unter Schmerzmedikamenten

Zusammenfassung:

Der Paragraph 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) definiert den maßgeblichen Anteil der Verantwortlichkeit für jeden Fahrzeugführer: Wer sich nicht sicher im Verkehr bewegen kann und eine Gefährdung für sich oder andere darstellt, muss auf das Führen eines Kraftfahrzeuges verzichten. Hierbei wird die Einnahme von Medikamenten nicht anders zu bewerten sein, als Symptome, die durch einen schweren grippalen Infekt oder eine Magen-Darm-Störung hervorgerufen werden. Die Beurteilung dauerhaft medikamentös mit Schmerzmitteln behandelter Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer hinsichtlich des Vermögens einer sicheren Teilnahme am Straßenverkehr ist komplex und bedarf unter Einschluss grundsätzlicher Überlegungen im Regelfall zudem eine einzelfallorientierte Betrachtung und ggf. auch Begutachtung. Dabei können die typischen unerwünschten Wirkungen der meisten Schmerzmedikamente, insbesondere WHO II und III, potenziell und in der Regel nur temporär, ebendiese Fahreignung in Frage stellen, auf der anderen Seite kann die Einnahme von Schmerzmitteln die Teilnahme am Straßenverkehr erst ermöglichen. Die Fahrtüchtigkeit kann insbesondere beeinträchtigt sein bei Eindosierung, Substanzwechsel, Dosiswechsel, Ergänzung von Komedikation und auch bei Absetzen von Substanzen. Hier kann eine Dauer von 2 Wochen für den Verzicht, ein Kraftfahrzeug zu führen, als sinnvoll angesehen werden. Der Anspruch an Sicherheit ist bei der Fahrerlaubnisgruppe 2 (Berufskraftfahrer, Busfahrer, Fahrgastbeförderung) nochmals höher anzusetzen. Ein hohes Maß an charakterlicher Eignung wird in diesem Zusammenhang von der Verkehrsteilnehmerin/dem Verkehrsteilnehmer gefordert. Richtungsweisende Publikationen existieren hierzu aus der Feder der Arbeitsgruppe Beurteilungskriterien der Deutschen Gesellschaft für Verkehrspsychologie (DGVP).

Schlüsselwörter:

Fahrtauglichkeit, Medikamente, Schmerz

Zitierweise:

Middeldorf S: Fahrtauglichkeit unter Schmerzmedikamenten
OUP 2023; 12: 223–230
DOI 10.53180/oup.2023.0223-0230

Einleitung

Dem Thema Fahrtauglichkeit unter Medikamenten wollen wir uns zunächst historisch nähern, und dies zum einen bei der Betrachtung der Entwicklung von Kraftfahrzeugen und deren Einsatz, darüber hinaus bezugnehmend auf den Einfluss von Genussmitteln und Drogen, die vermutlich schon immer den Straßenverkehr, auch schon zu Zeiten von Pferden und Kutschen als Fortbewegungsmittel, beeinflusst haben.

Der Autopionier Karl Benz (1844–1929) hatte als erster Deutscher 1888 eine Fahrerlaubnis. Dass es mit

dem Führen eines Fahrzeugs nicht ganz einfach war, zeigt die Gründung der ersten deutschen Autolenkerschule 1904 in Aschaffenburg. Zugelassen waren Männer ab 17 Jahren, das Motto war: „Wider das unbesonnene Lenken“.

Natürlich gab es auch Versuche, die Gefährdungen, die der Straßenverkehr in sich trug, zu minimieren. Beispiel hierfür ist der sog. Red Flag Act von 1865–1896 zur Vermeidung von Unfällen mit Dampfwagen in Großbritannien, diese durften maximal 4 mph (Meilen pro Stunde), entsprechend 6,4 km/h fahren, innerorts so-

gar nur 2 mph. Zwei Personen hatten das Fahrzeug zu führen, vorangehen musste ein Fahnenträger mit einer roten Flagge. Trotzdem starben im Jahre 1875 in Großbritannien 1589 Menschen in der Folge von Straßenverkehrsunfällen mit Dampfwagen und Lokomotiven.

Nun zeigen die Statistiken erfreulicherweise einen kontinuierlichen Rückgang von Getöteten und Verletzten im Straßenverkehr, was natürlich auch der zunehmenden Qualität und Vorhandensein von sicherheitsrelevanten Bauteilen zuzuschreiben ist, ebenso einen deutlichen Rückgang

Fitness to drive under pain medication

Summary: Paragraph 2 of the Driving License Ordinance (FeV) defines the relevant share of responsibility for every vehicle driver: Those who cannot move safely in traffic and pose a risk to themselves or others must refrain from driving a motor vehicle. The taking of medication should not be assessed differently from symptoms caused by a severe flu-like infection or gastrointestinal disorder. The assessment of drivers who have been treated with painkillers on a long-term basis with regard to their ability to safely participate in road traffic is complex and, including fundamental considerations, generally also requires a case-by-case approach and, if necessary, an assessment. The typical undesirable effects of most pain medication, especially WHO II and III, can potentially and usually only temporarily put this fitness to drive into question. On the other hand, taking painkillers can make driving possible in the first place. The ability to drive can be impaired in particular when dosing, changing substances, changing doses, supplementing co-medication and also discontinuing substances. A period of 2 weeks for not driving a motor vehicle can be considered useful here. The requirement for safety is to be set even higher for driving license group 2, professional drivers, bus drivers, passenger transport. In this context, road users are required to have a high level of character aptitude. There are trend-setting publications penned by the assessment criteria working group of the German Society for Traffic Psychology (DGVP).

Keywords: Fitness to drive, pain, medication

Citation: Middeldorf S: Fitness to drive under pain medication
 OUP 2023; 12: 223–230. DOI 10.53180/oup.2023.0223-0230

von Verkehrsunfällen unter Alkoholenuss.

Lassen Sie uns auch einen kurzen Blick auf Tempolimits lenken. So galt für das Jahr 1939 in Deutschland, dass PKW innerorts 60 km/h fahren durften, außerorts 10 km/h. 1953 wurden sämtliche Höchstgeschwindigkeiten aufgehoben, 1957 galt 50 km/h innerorts. Bis Anfang der siebziger Jahre galt außerhalb geschlossener Ortschaften auf für alle Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer zugänglichen Straßen, dass mit beliebiger Geschwindigkeit gefahren werden durfte; zu einer Reduktion der Tempi führten im Weiteren Treibstoffeinsparungen und die Einführung von Richtgeschwindigkeiten. Der amerikanische Fahrzeughersteller Tucker führte 1948 den Zweipunktgurt ein, in Anlehnung an Gurtsysteme aus den Flugzeugen, 1959 wurde der Dreipunktgurt bei Volvo eingeführt, der Volvo PV 544 war der erste PKW mit serienmäßigem Dreipunktgurt. Es stimmt übrigens nicht, dass es den Airbag zuerst in der Mercedes S-Klasse W 126 gab, sondern im 1974 Oldsmobil-Tornado, somit in den USA.

Auf der anderen Seite ist die Geschichte der Menschheit offensichtlich auch eng verwoben mit dem Ein-

satz von Drogen und Genussmitteln. Es gibt heute Hinweise aus der Wissenschaft, dass das Sesshaftwerden der Menschheit vor etwa 12.000 Jahren etwas mit dem Anbau von Getreide zu tun haben könnte, was im Weiteren die Produktion von Gegorenem und Alkohol ermöglichte.

Das allgegenwärtige Opium, auch Mohnsaft genannt, wird und wurde durch Anritzen unreifer Samenkapseln des Schlafmohns und dessen Trocknung gewonnen. Bereits in der Antike und im Mittelalter wurde Opium als Schmerzmittel und Bestandteil von Theriac und von Schlafschwämmen eingesetzt. Den Gebrauch schmerzstillender Pflanzen kannten Ägypter, Inder, Perser und Chinesen. Auch die Indianer setzten den Tabak als Narkotikum ein, die Inka setzten Coca-Extrakte zur Analgesie ein und um sich zu berauschen. Der immer wieder in diesem Zusammenhang auch beschriebene Schlafschwamm, lateinisch spongium somniferum, beinhaltete neben dem bereits genannten Opium auch Alraunen-, Bilsenkraut- und Schierlingsauszüge als getränkter Badeschwamm. Die Herstellung erfolgte durch Vollsaugen des Schwamms mit den alkaloidhaltigen Presssäften dieser Drogen, man trock-

nete den Schwamm an der Sonne oder an einem warmen Ort. Vor der Operation wurde der trockene Schwamm dann in warmes Wasser gelegt, bis er vollgesogen war. Er konnte mehrfach verwendet werden.

Auch das heute als hochschädliche Droge bekannte Crystal Meth gab es schon vor dem 2. Weltkrieg als Stimulanz für Psyche und Kreislauf unter der Bezeichnung Pervitin. Es verbirgt sich hier als Substanz Methamphetamin, die noch in den vierziger Jahren des vorigen Jahrhunderts erschöpften Hausfrauen in Pralinen gereicht wurde oder auch als sogenannte Panzerschokolade.

In der Zusammenschau also eine unheilsame Melange aus dem Wunsch, möglich schnell von A nach B zu kommen, dabei aber offensichtlich ubiquitär vorhandene psychotrope Substanzen.

Verkehrstüchtigkeit – Fahrtüchtigkeit – Fahreignung

Zunächst zu einer Begriffsklärung. Unter Fahrtauglichkeit versteht man die generelle geistige, körperliche und charakteristische Eignung zum sicheren Führen eines Kraftfahrzeuges. Nur, weil die genannten Voraussetzungen

einmal vorgelegen haben, muss das nicht dauerhaft der Fall sein. Um im Straßenverkehr ein Fahrzeug zu führen bzw. die Fahrerlaubnis zu besitzen, muss eine Person als fahrtauglich gelten. Das bedeutet, dass die Wahrnehmung, das Reaktionsvermögen und die Aufmerksamkeit nicht durch psychische oder physische Beeinträchtigungen eingeschränkt sein dürfen, somit auch nicht durch unerwünschte Wirkungen von Medikamenten.

Die Verkehrstüchtigkeit (auch Fahrtüchtigkeit, Fahrvermögen, Fahrtauglichkeit, Verkehrstauglichkeit) bezeichnet die Eignung zu einer sicheren Fortbewegung in räumlichen Dimensionen. Fahreignung hingegen umfasst körperliche, geistige und charakterähnliche Eignung von Kraftfahrzeugführerinnen und -führern. Dabei handelt es sich hierbei um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Nach Erteilung der Fahrerlaubnis setzt man die Fahreignung als gegeben voraus. Ist sie jedoch aus medizinischen oder anderen Gründen, z.B. der individuellen Verkehrsbiografie (vorliegende Verkehrsdelikte) nachweislich nicht mehr gegeben, wird die Fahrerlaubnis entzogen. Zur Nacherteilung kann ein Gutachten einer Begutachtungsstelle für Fahreignung (EPU) oder ein verkehrsmedizinisches Gutachten gefordert werden. Zur Frage der Eignung finden sich Hinweise in § 2 Abs. 4 der Straßenverkehrsordnung (StVG): Geeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen ist, wer die notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllt und nicht erheblich oder nicht wiederholt gegen verkehrsrechtliche Vorschriften oder gegen Strafgesetze verstoßen hat.

Medikamente und Straßenverkehr

Zu den wichtigen Medikamentengruppen mit Auswirkung auf die Fahrtüchtigkeit gehören insbesondere zentral wirksame Medikamente. Hierzu gehören:

- Schlaf- und Beruhigungsmittel
- Psychopharmaka, z.B. Antidepressiva
- Neuroleptika
- Antiallergika
- Analgetika
- Psychostimulanzien

Der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln hat in den vergangenen

Jahren zugenommen. Grundsätzlich gilt bei Einnahme die Eigenverantwortung, es kann allerdings die Kaskoversicherung bei selbstverschuldetem Unfall, ganz oder teilweise, leistungsfrei sein, es drohen dann auch strafrechtliche Konsequenzen bis hin zur Entziehung der Fahrerlaubnis.

Für Cannabis im Freizeitbereich liegt der Grenzwert bei 1 ng/ml Tetrahydrocannabinol (THC) im Blutserum. Bei drogenbedingten Ausfallerscheinungen greift § 316 des Strafgesetzbuches (StGB), hier drohen bis zu 1 Jahr Freiheitsstrafe oder Geldstrafe, wenn man nach dem Konsum berauscher Mittel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen. Das gilt dann auch für medizinisches Cannabis. Als besonders ungünstig ist der gleichzeitige Genuss von Alkohol und Medikamenten zu bewerten. Allerdings gibt es auch Patientinnen- und Patientengruppen, die unter Umständen erst durch die Einnahme von Medikamenten ihre Fahrtauglichkeit wiedererlangen können, z.B. Diabetiker, Bluthochdruckkranke und Schmerzpatientinnen und -patienten. Insbesondere bei diesen Personengruppen gilt, dass eine gute medikamentöse Einstellung und regelmäßige ärztliche Kontrollen Grundvoraussetzung zum Führen eines Kraftfahrzeuges sind.

Beipackzettel

Gebrauchsinformationen und Packungsbeilage zu Arzneimitteln, auch Beipackzettel genannt, enthalten für die Patientinnen und Patienten wichtige Informationen, hauptsächlich zum Zweck und zur Anwendung des Arzneimittels, dann natürlich zur Art und Häufigkeit der Nebenwirkungen.

Den Beipackzetteln der am häufigsten eingesetzten Analgetika der Stufe II und III WHO, schwache und starke Opioide, darüber hinaus aber auch der gängiger Co-Analgetika wie z.B. Medikamente zur Behandlung neuropathischer Schmerzen oder auch Antidepressiva, sind nahezu unisono Hinweise dahingehend zu entnehmen, dass Aufmerksamkeit und Reaktionsvermögen beeinträchtigt sein können, dass durch die Einnahme das Bedienen von Maschinen oder elektrischen Werkzeugen ebenso beeinträchtigt sein kann sowie das Führen

von Autos oder anderen Fahrzeugen. Zu häufigen unerwünschten Wirkungen zählen insbesondere Schwindel, Schläfrigkeit, Halluzinationen, Verwirrtheit, Beeinträchtigungen der Orientierung, Müdigkeit, Doppelbildersehen und Trunkenheitsgefühl – sämtlich Zustandsbilder, die mit dem Führen eines Kraftfahrzeugs nicht vereinbar sind.

Ebenso finden sich aber auch Hinweise darauf, dass mit verstärkten Beeinträchtigungen insbesondere bei Behandlungsbeginn, Dosiserhöhung, Präparatewechsel sowie in Zusammenwirken mit Alkohol oder der Einnahme von Beruhigungsmitteln zu rechnen ist.

Auch bei Präparaten der Stufe 1 WHO, z.B. Ibuprofen, ergaben sich Hinweise in Zusammenhang mit die Kognitionen beeinträchtigende unerwünschten Wirkungen. Dies gilt insbesondere für die hochdosierte Einnahme und in Zusammenhang mit dem Genuss von Alkohol. Den Gebrauchsinformationen für Patientinnen und Patienten ist zu entnehmen, dass gelegentlich (bis zu 1 von 100 Behandelten) zentralnervöse Störungen wie Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit, Erregung, Reizbarkeit oder Müdigkeit auftreten können. Fachinformationen formulieren hier überwiegend milder, bei gleichzeitigem Konsum von Alkohol könnten wirkstoffbedingte Nebenwirkungen, insbesondere solche, die den Gastrointestinaltrakt oder das zentrale Nervensystem betreffen, verstärkt werden. Eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit ist auch hier also nicht grundsätzlich auszuschließen.

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung

Die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung [3], zuletzt publiziert am 31.12.2019, online zu finden unter www.bast.de, stellen eine Zusammenstellung eignungs ausschließender oder eignungs einschränkender körperlicher und/oder geistiger Mängel zur Begutachtung der Kraftfahreignung im Einzelfall dar. In ihnen wurden im Laufe der Zeit die Werke „Krankheit und Kraftverkehr“ und „Psychologische Gutachten Kraftfahreignung“ zusammengeführt. Herausgeber ist die Bundesanstalt für Stra-

Abb. 1: DVR Deutscher Verkehrssicherheitsrat: Getötete und Verletzte im Straßenverkehr 1999–2019; www.dvr.de [1]

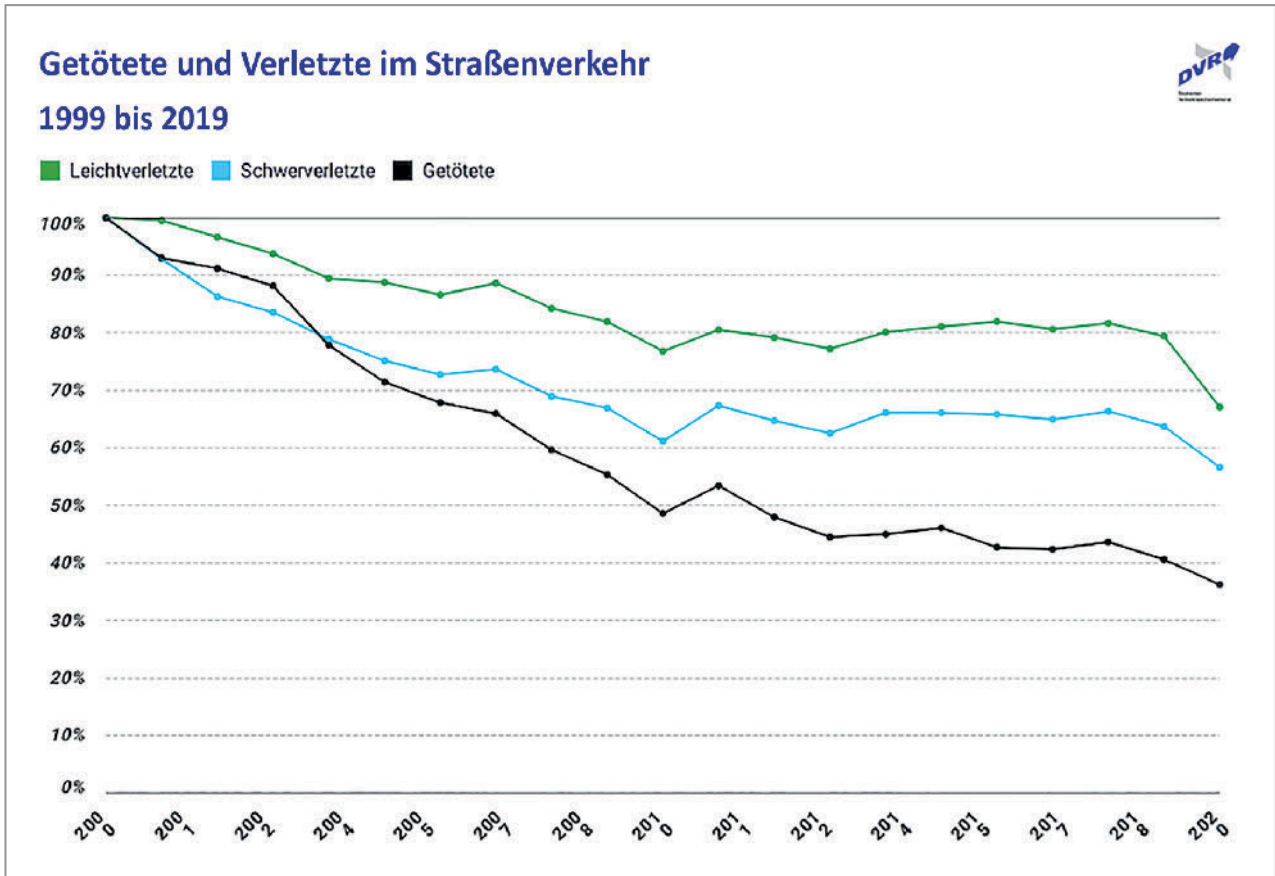


Abbildung 1 Getötete und Verletzte im Straßenverkehr 1999–2019, DVR

ßenwesen (BASt), es geht in erster Linie um die Sicherheit im Straßenverkehr. Die Gutachterin/der Gutachter hat anhand der Leitlinien die Kompensationsfrage zu prüfen auch zu der Frage, ob ein stabiles Leistungsniveau und die Beherrschung von Belastungssituationen nachweislich ist, oder ob ein plötzliches Versagen der Leistungsfähigkeit zu erwarten ist. Bei der Kraftfahreignung wird davon ausgegangen, dass eine Betroffene/ein Betroffener ein Kraftfahrzeug nur dann nicht sicher führen kann, wenn aufgrund des individuellen körperlich-geistigen (psychischen) Zustandes beim Führen eines Kraftfahrzeugs Verkehrsgefährdung zu erwarten ist.

Fahrerlaubnisgruppen

Gruppe 1: Führer von Fahrzeugen der Klassen A, A1, 2, B, BE, AM, L, T (z.B. Mopeds, Kraft- und Leichtkrafträder, land- und forstwirtschaftliche Zugmaschinen, Fahrzeuge bis 3,5 t und Motorräder)

Gruppe 2: Führer von Fahrzeugen der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1,

D1E und die Erlaubnis zur Fahrgastbeförderung (FZF) (z.B. Lastwagen und Busse, Fahrgastbeförderung, Fahrzeuge über 3,5 t)

Ausführlich werden in den genannten Schriften, die in Abständen aktualisiert werden, das Thema Alkoholmissbrauch, Abhängigkeit, Sucht (Abhängigkeit) und Intoxikationszustände, Betäubungsmittel und Arzneimittel, dann auch die Dauerbehandlung mit Arzneimitteln behandelt.

Zu Sucht- und Intoxikationszuständen gelten dahingehende Leitsätze, dass, wer Betäubungsmittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) nimmt oder von ihnen abhängig ist, nicht in der Lage ist, den gestellten Anforderungen dem Führen von Kraftfahrzeugen bei beiden Gruppen gerecht zu werden. Dies gilt nicht, wenn die Substanz aus der bestimmungsgemäßen Einnahme eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels herrührt.

Für die Dauerbehandlung mit Arzneimitteln gilt, dass bei nachgewiesener Intoxikation und anderen

Wirkungen von Arzneimitteln, die die Leistungsfähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs beeinträchtigen, bis zu deren völligem Abklingen, die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen bei beiden Gruppen nicht gegeben ist. Werden Krankheiten und Krankheitssymptome mit höheren Dosen psychoaktiver Mittel behandelt, so können unter Umständen Auswirkungen auf das sichere Führen von Kraftfahrzeugen erwartet werden und zwar unabhängig davon, ob das Grundleiden sich noch auf die Anpassungs- und Leistungsfähigkeit eines Betroffenen auswirkt oder nicht [4].

Die Beurteilung der Anpassungs- und Leistungsfähigkeit einer KraftfahrerIn/eines Kraftfahrers an die Erfordernisse beim Führen eines Kraftfahrzeugs muss in jedem Falle sehr differenziert gesehen werden. Vor allem ist zu beachten, dass eine ganze Reihe von Erkrankungen, die von sich aus die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen ausschließen können, durch Arzneimittelbehandlung

23 Prozent der erwachsenen Bundesbürger nehmen dauerhaft 3 oder mehr Medikamente ein

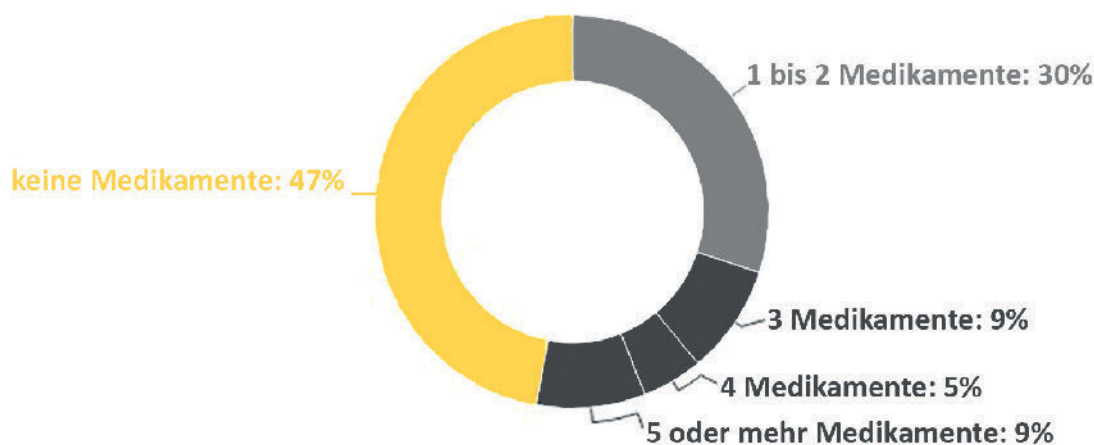


Abb. 2: Forsa-Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH, Erhebung 2015, ADAC e.V. 2/2021 [2]

Abbildung 2 Medikamenteneinnahme in der Bevölkerung

soweit gebessert oder sogar geheilt werden, dass erst durch die Behandlung die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen wieder erreicht werden können. Entscheidend für die Beurteilung ist aber, ob eine Arzneimitteltherapie, insbesondere auch die Dauertherapie, zu schweren und für das Führen von Kraftfahrzeugen wesentlichen Beeinträchtigungen der psycho-physischen Leistungssysteme führt. Medikamentöse Behandlungen, in deren Verlauf erhebliche unerwünschte Wirkungen wie Verlangsamung und Konzentrationsstörungen auftreten, schließen die Eignung in jedem Fall aus. Ob solche Intoxikationen vorliegen, wird vor allem dann zu prüfen sein, wenn ein chronisches Grundleiden zu behandeln ist, dass mit Schmerzen oder starken vegetativen Beschwerden einhergeht, auch chronische Kopfschmerzen, Trigeminusneuralgie, Phantom-Schmerzen, Schlafstörungen usw.

Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang aber nicht nur Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Antikonvulsiva, Neuroleptika und Antidepressiva oder Anti-allergika, bei denen im Falle des Auftretens von Intoxikationserscheinungen qualitativ vergleichbare Gefahrensymptome zu berücksichtigen sind, sondern auch andere zur Dauerbehandlung eingesetzte Stoffe mit an-

deren gefährlichen Nebenwirkungen bzw. Intoxikationssymptomen.

Allgemein ist bei der Behandlung mit Arzneimitteln in der Initialphase eine besonders sorgfältige ärztliche Überwachung notwendig, auch später muss die ärztliche Führung der Therapie sichergestellt und je nach Fall in angemessenen Zeitabständen nachgewiesen werden [5].

Zu den verkehrswirksamen Medikamenten werden zum einen Analgetika (Opiode) aufgeführt. Hier wird eine Gefährdung durch starke Analgesie, Sedierung, ggf. Entzugssymptome, Stimmungs- und Antriebsänderung, Veränderung der kognitiven und sensorischen Leistungsfähigkeit beschrieben, Risiko Grad ++ bis +++++. Bei den nicht-opioiden Analgetika wird konstatiert, dass es sich um das an sich unbedenkliche Monopräparat handelt, bei denen ggf. Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Gefährdung durch Mischpräparate mit Barbituraten oder Koffein oder Alkoholkonsum auftreten können, Risiko Grad 0 bis ++++. Bei den Neuroleptika wird eine Gefährdung durch Dämpfung, Antriebsverminderungen, Störung der Koordination und Psychomotorik konstatiert, Risiko Grad + bis +++++; bei den Antidepressiva Gefährdung durch Antriebssteigerung oder -dämpfung, zentral nervöse Begleiterscheinungen, Erniedrigung der Krampfschwelle, Risiko Grad +++

bis +++++. Bei den Antiepileptika, wie sie auch zur Behandlung neuropathischer Schmerzen eingesetzt werden, Gefährdung durch Beeinträchtigung zentralnervöse Funktion und Sedierung, Risiko Grad ++ bis +++.

Bei den Beurteilungshinweisen heißt es weiterhin, dass grundsätzlich die Beurteilung folgende Ansätze berücksichtigen muss [6]:

1. Liegt eine mögliche verkehrsrelevante Erkrankungen vor, bei der unbehandelt die Voraussetzungen zum sicheren Führen eines Kraftfahrzeugs nicht gegeben sind?
2. Ist durch eine medikamentöse Dauerbehandlung die Krankheits-symptomatik abgeschwächt oder kompensiert, sodass unter Berücksichtigung der Leitsätze zur Grunderkrankung die Voraussetzungen zur sicheren Teilnahme am Straßenverkehr verbessert sind?
3. Erfolgt die Medikamenteneinnahme überwacht und ärztlich indiziert, so dass ein mögliches Intoxikationsrisiko vermindert oder ausgeschlossen ist?
4. In welcher Phase der Medikamenteneinstellung befindet sich der Untersuchte? (Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich die Phase der Neueinstellung, Umstellung oder das Ausschleichen einer Medikamentendosis oftmals als kritisch darstellen)

5. Liegen eine Compliance und Kenntnis der Erkrankung vor, die ein Gefährdungspotenzial durch Teilnahme am Straßenverkehr nicht überdurchschnittlich hoch erscheinen lassen?
6. Liegen bei ärztlich verordneter Medikation psycho-physische Leistungseinbußen oder Nebenwirkungen mit verkehrsrelevanten Auswirkungen vor?
7. Können ggf. festgestellte Einschränkungen der Leistungsfähigkeit kompensiert werden?

Der Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnis-Verordnung – FeV § 2 eingeschränkte Zulassung) ist u.a. zu entnehmen: Wer sich in Folge körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn Vorsorge getroffen ist, dass er andere nicht gefährdet. Die Pflicht zur Vorsorge, namentlich durch das Anbringen geeigneter Einrichtungen an Fahrzeugen, durch den Ersatz fehlender Gliedmaßen mittels künstlicher Glieder, durch Begleitung oder durch das Tragen von Abzeichen oder Kennzeichen, obliegt der Verkehrsteilnehmerin/dem Verkehrsteilnehmer selbst oder einer/einem für ihn Verantwortlichen.

Für akute, vorübergehende, sehr selten vorkommende oder nur kurzzeitig anhaltende Erkrankungen wie grippale Infekte, akute infektiöse Magen-Darm-Störungen, aber auch Migräne, Heuschnupfen, Asthma etc., ist es dem Verantwortungsbewusstsein jeder Verkehrsteilnehmerin/jedes Verkehrsteilnehmers aufgegeben, durch kritische Selbstprüfung festzustellen, ob sie/er unter den jeweils gegebenen Bedingungen noch am Straßenverkehr, insbesondere am motorisierten Straßenverkehr teilnehmen kann. Eine risikoarme Verkehrsteilnahme ist bei bedingter Eignung nur dann gewährleistet, wenn die betreffende KraftfahrerIn der betreffende Kraftfahrer die erforderliche Sensibilität, Kritikfähigkeit und die nötige Zuverlässigkeit besitzt, um die geforderte Verfügbarkeit in der notwendigen kompensatorischen Funktion für eine situationsangepasste Leistung aufrecht zu erhalten und einsetzen zu können, d.h. die Regeln des Straßen-

verkehrs und die Auflagen und Beschränkungen der Fahrerlaubnis zu beachten.

Psychische Leistungsmängel können sich folgendermaßen auswirken: Optische Informationen werden in ihrem Bedeutungsgehalt nicht ausreichend schnell und sicher wahrgenommen.

Die Zielorientierung im jeweiligen optischen Umfeld, d.h. im Verkehrsraum, gelingt nicht oder nicht sicher oder nur mit einem so deutlich erhöhten Zeitaufwand, dass daraus in der konkreten Verkehrssituation eine Gefährdung entstehen würde.

Die Konzentration ist zeitweilig oder dauernd gestört in der Weise, dass die jeweils anstehende Fahraufgabe aufgrund von Abgelenktsein oder Fehldeutungen verkannt oder fehlerhaft ausgelöst wird.

Die Aufmerksamkeitsverteilung ist unzulänglich, weil nur ein Teilbereich der für die KraftfahrerIn/ den Kraftfahrer bedeutsamen Informationen erfasst wird und/oder bei Situationswechsel, z.B. nach einer Phase der Monotonie, neue Information der Aufmerksamkeit entgeht.

Die Aufmerksamkeitsbelastbarkeit ist zu gering, weil es unter Stress oder noch länger andauernder Beanspruchung zu fehlerhaften Wahrnehmungen, Interpretationen oder Reaktionen kommt.

Notwendige motorische Reaktionen setzen zu spät ein und/oder werden stark verzögert ausgeführt.

Reaktionen erfolgen unsicher, eventuell vorschnell und situationsunangemessen oder werden unpräzise, motorisch ungeschickt, überschießend oder überhastet durchgeführt.

Die psychischen Leistungen sind instabil in dem Sinne, dass die erforderliche Ausgewogenheit zwischen Schnelligkeit und Sorgfaltsleistung fehlt.

Zu geeigneten Auflagen und Beschränkungen gehören, dass die Fahrtätigkeit nur unter bestimmten Auflagen ausgeübt werden darf, z.B. Einhaltung einer Höchstgeschwindigkeit, Fahren nur innerhalb festgelegter Lenkzeiten, die Fahrtätigkeit wird nur innerhalb eines begrenzten Umkreises gestartet oder die Fahrtätigkeit wird auf eine bestimmte Fahrzeugart oder ein bestimmtes Fahrzeug einge-

schränkt, z.B. auf Fahrzeuge mit einer bauartbedingten reduzierten Höchstgeschwindigkeit.

Das Straßenverkehrsgesetz regelt, dass das Verfahren unter Einfluss bestimmter Substanzen – darunter auch Cannabis – als Ordnungswidrigkeit geahndet wird. Dies gilt aber nicht, wenn der Wirkstoff ordnungsgemäß als verschriebenes Medikament eingenommen wird. Diese Ausnahme ist begründet, weil ein Wirkstoff bei der Einnahme zur Therapie einer Erkrankung nicht genau so wirkt wie bei einem Gesunden und die Einnahme zudem regelmäßig und unter ärztlicher Kontrolle erfolgt. Jedoch ist nicht jede Patientin/jeder Patient mit Medikation grundsätzlich und jederzeit fahrsicher. Für die Verkehrssicherheit ist es unerlässlich, dass jede Patientin/jeder Patient selbstständig und eigenverantwortlich prüft, ob eine sichere Teilnahme am Straßenverkehr möglich ist. Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker und Arzneimittelhersteller sind verpflichtet, entsprechende Informationen bereitzustellen und die Patientinnen und Patienten zu beraten, denn nur dann können sie verantwortlich handeln.

Hinweise zu Beratung und Aufklärung finden sich auf den Seiten des ADAC [7] und denen des ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (äzq) [8].

Aufklärungspflicht

Grundsätzlich gebietet die strafrechtlich nach Paragraph 203 Strafgesetzbuch (StGB) sanktionierte Schweigepflicht der Ärztin/dem Arzt, zunächst das Gespräch mit seiner Patientin/seinem Patienten zu suchen und diese/diesen über die Gefahren des Autofahrens vor dem Hintergrund des jeweiligen temporären Gesundheitszustandes aufzuklären. Die Ärztin/der Arzt kommt damit auch seiner Informations- und Aufklärungsverpflichtung (§§ 630 c Abs. 2, 630 e Abs. 1 BGB, sog. Sicherungsaufklärung) nach. Das ärztliche „Fahrverbot“ besitzt gegenüber den Patientinnen und Patienten allerdings keine rechtliche Bindungswirkung, sondern führt für die Patientinnen und Patienten nur dazu, dass ein gegen die Anweisung der Ärztin/des Arztes verstößendes Verhalten als

grob fahrlässig oder sogar vorsätzlich einzustufen ist, was z.B. zu einem Verlust der Deckung in der KFZ-Haftpflichtversicherung im Falle eines Unfalls führen kann. Unterlässt die Ärztin/der Arzt es, seine Patientinnen und Patienten über mögliche Auswirkungen von Medikamenten auf die Fahrtüchtigkeit zu informieren, bzw. kann sie/er dies im Schadensfall nicht nachweisen, kann sich hieraus auch eine eigene Haftung der Ärztin/des Arztes für etwaige Unfälle der Patientin/des Patienten ergeben (vergleiche LG Konstanz, Urteil vom 14. April 1972, Aktenzeichen 5 O 74/72). Es besteht die Möglichkeit, Meldung an die Fahrerlaubnisbehörde oder bei der Polizei zu machen.

Fahreignungsprüfung

Zu den Methoden der Eignungsprüfung gehört zum einen die Erstellung des Gutachtens einer Fachärztin/eines Facharztes mit verkehrsmedizinischer Qualifikation nach FeV (Privatgutachten auf eigene Kosten), die medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU), eine praktische Fahrverhaltensprobe durch eine Fahrprüferin/einen Fahrprüfer, die neuropsychologische Testung, z.B. im Rahmen einer ambulanten oder stationären Behandlung; auch stehen verschiedene Untersuchungsstellen an Straßenverkehrsämtern, TÜV, Dekra und weiteren Begutachtungsstellen für die Überprüfung der Fahreignung zur Verfügung.

Aspekte der Testung sind im Wesentlichen die Belastbarkeit, Orientierungsleistung, Konzentrationsleistung, Aufmerksamkeitsleistung und Reaktionsfähigkeit.

Fahrtauglichkeit unter Antidepressiva

Unterschieden wird hier zwischen tri- und tetrazyklischen Antidepressiva (z.B. Amitriptylin, Doxepin, Opipramol, Imipramin, Maprotilin, Mianserin, Nortriptylin, Clomopramin) bzw. den selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) (z.B. Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin). Bei der ersten Gruppe sollte das Führen von Fahrzeugen zumindest während der ersten 10–14 Tage der Behandlung unterbleiben wegen der möglichen Einschränkungen

des Reaktionsvermögens. Besonders zu Behandlungsbeginn ist mit Müdigkeit, Benommenheit, Schwindel, orthostatischer Hypotonie und Tachykardie zu rechnen. In der zweiten Gruppe wird davon ausgegangen, dass wegen der eher aktivierenden Effekte in der Regel keine Leistungsbeeinträchtigungen zu erwarten sind. Allerdings ist besonders zu Behandlungsbeginn mit Unruhe, Übelkeit und Schlafstörungen zu rechnen. Im Vordergrund steht auch daher die Selbstbeobachtung. Vor allem in der Anfangsphase und in der Kombination mit anderen Medikamenten ist äußerste Vorsicht geboten. Der Alkoholverzicht ist besonders ernst zu nehmen [9].

Cannabis als Medizin

Wer regelmäßig, täglich oder gewohnheitsmäßig, Cannabis konsumiert, ist in der Regel nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Ausnahmen sind nur in seltenen Fällen möglich, wenn eine hohe Wahrscheinlichkeit gegeben ist, dass Konsum und Fahren getrennt werden und wenn keine Leistungsmängel vorliegen. Wer gelegentlich Cannabis konsumiert, ist in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden, wenn er Konsum und Fahren trennen kann, wenn kein zusätzlicher Gebrauch von Alkohol oder anderen psychoaktiv wirkende Stoffen und wenn keine Störung der Persönlichkeit vorliegen [10].

Am 4. Mai 2016 beschloss die Bundesregierung das „Cannabis-als-Medizin-Gesetz“, das nach Anhörung im Gesundheitsausschuss und Modifikationen in endgültiger Lesung im Bundestagsplenum am 19. Januar 2017 einstimmig von allen im Bundestag vertretenen Parteien verabschiedet wurde. Festgelegt wurde, dass Cannabis-Patientinnen und -Patienten hinsichtlich der Teilnahme am Straßenverkehr genauso zu behandeln seien, wie andere Patientinnen und Patienten, die unter einer Dauermedikation stehen bzw. ein psychoaktives Arzneimittel verordnet bekommen haben. Grundsätzlich dürfen Patientinnen und Patienten am Straßenverkehr teil-

nehmen, soweit sie aufgrund der Medikation nicht in ihrer Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt sind, d.h. sie müssen in der Lage sein, ein Fahrzeug sicher zu führen. Dabei gilt die gleiche Rechtslage wie bei anderen Medikamenten wie z.B. bei Opioid-Verschreibungen. Bei einem Verstoß droht eine Strafbarkeit nach § 316 des Strafgesetzbuches (StGB). Den Cannabis-Patientinnen und -Patienten droht keine Sanktionierung gemäß § 24 a Abs. 2 des Straßenverkehrsgesetzes (StVG), wenn Cannabis aus bestimmungsgemäßer Einnahme eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels herrührt.

Auf der anderen Seite stellt die ständige Arbeitsgruppe Beurteilungskriterien der Deutschen Gesellschaft für Verkehrspsychologie (DGVP) fest, dass es sich bei Cannabis als Medizin um ein Betäubungsmittel handelt. Es bestehen kaum evidenzbasierte Empfehlungen zur Therapie, außer den seit Jahren bekannten Empfehlungen. Ebenso ist aktuell nicht davon auszugehen, dass eine eindeutige Konzentrations-Wirkungs-Beziehung besteht, dies gilt insbesondere unter Berücksichtigung der Darreichungsform als Blüten. Zu den Kontraindikationen gehören Suchterkrankungen, schwere Persönlichkeitsstörungen und Psychosen. Als häufige Nebenwirkungen werden Schwindel, Müdigkeit, Gleichgewichts-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Desorientierung, Schläfrigkeit und Sehprobleme genannt.

Weiterhin stellte die Arbeitsgruppe fest: Das Verkehrsrisiko unter Cannabiseinfluss hängt ab von ...

- der Motivation des Konsums und der Wirkungserwartung, weniger vom Wirkstoffspiegel
- der allgemeine psycho-physischen Leistungsfähigkeit
- der spezifischen Wirkung vor dem Hintergrund der Auswirkungen der Vorerkrankung
- der Toleranz und Gewöhnung
- der Anpassungsbereitschaft der Person und der Bereitschaft zu risikovermeidendem Verhalten
- der Wahrnehmung und Beurteilung riskanter Verkehrssituation.

Dabei wird von der Arbeitsgruppe eine Grundhypothese formuliert:

Der Klient nimmt Cannabismedikamente oder -blüten zuverlässig

nach der ärztlichen Verordnung ein. Es sind keine dauerhaften Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit festzustellen und die Grunderkrankung bzw. die vorliegende Symptomatik weisen keine verkehrsmedizinisch relevante Ausprägung auf, die eine sichere Verkehrsteilnahme beeinträchtigt. Es ist nicht zu erwarten, dass der Klient in Situationen, in denen seine Fahrsicherheit durch Auswirkungen seiner Erkrankung oder der Medikation beeinträchtigt ist, am Straßenverkehr teilnehmen wird.

Bedenken, ob diese Annahme zutrifft, entstehen insbesondere:

- wenn Hinweise auf früheren oder aktuellen Missbrauch oder auf Abhängigkeit von Cannabis oder anderen Psychotropensubstanzen (inkl. Alkohol) vorliegen
- wenn eine akute weitere als die ggf. derzeit behandelte psychiatrische Erkrankung oder relevante Persönlichkeitsstörung schon bekannt sind
- wenn Hinweise auf psychotische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in der Vergangenheit vorliegen
- wenn Cannabiskonsum regelmäßig bereits im jugendlichen Alter (Adoleszenz) stattgefunden hat
- wenn eine Verkehrsauffälligkeit vorliegt, die im Zusammenhang mit der Einnahme von Cannabismedikamenten oder anderen psychoaktiven Substanzen steht
- bei Komorbidität oder zusätzlicher Einnahme von zentralwirksamen Arzneimitteln.

Zu den Inhabern bzw. Bewerbern für die Fahrerlaubnis der Gruppe 2 gehören Berufskraftfahrer, auch die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung ist hier zu finden. Diese Inhalte der Tätigkeit stellen besondere Anforderungen an die Ausübung, auch finden sich in der Regel individuelle Umstände der Verkehrsteilnahme, z.B. lange Fahrten, nachts, keine selbstbestimmten Fahrzeiten.

Diese erhöhten Anforderungen werden bei gleichzeitig vorliegender „schwerwiegende Erkrankung“ – diese ist ja eine wesentliche Voraussetzung für die Behandlungsindikation für die Cannabismedikation – in der Regel nicht zu erfüllen sein.

Zusammenfassung

Die Beurteilung dauerhaft medikamentös mit Schmerzmitteln behandelter Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer hinsichtlich des Vermögens einer sicheren Teilnahme am Straßenverkehr ist komplex und bedarf unter Einschluss grundsätzlicher Überlegungen im Regelfall zudem einer einzelfallorientierten Betrachtung und ggf. auch Begutachtung. Es geht um die Zusammenschau der persönlichen Krankheitsgeschichte unter Würdigung der Medikamentenanamnese, der möglichen Leistungsbeeinträchtigungen und individuellen Kompensationsmöglichkeiten im Hinblick auf ein mögliches Gefährdungspotenzial. Einerseits kann durch therapeutisch verabreichte Medikamente die psycho-physische Leistungsfähigkeit des Erkrankten in verkehrgefährdender Weise soweit verändert sein, dass daraus ein erhöhtes individuelles Verkehrsrisiko resultiert. Auf der anderen Seite kann die Einnahme von Schmerzmitteln die Teilnahme am Straßenverkehr erst ermöglichen. Basis ist sicherlich zunächst eine korrekte medikamentöse Einstellung und immer auch die Frage, ob die medikamentöse Behandlung zwingend und weiterhin erforderlich ist, auch unter Berücksichtigung einschlägiger Leitlinien, wie LONTS (Langzeitanwendung von Opioiden bei chronisch nicht-tumorbedingten Schmerzen).

Der/Dem behandelnden und die Medikamente verordnenden Ärztin/Arzt kommt hohe Verantwortung zu, auch in Bezug auf Aufklärung und Kontrolle im Verlauf. Wichtig ist insbesondere, die Patientinnen und Patienten auf die in der Regel notwendige Alkoholkarenz hinzuweisen. Die Fahrtüchtigkeit kann insbesondere beeinträchtigt sein bei Eindosierung, Substanzwechsel, Dosiswechsel, Ergänzung von Komedikation und auch Absetzen von Substanzen. Hier kann eine Dauer von 2 Wochen für den Verzicht, ein Kraftfahrzeug zu führen, als sinnvoll angesehen werden. Das Medikamentenprivileg von Cannabis als Medizin ist darüber hinaus nicht anders zu behandeln als der Einsatz und die Betrachtung von Opiaten. Bei der Kraftfahrereignung wird davon ausgegangen, dass eine Betroffene/ein Be-

troffener ein Fahrzeug dann sicher führen kann, wenn die hinreichenden körperlich-geistigen Voraussetzungen vorliegen bzw. nicht durch unerwünschte Wirkungen von Medikamenten maßgeblich beeinträchtigt sind. Der Anspruch auf Sicherheit ist bei der Fahrerlaubnisgruppe 2 – Berufskraftfahrer, Busfahrer, Fahrgastbeförderung – nochmals höher anzusetzen.

Richtungsweisende Publikationen existieren hierzu aus der Feder der Arbeitsgruppe Beurteilungskriterien der Deutschen Gesellschaft für Verkehrspsychologie (DGVP). Paragraph 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) definiert dabei den maßgeblichen Anteil der Verantwortlichkeit: Wer sich nicht sicher im Verkehr bewegen kann und eine Gefährdung für sich oder andere darstellt, muss auf das Führen eines Kraftfahrzeuges verzichten. Hierbei wird die Einnahme von Medikamenten nicht anders zu bewerten sein, als Symptome, die durch einen schweren grippalen Infekt oder eine Magen-Darm-Störung hervorgerufen werden. Ein hohes Maß an charakterlicher Eignung wird in diesem Zusammenhang von der Verkehrsteilnehmerin/vom Verkehrsteilnehmer gefordert.

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Das Literaturverzeichnis zu diesem Beitrag finden Sie auf:
www.online-oup.de.



Foto: Schön Klinik
Bad Staffelstein

Korrespondenzadresse
Dr. Stefan Middeldorf
 Schön Klinik Bad Staffelstein
 Orthopädische Klinik
 Am Kurpark 11
 96231 Bad Staffelstein
smiddeldorf@schoen-klinik.de