

Dr. Margot Lakemeyer

Fahrtüchtigkeit unter Opioiden

Einleitung

Es besteht weitgehend Einigkeit, daß die unkontrollierte Einnahme opioidhaltiger Substanzen (wie etwa bei Heroinabhängigen) mit Fahrtüchtigkeit unvereinbar ist. Weniger klar erscheint allerdings, ob dies auch auf Personen zutrifft, die opioidhaltige Medikamente unter strenger ärztlicher Kontrolle einnehmen (insbesondere Schmerzpatienten).

In diesem Vortrag wird über Arbeiten der BAST berichtet, deren Ziel es ist, zu eruieren, ob eine differenzierte Betrachtung opioidpflichtiger Schmerzpatienten im Hinblick auf ihre Fahrtüchtigkeit wissenschaftlich vertretbar ist.

Auf einem Expertengespräch diskutierten Schmerztherapeuten, sowie Rechts- und Verkehrsmediziner über Forschungsergebnisse, klinische Erfahrungswerte und Beurteilungskriterien zur Verkehrssicherheit opioidpflichtiger Schmerzpatienten im allgemeinen. Dagegen lag der Schwerpunkt einer Pilotstudie auf einer Befragung von Schmerztherapeuten zur Grunderkrankung, Therapie und Teilnahme am Verkehr ihrer Patienten. Ergänzt wurde die Untersuchung durch eine internationale Umfrage über gesetzliche Regelungen zum Fahren unter Opioiden.

Den Hintergrund für diese Untersuchungen bildete eine vom Bundesverkehrsminister geplante Änderung des § 24 a StVG. Danach wird das Führen von Kraftfahrzeugen unter dem Einfluß illegaler Drogen auf der Ebene eines Ordnungswidrigkeitentatbestandes im StVG geahndet, vergleichbar mit dem Fahren unter einer Alkoholblutkonzentration von 0,8 Promille und mehr. Für eine Sanktionierung ist nicht eine tatsächliche Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit im Einzelfall die Voraussetzung, sondern der Nachweis der aktiven Substanz bzw. eines Metaboliten im Blut. Die im Gesetzentwurf festgelegten Nachweisgrenzen für die aufzunehmenden Drogen Heroin, Morphin, Cocain und Cannabis sind derzeit nicht mit Grenzwerten gleichzusetzen, von denen auf eine generelle Gefährdung der Straßenverkehrssicherheit zurückgeschlossen werden kann.

Schmerzpatienten sind in die Diskussion um die Änderung des § 24 a StVG geraten, weil sie zur Be-

handlung starker Schmerzen u. a. Morphin verschrieben bekommen. Morphin ist ein stark schmerzstillendes Medikament, es ist aber auch ein Abbauprodukt von Heroin und gilt als Nachweissubstanz im Blut bei Heroingebrauch.

Um eine generelle Bußgeldbewehrung für therapeutisch genutzte Arzneimittel zu vermeiden, hat die Bundesregierung eine Ausnahmeregelung in den geplanten Gesetzentwurf aufgenommen.

Fahrtüchtigkeit/-eignung unter dem Einfluß von Opiaten - Ergebnisse eines Expertengesprächs¹

Im Rahmen des Expertengesprächs wurde berichtet, daß die Universitäten Köln und Bochum unterschiedliche Methoden anwandten, um die verkehrsrelevanten Fähigkeiten von Schmerzpatienten unter einer Langzeitopioidtherapie zu untersuchen^{2,3}. Sie kamen beide zu dem Ergebnis, daß im Durchschnitt diese Patienten ein schlechteres Ergebnis (d.h. verlängerte Reaktionszeiten, verlängerte Bearbeitungszeiten, erhöhter Fehlerquotient) erreichten, verglichen mit einem gesunden Kontrollkollektiv oder mit Standards. Im Einzelfall erzielten morphinpflchtige Patienten jedoch Ergebnisse, die vergleichbar oder sogar über der Norm lagen. Daraus folgerten beide Untersuchungsgruppen, daß eine Beurteilung der Fahrtüchtigkeit individuell erfolgen sollte.

Untersuchungen der Universität Homburg an der Saar⁴ unterstützen diese Ergebnisse.

¹ „Fahreignung/-tüchtigkeit von Schmerzpatienten unter Einfluß von Opiaten“, Protokoll des Expertengesprächs, BAST 14.03.96, interne Veröffentlichung

² BERGHAUS, G., LEHMANN, K.A., RADBRUCH, L. u.a.: „Fahrtüchtigkeit unter Opioiden“. Interdisziplinäre Studie der Rechtsmedizin und Anästhesiologie der Universität Köln. Vorläufige Ergebnisse vorgestellt auf dem Expertengespräch „Fahreignung/-tüchtigkeit von Schmerzpatienten unter Einfluß von Opiaten“

³ STRUMPF, M., ZENZ, M.: „Opioide und Fahrtüchtigkeit“. Anästhesiologie der Universitätsklinik Bergmannsheil, Bochum. Vorläufige Ergebnisse vorgestellt auf dem Expertengespräch „Fahreignung/-tüchtigkeit von Schmerzpatienten unter Einfluß von Opiaten“

⁴ HUCH, B., LARSEN, B., OTTO, H., MACHER-HANSELMANN, F., SCHONECKE, O., LARSEN, L.: „Opioiddauermedikation bei chronischen Schmerzen - Reaktionszeiten, Aufmerksamkeitsbelastung, respiratorische Effekte“. Anaesthetist, Supplement 2, September 1995

An der Universität Köln wurde zudem die Dosis-Wirkungsbeziehung von Opioiden^{5,6} untersucht. Es war keine Korrelation herzustellen zwischen dem Morphin-Plasma-Spiegel der Wirkung und der Nebenwirkungen bei Patienten unter einer langfristigen, gleichbleibenden Morphintherapie.

Alle Experten waren sich einig über eine absolute Fahruntüchtigkeit in der Einstellungsphase, in der die zur Analgesie notwendige Opioiddosis titriert wird und der Patient sich an das Wirkungs- und Nebenwirkungsspektrum adaptiert; dies gilt ebenso für größere Dosisänderungen und wechselnde Therapieverläufe. Nach der Einstellung auf eine stabile Langzeittherapie ist eine individuelle Beurteilung der Fahrtüchtigkeit zu befürworten, wobei u.a. die Grunderkrankung, die Begleitmedikation, die Compliance und möglicher Beigebrauch das Ergebnis mitbeeinflussen können.

Nach den Erfahrungen der Kliniker zeigten opioidpflichtige Patienten ein risikovermeidendes Verhalten, vergleichbar mit dem eines älteren Verkehrsteilnehmers. Diese Unauffälligkeit im Straßenverkehr bestätigten die anwesenden Experten aus der Rechtsmedizin: ihnen war kein Fall bekannt, in dem sie ein toxikologisches Gutachten über einen Patienten unter einer Opioidtherapie anfertigen mußten.

Alle anwesenden Experten befürworteten die Notwendigkeit, die geplante Ausnahmeregelung für ärztlich indizierte Substanzen in den Gesetzesentwurf aufzunehmen.

Opiathaltige Analgetika und Fahrtüchtigkeit - Ergebnisse einer Pilotstudie⁷

Im Zentrum der Pilotstudie steht der Personenkreis, der ärztlich indiziert Opiode einnehmen muß. Anhand von Interviews an 4 Schmerzkliniken wurden zugrundeliegende Erkrankungen, Therapieformen, die Teilnahme am Straßenverkehr, sowie die Thematisierung eines möglichen Verkehrssicherheitsrisikos unter einer Opioidtherapie, ermittelt.

Zwischen 50 und 88 % der Schmerzpatienten leiden an einer malignen Grunderkrankung, sie erhalten im Verlauf ihrer Erkrankung nahezu alle starke Opiode. Häufige Diagnosen bei opioidpflichtigen Patienten mit einer benignen Erkrankung sind chronische Rückenschmerzen, bedingt durch Wirbel- oder Bandscheibenverletzungen sowie neuropathische Schmerzen, z.B. Phantomschmerz, post

Zoster Neuralgie oder Traumafolgen. Starke Opiode werden in dieser Patientengruppe erst bei Versagen anderer Therapieformen eingesetzt.

Alle befragten Therapeuten richten ihre Schmerztherapie nach dem WHO Stufenschema. Ab Stufe 2 werden Opiode in die Behandlung einbezogen. Bevorzugt wird die perorale Verabreichung in retardierter Form, die durch eine verzögerte Freisetzung der Substanz eine relativ gleichmäßige Schmerztstillung garantiert. Dies wird unterstützt durch eine strikte zeitliche Einnahmeplanung, die auf einen möglichst gleichbleibenden Morphinplasmaspiegel zielt.

Die tägliche Morphindosis bewegt sich durchschnittlich zwischen 30 - 300 mg. Nach Untersuchungen von LEHMANN^{5,6} liegen damit die Plasmaspiegel - bis auf Einzelwerte - über 30 ng freies Morphin / ml Blut. Bei größeren Morphintagesdosen ist in der Regel der Patient durch eine fortgeschrittene Grunderkrankung unfähig, ein Auto zu lenken.

Kombinationen von Opioiden mit anderen Medikamenten sind häufig: Antiphlogistika und Antipyretika unterstützen die analgetische Wirkung des Opioids ohne eigene sedierende Nebenwirkungen. Dagegen kann eine Kombination mit Antikonvulsiva oder Antidepressiva - auch in subtherapeutischer Dosierung - eine zusätzliche Einschränkung der Vigilanz verursachen.

Wie auch die Teilnehmer des Expertengesprächs waren sich alle befragten Schmerztherapeuten einig über eine absolute Fahruntüchtigkeit in der Einstellungsphase, bei größeren Dosisänderungen und wechselndem Therapieverlauf und setzen dies folgendermaßen in die Praxis um: die Schmerztherapeuten weisen ihre Patienten im Einstellungsgepräch auf die möglichen Nebenwirkungen hin und der damit verbundenen Unfähigkeit, Maschinen zu bedienen oder ein Fahrzeug zu lenken.

Unterschiedlich gewichten die Schmerzkliniken das Thema 'Verkehrssicherheit' nach der Einstellungs-

⁵ LEHMANN, K.A., GÖRDES, B., HOECKLE, W.: „Postoperative On-Demand Analgesie mit Morphin“, *Anästhesist* (1985) 34:494-501

⁶ LEHMANN, K.A.: „Patientenorientierte Analgesie zur Behandlung postoperativer Schmerzen“, *Zentralbl Chir* 120 (1995): 1 - 15

⁷ „Opiathaltige Analgetika und Verkehrssicherheit“, BAST, Druck in Vorbereitung

	ambulante Patienten (1994) (n)	Verhältnis maligner/benigner Erkr. (%)	mit Opioiden behandelte		aktive Verkehrsteilnahme unter Opioiden (Schätzungen)	
			maligner Grunderkr. (%)	benigner Grunderkr. (%)	maligner Grunderkr. (n)	benigner Grunderkr. (n)
Bonn	-	80 : 20	-	-	-	-
Düsseldorf	255	80 : 20	-	-	30 - 40	15
Essen	748	80 : 12	100	50	300 (?)	45
Köln	600	58 : 42	50	35	10	-

phase: vom unterschriebenen Konsens, kein Auto zu fahren während der gesamten Opioidtherapie, über eine Beratung mit möglicher Befürwortung des Autofahrens, bis hin zur Behandlung des Themenbereiches erst auf Nachfrage des Patienten.

Schätzungen der befragten Schmerzkliniken, inwieweit opioidpflichtige Patienten am Straßenverkehr teilnehmen, zeigt die Tabelle.

Von 3 der befragten Schmerzambulanzen liegen Schätzungen zur Verkehrsteilnahme ihrer Patienten vor. Mit einer Ausnahme (Essen) überrascht die geringe Anzahl von autofahrenden, opioidpflichtigen Patienten. Sie verringert sich weiter, wenn man bedenkt, daß Patienten im Laufe eines Jahres fahruntüchtig werden und Zeiten der Einstellung und Dosisänderung nicht berücksichtigt sind.

Unfälle, verursacht von Patienten unter einer Opioidtherapie, waren den befragten Schmerztherapeuten nicht bekannt.

Die Erfahrungen mit Berufskraftfahrern unter einer Opioidtherapie waren beschränkt. Von 12 Patienten waren 11 vor Beginn der Therapie wegen des zugrunde liegenden Leidens berentet oder vom verursachenden Arbeitsplatz versetzt worden.

Theoretisch forderten die Schmerztherapeuten jedoch strengere Beurteilungskriterien an die Fahr-tüchtigkeit von Berufskraftfahrern.

Die Suchtentwicklung lag in allen Schmerzambulanzen deutlich unter 1 %. Bei Nicht - Tumorpate-nenten führt eine Bestätigung des Suchtverdachtes zu einem Abbruch der Opioidtherapie, während sich bei einer Steigerung der Opioiddosis bei Pati-enten mit maligner Grunderkrankung nahezu immer eine Tumorprogression nachweisen läßt .

Die Schmerztherapeuten sahen insbesondere für die Patienten mit langsamer Tumorprogression bzw. stabilem Grundleiden eine Einschränkung der Lebensqualität bei einem Wegfall der Ausnahmere-

gelung des geplanten § 24 a StVG. Sie wiesen auf die Gefahren für die Verkehrssicherheit hin, wenn Patienten unzureichend therapiert oder mit nicht standardisierten Behandlungsmaßnahmen ver-sorgt werden.

Eine Umfrage zu gesetzlichen Bestimmungen zum Fahren unter Drogeneinfluß in 7 europäischen und 2 außereuropäischen Ländern ergab, daß in allen Fällen Bestimmungen in Kraft getreten sind bzw. sich im Gesetzgebungsverfahren befinden.

Ausnahmeregelungen für ärztlich indizierte Opiode gibt es in zwei Ländern: Frankreich schließt gene-rell alle als Medikamente verwendeten Substanzen aus, Österreich unter bestimmten Voraussetzungen Methadon. Grenzwerte und Nachweisgrenzen für suchterzeugende Stoffe werden von keinem Land genannt. In vier Ländern (Finnland, Italien, Öster-reich, Schweiz) gehört zur Beweisführung neben dem Substanznachweis, eine zum Tatzeitpunkt vorliegende oder wahrscheinliche Fahruntüchtig-keit dazu. Zu der in Deutschland geplanten Ände-rung des StVG § 24 a gibt es im Ausland keine ver-gleichbare gesetzliche Regelung.

Schlußbetrachtung

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die hier vorgestellten Ergebnisse die These unterstützen, daß ein Schmerzpatient unter einer Opioidthera-pie im Einzelfall fahr-tüchtig sein kann.

Anschrift der Verfasserin

Dr. Margot Lakemeyer
 Bundesanstalt für Straßenwesen
 Brüderstraße 53
 D - 51427 Bergisch Gladbach