



**Bayerische
Akademie für
Suchtfragen**

in Forschung und Praxis BAS e.V.

Substitution und Fahrerlaubnis

- Tagungsbericht -

11. Juli 2001 in München

Impressum

Herausgeber & Bezug

Bayerische Akademie für Suchtfragen
in Forschung und Praxis BAS e. V.

Landwehrstr. 60-62

80336 München

Tel.: (0 89) 530 730 -0

Fax: (0 89) 530 730 -19

Email: bas@bas-muenchen.de

Autor

Dr. jur. Bert Götting

Layout, Satz, Druck

Druckerei Heiligensetzer, Hardenbergstr. 21, 86154 Augsburg.

1. Auflage

1000 Stück

Diese Broschüre wird kostenlos abgegeben

Vorwort

Die substitutionsgestützte Therapie ist mittlerweile eine anerkannte und etablierte Therapieform mit steigenden Patientenzahlen.

Für eine erfolgreiche soziale und vor allem berufliche Rehabilitation der behandelten Suchtkranken ist besonders auch in ländlichen Regionen der Besitz einer Fahrerlaubnis unumgänglich.

Bei dem Versuch diese (wieder) zu erlangen, scheint es vor allem von der Lage des Hauptwohnsitzes abzuhängen, ob das Bemühen Erfolg hat oder nicht. Ich spreche hier nicht von den ohnehin bekannten Unterschieden zwischen den Bundesländern – selbst die bayerischen Landratsämter unterscheiden sich gegenüber Patienten einer substitutionsgestützten Therapie stark in Ihrer Bewilligungspraxis. Auch scheinen Ziele und Prinzipien der substitutionsgestützten Therapie den Entscheidungsträgern in den Führerscheinebehörden oft nicht hinreichend bekannt.

Die Behandler dieser Patienten stehen vor diesem Hintergrund einer unterschiedlichen Entscheidungspraxis vor dem Problem, dass sie ihren Patienten auf Nachfrage keinerlei verlässliche Auskunft geben können. Dies wirkt sich besonders dann nachteilig aus, wenn die Möglichkeit, den Führerschein zurückzuerhalten um eine Berufstätigkeit aufzunehmen einen hohen Anteil an der Therapiemotivation des Patienten ausmacht. Schlimmstenfalls treiben diese undurchschaubaren Zustände Patienten in die Hände von oft zweifelhaften Geschäftemachern, die unter Überschriften wie „Führerschein weg? MPU? – Amtlicher Führerschein sofort und 100% positiv.“ tausende Mark für Kurse -in dem Fall- ohne Nutzen kassieren.

Vor diesem Hintergrund entstand in der Bayerischen Akademie für Suchtfragen e.V. die Idee, maßgebliche Experten, die mit diesem Thema befasst sind in einer Tagung zusammen zu bringen.

Ziel war es, den Praktikern in den Führerscheinbehörden und anderen beteiligten Institutionen ein grundlegendes Verständnis der substitutionsgestützten Therapie mittels Information durch unabhängige Fachleuten zu ermöglichen und eine interdisziplinäre Diskussion von Experten und Praktikern aus allen Bereichen zu initiieren.

Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit ist die ausgewiesene Stärke der BAS e.V. Sie hat jahrelange Erfahrung in der Förderung der Kommunikation und Zusammenarbeit von verschiedenen Forschungsdisziplinen untereinander und zwischen Wissenschaft und Praxis. So wurden von ihr fächer- und berufsübergreifend bereits Qualitätsstandards und andere Fachpublikationen im Konsens aller Beteiligten entwickelt und publiziert.

Der Ihnen nun vorliegende Band enthält die von den Referenten autorisierten Zusammenfassungen ihrer Beiträge sowie grundlegende Rechtsvorschriften im Anhang. Er soll Führerscheinstellen, Behandlern, Beratern und Entscheidungsträgern einen ersten Überblick über die Rahmenbedingungen und aktuellen Diskussionen zum Thema geben. Auch Polizisten in der Verkehrsüberwachung können daraus fachlich und rechtlich begründete Handlungsrichtlinien ableiten.

Als Fernziel dieser Initiative besteht die, auch von den geladenen Experten und den Tagungsteilnehmern unterstützte Idee, in Bayern einen Arbeitskreis mit Vertretern aller beteiligten Institutionen einzuberufen, der einheitliche Richtlinien für eine Fahrerlaubnis während einer substitutionsgestützten Therapie entwickelt.

Die Tagung „Substitution und Fahrerlaubnis“ war ein erster Schritt in diese Richtung

Ich hoffe, dass mit zunehmender Etablierung der substitutionsgestützten Therapie auch der Umgang mit dieser Patientengruppe von Sachlichkeit geprägt wird. Ich wünsche mir, dass an sie in Fragen der Fahrerlaubnis die selben Maßstäbe angelegt werden wie an andere Patientengruppen und dass diesbezügliche Entscheidungen einheitlich und nachvollziehbar sind.



Christiane Fahrmbacher-Lutz
Vorstand der BAS e.V.

Danksagung

Wir danken dem Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz für das Ermöglichen dieser Tagung und die zusätzliche Übernahme der Kosten für Dokumentation, Druck und Versand. Einen Dank möchten wir auch an die Staatsministerien der Justiz und des Inneren und an alle weiteren Unterstützer bei der Organisation dieser Tagung richten.

Besonderer Dank gilt unseren Referenten, die sich trotz hoher Arbeitsbelastung für diese Tagung gewinnen ließen und ihr durch ihre Beiträge zum Erfolg verhalfen.

Inhalt

Prinzipien und Effekte der Substitutionsbehandlung - Ein Überblick	7
Zur Fahrtüchtigkeit und Fahreignung von Substitutionspatienten aus strafrechtlicher und straßenverkehrsrechtlicher Sicht	12
Gutachterliche Richtlinien für die Bewertung der Fahreignung von Substitutionspatienten	16
Die Bedeutung der Fahrerlaubnis im Rahmen einer qualifizierten Substitutionsbehandlung	22
Methadon-Substitution und Fahrsicherheit/Fahreignung - Überblick über die experimentellen Forschungsergebnisse	28
Zwischenergebnisse einer laufenden Studie zu Buprenorphin und Fahrtauglichkeit	33
Ergebnisse der Podiumsdiskussion	37
Anhang	43

Prinzipien und Effekte der Substitutionsbehandlung - Ein Überblick

PD Dr. Dr. Dr. Felix Tretter

Einleitung

Bei der Darstellung der Substitutionstherapie Opiatabhängiger ist grundlegend zu berücksichtigen, dass die individuelle Betrachtungsweise des Arztes und die globale Sicht des Forschers divergieren können. Das gilt umso mehr, als noch zu wenig Konsens für die Indikation und Durchführung einer solchen Therapie existieren. Solche Kriterien müssten gegebenenfalls von einem noch zu gründenden multidisziplinären Arbeitskreis erarbeitet werden.

Zu Beginn der Beurteilung des Nutzens und der Risiken der Substitutionstherapie ist es zunächst erforderlich, den Begriff der Opiat-Abhängigkeit, d.h. der Sucht zu definieren. Eine anerkannte Definition gibt es bislang nicht, man kann Sucht aber als das über Lernmechanismen angeeignete (z.T. genetische) unabweisbare Verlangen nach einer Substanz bezeichnen, das dem Verstand untergeordnet ist. Eine Kontrolle der Menge und des Zeitpunktes des Konsums ist nicht gegeben.

In Deutschland gibt es zurzeit geschätzte 120.000 Opiatabhängige (gegenüber ca. 2 bis 3 Millionen Alkoholabhängigen), von denen etwa 60 % unter Substitutionsmitteln stehen. Der Umstand, dass Suchtkranke rasch einen Randgruppenstatus bekommen führt zur Verheimlichung der Suchtproblematik, so dass hier die Zuverlässigkeit dieser Zahlen nicht sehr hoch ist.

Die Prinzipien der Suchttherapie

Jeder modernen Suchttherapie liegt ein *bio-psycho-soziales Leitkonzept* zur Ursachenfrage und demnach auch zur Therapiegestaltung zugrunde. Es wirken biologische, psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung der

Sucht zusammen und daher muss auf allen diesen Ebenen therapeutisch interveniert werden. Die Suchttherapie gliedert sich deshalb in drei Phasen, zu denen in „Sonderfällen“ noch als vierter Abschnitt die Substitution hinzutritt. Die drei grundsätzlichen Bereiche sind die Entzugs-, die Entwöhnungstherapie und zusätzlich in jedem Fall die Beratung. Der gedachte Sonderfall „Substitution“ stellt sich in der Realität jedoch als Regelfall dar (siehe auch die obigen Zahlen).

Der Entzug, z.T. auch als Entgiftung bezeichnet, erfolgt bei einer Methadon-Substitution stationär für vier bis sechs Wochen. Nach dieser Zeit tritt mangels bisheriger Behandlung der Abhängigkeit ein verstärkter Opiathunger auf. Deshalb geht es im Rahmen des Entzugs auch bereits darum, im Wege einer Motivationstherapie zur Drogenfreiheit, die psychische Ebene des Drogenkonsums anzugehen.

Es dauert etwa sieben bis acht Jahre in der „Karriere“ der/des Opiatabhängigen, ehe die Aufnahme einer, zumeist mehrmonatigen Entwöhnungstherapie erfolgt. Auch nach dieser Zeit ist ein Rückfall nicht ausgeschlossen, so dass es z.T. 55-jährige Heroinabhängige gibt. Die Wirkung dieser Entwöhnungstherapie ist nicht ganz zufrieden stellend, denn im Zeitraum von sechs Monaten nach der Entwöhnung ist von 30 bis 40 Prozent abstinenten Patienten auszugehen. Längerfristig betrachtet ist sicherlich ein Wert 10 bis 15 Prozent realistisch.

Auch für die Substitution gilt das psycho-soziale Leitkonzept der Therapiegestaltung, das in der Praxis aber zum Teil auf finanzielle Probleme bei der Umsetzung stößt. Eine Methadonsubstitution soll zunächst bei Opiatabhängigen mit dem Ziel der Abstinenz erfolgen. Es muss sich um solche Personen handeln, bei denen andere Entzugsmaßnahmen (noch) keinen Erfolg versprechen, die also schon seit längerer Zeit abhängig sind, die aus der Szene herausgeholt werden sollen oder die bereits erfolglose Entziehungen hinter sich haben. Bei der Aufnahme in ein solches Methadon-gestütztes Behandlungsprogramm sind mehrere Gesichtspunkte wichtig:

Das in der Praxis wichtigste Gebot ist die Überprüfung der Opiatabhängigkeit durch eine Urinkontrolle, um ein Handeltreiben mit Methadon durch nicht selbst Abhängige zu verhindern.

Weitere wichtige Aspekte für die Aufnahme in ein Substitutionsprogramm sind bereits bestehende psychiatrische Belastungen (z.B. Schizophrenie), bei denen der Patient das Opiat möglicherweise zur Selbstmedikation einnimmt. Im Hinblick auf die Eignung und das Erfordernis einer Substitutionsbehandlung sind ferner grundlegend zu berücksichtigen die Suchtanamnese, die Laborchemie (u.U. Begleiterkrankungen wie Hepatitis, HIV) und die psychosoziale Situation des Patienten/der Patientin (Kontakte außerhalb der Szene, Kriminalität etc.).

Die praktische Substitutionstherapie beginnt zunächst mit dem schwierigen Schritt der Methadoneinstellung d.h. der Dosisfindung. Zur Abschätzung der Heroin-Wirkstoffkonzentration bedarf es großer Erfahrung. Eine Dosierung von 30 mg Methadon zum Start hat sich in der Regel als sinnvoll herausgestellt. Die Zeit bis eine - häufig deutlich höher liegende - stabile Dosierung erreicht ist, stellt eine für die Patienten kritische Phase mit erheblichen Risiken dar, während der sie auf keinen Fall Auto fahren dürfen.

Nach Stabilisierung ist eine Take-Home Verordnung des Methadon möglich, wobei der Patient über die Nebenwirkungen und Einschränkungen, insbesondere auch auf das Verbot Auto zu fahren, hinzuweisen ist. Der Patient ist weiterhin auf Beikonsum zu kontrollieren und bedarf zumeist eines Begleitprogrammes (das u.U. bei sozialer Integration entbehrlich sein kann).

Effekte einer Methadonsubstitution

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf eine Hamburger Studie von *Raschke u. Mitarb.*, die eine Vielzahl positiver Effekte der Methadonsubstitution nachgewiesen hat:

- Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes,
- Reduzierung der Kriminalität,
- (Re-)Integration in schulische/berufliche Ausbildungsverhältnisse,
- Distanzierung von der Drogenszene,
- Vermeidung einer HIV-Infektion durch Reduzierung der Injektionen,
- Stabilisierung der Wohnverhältnisse,
- Ausstieg aus der Prostitution,
- Verminderung oder sogar Ausstieg aus dem Beikonsum (problematisch hierbei sind Benzodiazepine und Alkohol),
- Stabilisierung der Partnerschaft und
- Senkung der Mortalität.

Damit ist bei einer biopsychosozial gestalteten qualifizierten Substitution zumindest eine Verminderung der Schäden im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich zu erzielen.

Die Frage der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen

Zur Beurteilung dieser Frage sind die verschiedenen Funktionsniveaus der Patienten zu betrachten.

In *psychischer* Hinsicht betrifft dies die Wahrnehmung, die Aufmerksamkeit, die Konzentration, Motorik und Koordination und die affektive Lage, die bei den Patienten untersucht werden müssen. *Somatisch* geht es um eine Stabili-

sierung, das heißt darum, dass die körperlichen Erkrankungen unter Kontrolle sind.

Im Hinblick auf die *Sucht* kommt es auf das Fehlen von Beikonsum an und im *sozialen* Bereich schließlich sind Aspekte wie die tägliche (und kooperative) Teilnahme an der Substitution für mehrere Monate, ein stabiles soziales Umfeld und eine Beschäftigung entscheidend. Als Problem ergibt sich in diesem Zusammenhang ein Mangel an Arbeitsrehabilitationsprogrammen.

Für die potentielle Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen lässt sich ein Kriterienkatalog aufstellen, bei dem allerdings zu bedenken ist, dass aus rechtlicher Sicht prinzipiell möglicherweise eine Eignung verneint werden muss, wo sie aus suchtmmedizinischer Sicht im Einzelfall sinnvoll wäre.

Kriterien für die Eignung sind danach:

- geringe Psychopathologie,
- problemlose Vorgeschichte im Hinblick auf den Straßenverkehr,
- das Delinquenzprofil beschränkt sich auf das BtMG,
- die Methadondosierung ist seit Monaten konstant,
- es erfolgt kein Beikonsum,
- es liegt eine hohe Kooperativität bei der Substitution vor und
- das Qualitätsmanagement der Substitution ist in Ordnung (z.B. keine Take-Home Verordnung bei Beikonsum).

Fazit

Um eine positive Entwicklung der Patienten im Rahmen der sozialen Rehabilitation zu erreichen, ist es erforderlich, dass die Patienten ihre Fahrerlaubnis (wieder) erhalten können. Dies ist nach den vorliegenden Erkenntnissen bei sorgfältiger Einzelfallprüfung auch möglich.

Zur Fahrtüchtigkeit und Fahreignung von Substitutionspatienten aus strafrechtlicher und straßenverkehrsrechtlicher Sicht

Prof. Dr. Heinz Schöch

1. Ziele einer qualifizierten Substitutionsbehandlung

Die Ziele einer legalen Substitution gemäß § 13 BtMG – gesundheitliche Stabilisierung und soziale Integration von Heroinabhängigen – rechtfertigen auch im Ordnungswidrigkeitenrecht und bei der Fahreignungsbeurteilung eine Sonderbehandlung von Substituierten.

2. Strafrechtliche Gleichbehandlung aller „Rauschmittel im Sinne der §§ 315c Abs. 1 Nr. 1a und 316 StGB

Der konkrete Gefährdungstatbestand der Straßenverkehrsgefährdung (§ 315c I Nr. 1a StGB) und der abstrakte Gefährdungstatbestand der Trunkenheit im Verkehr (§ 316 StGB) verbieten jedem Fahrzeugführer die Teilnahme am Straßenverkehr, der „infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen. Der Unterschied zwischen beiden Normen liegt darin, dass im Falle des § 316 StGB die abstrakte Gefährlichkeit des Fahrens unter Alkoholeinfluss o.Ä. ausreicht, während § 315c Abs. 1 StGB immer auch eine konkrete Gefährdung durch z.B. einen Beinahe-Unfall erfordert.

Die Strafbarkeit betrifft also Alkohol, Drogen und Medikamente in gleicher Weise, jedoch kommen beide Normen fast nur bei Alkoholfahrern zur Anwendung, sehr selten bei illegalen Drogen und so gut wie nie bei Medikamenten und Methadon. Dies liegt an den Beweisproblemen beim Nachweis der Fahrsicherheit, weil, anders als beim Alkohol mit seinen 1,1 Promille, keine absoluten Grenzwerte für Drogen und Medikamente existieren.

Eine Bestrafung ist bei diesen psychotropen Substanzen nur möglich, wenn die relative Fahrunsicherheit durch Ausfallerscheinungen im Fahrverhalten oder im Vor- und Nachtatverhalten indiziert wird und eine Blutprobe gezielt auf einzelne Substanzen untersucht wird.

Neuere Erkenntnisse über die Fahrtüchtigkeit eines Teils methadonsubstituierter Patienten werden – wie bei Medikamenten – implizit bei der Beurteilung der relativen Fahrunsicherheit im Einzelfall berücksichtigt.

3. Zur straf- und zivilrechtlichen Verantwortlichkeit von Ärzten

Eine Strafbarkeit des behandelnden Arztes/der Ärztin wegen Anstiftung oder Beihilfe zu den §§ 315c, 316 scheidet aus, da der hierfür erforderliche „doppelte Teilnehmervorsatz“ realitätsfern ist. Dies würde nämlich voraussetzen, dass der Arzt nicht nur um die Trunkenheitsfahrt des Patienten/der Patientin weiß oder diese zumindest in Kauf nimmt, sondern auch gerade zur Förderung dieser Straftat handelt.

Eine Strafbarkeit des Arztes/der Ärztin wegen fahrlässiger Tötung (§ 222 StGB) oder fahrlässiger Körperverletzung (§ 229 StGB) bei einem Unfall des Methadon-Substituierten scheidet normalerweise unter dem Gesichtspunkt der Eigenverantwortlichkeit des Patienten für seine Fahrsicherheit aus. Sie kommt jedoch in Betracht, wenn der Arzt den Patienten nicht über die fahrsicherheitsbeeinträchtigende Wirkung von Methadon aufgeklärt hat oder wenn er – nach Verabreichung – einen erkennbar schuldunfähigen Patienten (z.B. wegen Beikonsums anderer psychotroper Substanzen), nicht an der vorhersehbaren Fahrt hindert.

In diesen Fällen kommt auch eine zivilrechtliche Haftung aus dem Arztvertrag und gemäß § 823 I BGB in Betracht.

4. Privilegierung von Methadon bei der Ordnungswidrigkeit gemäß § 24a Abs. 2 StVG gegenüber illegalen Drogen und Alkohol

Der neue Bußgeldtatbestand gegen Drogen im Straßenverkehr (bis zu 3.000 DM Geldbuße und drei Monate Fahrverbot) gilt nur für die in der Anlage zu § 24a StVG genannten berauschenden Mittel (Cannabis, Heroin, Morphin, Kokain, Amphetamine), nicht für Methadon. Der Gesetzgeber behandelt Methadon hier also wie Medikamente (insbesondere Benzodiazepine), ohne dass es auf „die bestimmungsgemäße Einnahme eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Medikaments“ (§ 24a II 2 StVG) ankommt.

5. Die Behandlung von Methadon-Substituierten im Fahrerlaubnisrecht

Die in § 2 IV StVG vorausgesetzte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen und die dafür „notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen“ werden seit dem 1.1.1999 durch die Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) konkretisiert.

Für Betäubungsmittel und Arzneimittel gelten bei der Erteilung oder Wiedereerteilung der Fahrerlaubnis die §§ 11 und 14 FeV in Verbindung mit Anlage 4 zu §§ 11, 13 und 14. Im Rahmen der Entziehung der Fahrerlaubnis verweist § 46 III FeV auf diese Vorschriften. Nach Anlage 4 Nrn. 9.1 - 9.3 ist bei Einnahme oder Abhängigkeit von Betäubungsmitteln im Sinne des BtMG die Eignung in aller Regel zu verneinen.

Die Anforderung eines ärztlichen Gutachtens gemäß § 14 I FeV beziehungsweise einer medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU) gemäß § 14 II FeV bei der durch Tatsachen begründeten Annahme einer Abhängigkeit oder eines regelmäßigen Konsums von Betäubungsmitteln i.S. des BtMG ist gesetz- und verfassungskonform. Zweifelhaft ist dies nur bezüglich des bloßen Besitzes von Cannabis, der nach § 14 Abs. 1 S. 2 FeV ebenfalls die Einholung eines ärztlichen Gutachtens soll rechtfertigen können (z.Zt. ist diesbezüglich eine Verfassungsbeschwerde mit Sachverständigenanhörung anhängig).

§§ 11 und 14 FeV in Verbindung mit Anlage 4 sehen keine Ausnahme für Methadon-Substituierte vor, jedoch orientieren sich die Fahrerlaubnisbehörden bei der Beauftragung von Gutachtern an den „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung“, die – in unmittelbarer Interpretation des § 2 IV StVG und dem derzeitigen Stand der Verkehrsmedizin und –psychologie entsprechend – die Fahreignung in der Regel verneinen und nur in seltenen Ausnahmefällen unter engen Voraussetzungen bejahen. Die generelle Verneinung der Fahreignung und der Verweis auf einjährige vollständige Abstinenz wäre nicht mehr im Einklang mit neueren Eignungskriterien und würde daher die in § 2 IV StVG enthaltenen Beurteilungsspielräume verkennen.

Die in den Richtlinien verlangte mehr als einjährige Methadon-Substitution, die Freiheit von Beigebrauch anderer psychoaktiver Substanzen und die psychosozial stabile Integration berücksichtigen in zulässiger Weise typische Risiken und sind daher gesetz- und verfassungskonform (vgl. OVG Hamburg NZV 1997, 247). Da sie aber nicht gesetzlich verbindlich sind, kann der Gutachter im Einzelfall auch davon abweichen und unter Umständen eine kürzere Erprobungszeit ausreichen lassen.

Falls wissenschaftliche Untersuchungen ergeben, dass die Risiken des Beigebrauches anderer psychoaktiver Substanzen (einschließlich Alkohol) oder des Therapieabbruchs im ersten Jahr erheblich geringer sind als bisher angenommen, könnten die Anforderungen der Richtlinien durch den Gemeinsamen Beirat für Verkehrsmedizin bei den Bundesministerien für Verkehr und Gesundheit geändert werden. Eine völlige Gleichstellung mit anderen psychoaktiv wirkenden Medikamenten, bei denen nur die missbräuchliche Einnahme zur generellen Verneinung der Fahreignung führt (Anl. 4 Nr. 9.4 und § 14 I Nr. 3 FeV), empfiehlt sich wegen des höheren Risikopotentials bei substituierten Drogenabhängigen nachzeitigem Erkenntnisstand nicht.

Gutachterliche Richtlinien für die Bewertung der Fahreignung von Substitutionspatienten

Prof. Dr. Werner Kannheiser

Methadon und Fahrerlaubnisverordnung/Begutachtungsleitlinien

Die zentralen Rechtsvorschriften für Erteilung und Entzug einer Fahrerlaubnis enthalten das Straßenverkehrsgesetz (StVG), das die Eckdaten vorgibt und die Fahrerlaubnisverordnung (FeV), die die näheren Einzelheiten regelt.

Für die Begutachtung der Fahreignung im Einzelfall bieten die Begutachtungs-Leitlinien den beteiligten Instanzen, also neben den Gutachtern auch den Fahrerlaubnisbehörden, einen Maßstab.

Nach den Ausführungen der aktuellen Begutachtungs-Leitlinien¹ unter Punkt „3.12.1 Sucht (Abhängigkeit) und Intoxikationszustände“ führen Einnahme oder Abhängigkeit von Betäubungsmitteln zur Ungeeignetheit im Hinblick auf das Führen von Kraftfahrzeugen. Bei einer Methadon-Substitution ist die mangelnde Eignung hingegen „nur“ der Regelfall, von dem es bei besonderen Umständen im Einzelfall seltene Ausnahmefälle geben kann. Für einen solchen Ausnahmefall sprechen unter anderem eine mehr als einjährige Methadon-Substitution, eine psychosoziale stabile Integration, die Freiheit vom Beigebrauch anderer psychoaktiver Substanzen, inklusive Alkohol, seit mindestens einem Jahr, nachgewiesen durch geeignete, regelmäßige, zufällige Kontrollen (z.B. Urin, Haar) während der Therapie, der Nachweis für Eigenverantwortung und Therapie-Compliance sowie das Fehlen einer Störung der Gesamtpersönlichkeit.

¹ Lewrenz, H. u.a. (Hrsg.), Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und beim Bundesministerium Gesundheit, in: Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 115.

Die medizinisch-therapeutisch ‚kontrollierte‘ Methadonabhängigkeit als Behandlungsmethode wird demnach in den Begutachtungs-Leitlinien nicht der Heroinabhängigkeit gleichgestellt, sondern rechtfertigt eine Einzelfallbetrachtung, die - allerdings nur ausnahmsweise - eine Fahreignung möglich macht. Entscheidend hierfür ist, nach dem Ausschluss von Leistungsdefiziten, die Persönlichkeit des Patienten.

Einleitung einer Begutachtung

Hinsichtlich des Ausgangspunktes einer Begutachtung lassen sich zunächst drei Fallkonstellationen unterscheiden:

1. Der Patient ist noch im Besitz der Fahrerlaubnis.
2. Der Patient hat infolge seiner Heroin-Abhängigkeit keine Fahrerlaubnis.
3. Der Patient hat aufgrund der Methadon-Substitution keine Fahrerlaubnis.

Im ersten Fall kann die Fahrerlaubnisbehörde ohne weitere Aufklärung des Sachverhaltes gem. § 46 Abs. 1 i.V. mit Anlage 4 Nr. 9. FeV die Fahrerlaubnis entziehen oder diese belassen, nachdem sie gem. § 46 Abs. 3 i.V. mit § 14 Abs. 1 FeV den Sachverhalt genauer aufgeklärt hat. War die Fahrerlaubnis nach § 14 Abs. 1 FeV entzogen, ist gem. § 14 Abs. 2 FeV ein **medizinisch-psychologisches Gutachten** vor Wiedererteilung der Fahrerlaubnis einzuholen.

Für den Gutachtenauftrag einer Behörde an eine Gutachter sind dabei folgende Untersuchungsfragestellungen denkbar:

- *Kann der Untersuchte trotz der festgestellten Methadon-Substitution ein Kraftfahrzeug der Klasse ... sicher führen?*
- *Ist zu erwarten, dass der Untersuchte auch zukünftig ein Kraftfahrzeug unter Drogeneinfluss führen wird und/oder liegen als Folge eines*

unkontrollierten Drogenkonsums Beeinträchtigungen vor, die das sichere Führen eines Kraftfahrzeugs der Klasse ... in Frage stellen?

• Ist zu erwarten, dass der Untersuchte auch zukünftig erheblich gegen allgemein strafrechtliche Bestimmungen verstoßen wird?

Beurteilungskriterien

Für die Beurteilung des Ausnahmefalles nach den Begutachtungsleitlinien hat der TÜV Süddeutschland den folgenden Kriterienkatalog² entwickelt.

1. Methadon wird seit mehr als einem Jahr kontinuierlich ohne Beigebrauch anderer Substanzen (auch Alkohol und/oder Medikamente) substituiert.
2. Belege über den fehlenden Beigebrauch sollten in Form von forensisch gesicherten Drogenscreenings, die alle relevanten Stoffe umfassen, für mindestens ein Jahr vorgelegt werden (zufällige Kontrollen).
3. Es gibt keine Hinweise auf Unregelmäßigkeiten (Aussetzen der Substitution, Fernbleiben bei Urinkontrollen, Manipulation, Auffälligkeiten in der Behördenakte).
4. Die Substitution erfolgt im Rahmen einer professionellen Betreuung (z. B. Suchttherapie, die aktuell mit dem Therapieziel Drogenfreiheit durchgeführt wird).
5. Eine nachvollziehbare Stellungnahme des behandelnden Arztes/der Ärztin schließt psychiatrisch relevante Krankheitsbilder (vor allem Psychosen und Persönlichkeitsstörungen) aus.
6. Der Klient weist bezüglich Verhalten und Einstellungen einen günstigen psychologischen Befund auf. Es besteht Bereitschaft zur Eigenverantwortlichkeit und Therapie-Compliance.

² Fachinfo 09/01 des TÜV Süddeutschland, Frau Dr. Löhr-Schwaab, Jürgen Brenner-Hartmann.

7. Es sind keine Leistungsauffälligkeiten festzustellen.
8. Es besteht eine stabile Integration in das soziale Umfeld (Berufstätigkeit, Familie, Wohnung).

Durchführung einer Untersuchung

Damit ergeben sich die folgenden möglichen Inhaltsbereiche einer Untersuchung:

1. Nicht (mehr) Vorliegen von *verkehrsrelevanten psychophysischen Beeinträchtigungen*.
2. Ausschluss von *verkehrsrelevanten Leistungsauffälligkeiten*.
3. *Drogenproblematik* (u.a. Bedingungen der Substitution, Therapiemotivation, äußere und innere Distanzierung vom Drogenkonsum, Problemeinsicht).
4. *Umfeld des Probanden/der Probandin* (günstiges berufliches, familiäres, soziales Umfeld, das die Substitution stützt)
5. *Persönlichkeit des Probanden/der Probandin* (u.a. Ausschluss einer Störung der Gesamtpersönlichkeit, eines neurotischen Störungsbildes)
6. *Anpassungsbereitschaft im Straßenverkehr/Einstellung zur Verkehrssicherheit* (u.a. allgemeine und drogenspezifische Haltung zur Verkehrssicherheit)
7. *Ggf. Aufarbeitung früherer Delikte* (zeigt der Proband eine selbstkritische Aufarbeitung zurückliegender Verkehrsdelikte inklusive Drogen- und Trunkenheitsfahrten).

Die Punkte 1 und 2 können in einer MPU, einer medizinischen Untersuchung und einer psychologischen Leistungsuntersuchung abgeklärt werden.

Einen weiteren Schwerpunkt der Begutachtung bildet aber der dritte Punkt, der sich weiter untergliedern lässt in „3.1 Bedingungen der Substitution“ und

„3.2 Erkennbarkeit von Ansätzen für eine dauerhafte, tragfähige Distanzierung vom Drogenkonsum“.

Wichtige Aspekte für eine positive Beurteilung des Punktes 3.1 sind eine mindestens einjährige Methadon-Substituierung, die Art der Substitution, die Beigebrauchsfreiheit und die Therapie-Motivation. Der Punkt 3.2 erfasst demgegenüber die äußere Distanz zur Drogenszene sowie Bewältigungsstrategien bei Kontakt zur Szene, die innere Distanz (d.h. keine Bagatellisierung, Krankheitseinsicht, Einsicht in die Rückfallgefahr, keine Suchtverlagerung in die soziale Normalität) und die Erfahrungen mit der Substitution (positive, stabilisierende Erfahrungen, erfolgreicher Umgang mit Belastungssituationen u.Ä.).

Im sozialen Umfeld des Probanden/der Probandin sowie seinem Sozialverhalten (Punkt 4) ist nach günstigen, stützenden Faktoren zu suchen, seien es eine neue Wohnung, ein beruflicher Neuanfang, die Lösung von Drogenkontakten oder das familiäre Umfeld. Die ausschließliche Beziehung zu gleichfalls (beigebrauchsfrei) Substituierten ist aus Sicht der Fahreignung durchaus nicht nachteilig zu beurteilen.

Zur Beurteilung von Punkt 5 ist das Urteil der behandelnden Ärzte mit einzu beziehen.

Für den sechsten Punkt ist zu ermitteln, ob der Proband Einsicht in die Gefahren von Drogen und Medikamenten im Straßenverkehr zeigt. Es geht dabei sowohl um seine allgemeine wie auch seine drogenspezifische Haltung zur Verkehrssicherheit. Insofern besteht ein enger Zusammenhang zu Punkt 7 (frühere Verkehrsdelikte). Durch z.B. selbstkritische Schilderungen früherer Drogenfahrten kann eine Aufarbeitung zurückliegender Verkehrsdelikte erkennbar werden.

Zu beachten ist dabei, dass das Gutachten eine abschließende Abschätzung nach Betrachtung aller Kriterien vorzunehmen hat.

Fazit

Es ist davon auszugehen, dass nur ein sehr geringer Prozentsatz der Methadonsubstituierten Patienten im Rahmen der nach § 14 FeV angeordneten MPU eine positive Prognose und damit eine Fahrerlaubniserteilung erhalten wird. Hinzu kommt, dass die Patienten die ca. DM 800,- für die MPU selbst tragen müssen.

Weiterhin ist zu erwarten, dass sich selbst bei den grundsätzlich fahrgeeigneten Methadon-Substitutions-Patienten aufgrund der geschilderten Probleme und Risiken nur eine bedingte Fahreignung ergeben kann, weshalb wiederkehrende Nachuntersuchungen im Intervall von zunächst einem Jahr, bei Stabilität zwei Jahren erforderlich sind zur Erhebung des jeweils aktuellen Status. Darüber hinaus bedarf es für die Zwischenzeit forensisch gesicherter Drogenscreenings zum Beleg der Beigebrauchsfreiheit. Auch die Kosten hierfür haben natürlich die Probanden zu tragen.

Als Fazit lässt sich damit festhalten, dass die uneingeschränkte Eignung zur sicheren Verkehrsteilnahme erst mit der Beendigung der Abhängigkeit wieder gegeben ist.

Die Bedeutung der Fahrerlaubnis im Rahmen einer qualifizierten Substitutionsbehandlung

Peter Niederhuber

Einführung

Der Erhalt oder die Wiedererlangung einer Fahrerlaubnis spielen zu Beginn einer Substitutionsbehandlung keine wesentliche Rolle, weil ein großer Teil der Patienten keinen Führerschein besitzt. Gleichzeitig wirft dies das Problem der Patientenversorgung insbesondere in ländlichen Gebieten auf.

Zu Beginn der Behandlung stehen aber elementare Ziele der Hilfe im Vordergrund:

1. Überlebenshilfe,
2. körperliche, psychische und soziale Stabilisierung,
3. Lösung aus der Illegalität,
4. Behandlung bei HIV oder Hepatitis-erkrankung und
5. Behandlung bei Schwangerschaft.

Bei der Substitutionsbehandlung in der Substitutionsambulanz Holzkirchen handelt es sich um ein in der Regel auf drei bis fünf Jahre angelegtes Begleitprogramm. Ausnahmen hiervon bilden die Überbrückungssubstitution bis zur Entgiftung und zum Therapieantritt.

Soweit die Begutachungsleitlinien bei Betäubungsmittelabhängigkeit die Fahreignung grundsätzlich verneinen und bei Methadonsubstitution Ausnahmekriterien für eine Fahreignung vorsehen, handelt es sich um sinnvolle Regelungen, da sie die allgemeine Verkehrssicherheit betreffen. Wichtig ist aber, dass den Patienten durch die mögliche Ausnahme eine Perspektive eröffnet wird.

Dazu trägt ein vernünftig durchgeführtes Substitutionsprogramm entscheidend bei.

Rahmenbedingungen und Kriterien erfolgreicher Substitutionsprogramme

Die Substitution hat zahlreiche nachgewiesene positive Effekte wie gesundheitliche, soziale und psychische Stabilisierung. Die 24 Stunden anhaltende Wirkung von Methadon verbessert die Therapiefähigkeit, die Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung und der Freizeitgestaltung sowie die Stabilisierung der materiellen und sozialen Verhältnisse.

Die Beschaffungskriminalität wird reduziert und eine Distanzierung von der Drogenszene möglich.

Kriterien für die Aufnahme in ein Methadonprogramm sind:

1. Mindestalter 18 Jahre (Selbstverantwortung und Zustimmungsfähigkeit)
2. Manifeste Opioidabhängigkeit seit zwei Jahren
3. Soziale Substitutionsfähigkeit (z.B. fester Wohnsitz, regelmäßiges Erscheinen, Zustimmung zu notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen, Kontrollen und Begleituntersuchungen)

Sind diese Kriterien erfüllt, dann hat der Patient zwar das „Erforderliche“ getan, für ein erfolgreiches Substitutionsprogramm müssen aber auch die Rahmenbedingungen stimmen:

1. Die medizinische Seite und der Kontrollaspekt (monitoring zur Eindämmung des Beigebrauchs)
2. Das Vorliegen einer engen Kooperationsstruktur (Grad der Vernetzung/Kooperation)
3. Eine ausreichend intensive und zielgerichtete Arbeit in der psychosozialen Begleitung, die es versteht, die Motivation bezüglich der Fahrerlaubnis zu nutzen

Die Kooperationsstruktur (Punkt 2) muss umfassend ausgebaut sein. Sie beinhaltet engen Kontakt mit allen substituierenden Ärzten (regelmäßig ca. 1x pro Woche), regelmäßige Qualitätszirkel (ca. alle 6 Wochen), die Erarbeitung einer gemeinsamen Arbeitsbeschreibung zum Zweck der Qualitätssicherung und die fachliche Integration der Arbeit in die Fachambulanz bezüglich Fallbesprechung, Supervision und Fortbildung.

Die psychosoziale Begleitung dient allgemein der Wiederherstellung der elementaren materiellen und sozialen Lebensgrundlagen, der Stabilisierung des Kontaktes zum Hilfesystem und der Entwicklung und Förderung einer Motivation zum „Ausstieg“ aus der Drogenszene.

Dies versucht sie durch eine Vielzahl von Leistungsangeboten zu erreichen:

1. Soziale und lebenspraktische Basishilfen
2. Sozialberatung (Klärung von Zuständigkeiten und Anspruchsberechtigungen)
3. Angebote zur Förderung neuer Orientierungen, Interessen und Freizeitgestaltung
4. Beratung bei der Entwicklung einer realistischen Orientierung bezüglich der beruflichen und sozialen Integration
5. Beratung und Unterstützung bei der Schuldenregulierung
6. Zusammenarbeit mit Institutionen der Bewährungshilfe
7. Therapeutische Behandlung
8. Förderung der Veränderungsbereitschaft
9. Rückfallprävention
10. HIV-Prävention
11. Behandlung von psychischen Funktionsstörungen
12. Vermittlung in Entgiftung, stationäre und ambulante Therapie
13. Krisenintervention

14. In Krisenfällen können täglich Gespräche stattfinden, Hausbesuche oder Überbringungsfahrten in stationäre Einrichtungen durchgeführt werden.

Die Erfahrungen mit der Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer haben gezeigt, dass der Wunsch die Fahrerlaubnis (wieder) zu erhalten einen beträchtlichen Einfluss auf die Behandlung haben kann, ja sogar teilweise der Anlass ist, die eigenen Gewohnheiten zu überdenken oder zu ändern.

Vergleichbares gilt für Substitutionspatienten, bei denen mit der Zeit die Bereitschaft zur Aufnahme einer Arbeit steigt, der Wunsch nach Mobilität wächst und damit auch die Bedeutung der Fahrerlaubnis als Motivationsfaktor. Dieser Aspekt lässt sich für die Behandlung nutzen.

Bedeutung einer qualifizierten Substitutionsbehandlung für die Fahrerlaubnis

Bei der genaueren Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Substitution und Fahrerlaubnis sind zwei Ausgangspunkte und drei Behandlungsphasen zu unterscheiden.

Die erste entscheidende Differenzierung schafft die Frage, ob es um die Wiedererlangung oder das Behalten einer Fahrerlaubnis geht. Sofern ein Patient noch im Besitz der Fahrerlaubnis ist, haben die Ärzte und Berater die Pflicht zur Patientenaufklärung dahingehend, dass das Führen eines Kraftfahrzeugs verboten ist. Dabei ist aber auf die Eigenverantwortlichkeit der Patienten zu bauen.

Möglicherweise noch wichtiger ist jedoch die Beachtung der Behandlungsphasen, die jeweils eigene Ziele verfolgen, andere therapeutische Haltungen erfordern und unterschiedliche Anforderungen an die therapeutische Intervention stellen.

Die *erste Phase (Beginn)* ist geprägt von Krisen, Instabilität (z.B. Beikonsum) und Umorientierung. Sie erfordert therapeutisch Krisenintervention, Kontrolle,

Grenzen setzen und die Einführung in die Rahmenbedingungen und Regeln des Programms. Die Fahrerlaubnis spielt in dieser Situation noch keine Rolle, erweckt allenfalls Sicherheitsbedenken sofern noch vorhanden.

Die *zweite Phase (Stabilisierung)* wird vom Entstehen eigener Ziele, Wünsche und Perspektiven der Patienten geprägt. Den Therapeuten kommt dabei die Aufgabe des „Bremsers“ zu, die die Veränderungen eher noch in geringem Umfang und nur vorsichtig zulassen und die lebenspraktische Umsetzung von Zielen anstreben.

Die Möglichkeit die Fahrerlaubnis wiederzuerlangen, kann in dieser Situation bereits die Compliance und das Durchhalten der Patienten fördern.

Die *dritte Phase (Beendigung)* schließlich ist davon bestimmt, dass alte Muster stören. Veränderungen werden vorangetrieben und umgesetzt, die weitere Teilnahme am Substitutionsprogramm wird erschwert, die Entgiftung und Entwöhnung werden vorbereitet und schließlich durchgeführt.

In dieser Lage kann der Fahrerlaubnis bereits eine wichtige Bedeutung zukommen. Sofern sie die Arbeitsaufnahme verhindert, gefährdet sie Motivation und Rehabilitation. Die Wiedererlangung hingegen stellt unter Umständen einen wichtigen Schritt im Verlauf der Rehabilitation in Richtung Erwerbstätigkeit dar.

Zusammenfassung

Für die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis sind die aktive und zuverlässige Teilnahme an einem psychosozialen Substitutionsprogramm Voraussetzung.

Die differenzierte psychosoziale Betreuung, bei der die medizinische Behandlung integraler Bestandteil eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes ist, vermag die überzeugende Grundlage für eine stabile lebenspraktische Bewährung zu bilden.

Die Substitutionsbehandlung beschränkt sich daher nicht auf die Substitution mit einem Opiatersatzstoff. Sie beinhaltet vielmehr umfassende Hilfen im beratenden, lebenspraktischen und therapeutischen Bereich.

Die aktive Mitarbeit der Klienten ist dafür unabdingbare Voraussetzung, ihre Teilnahme an den psychosozialen Betreuungsmaßnahmen wesentlicher Bestandteil der Behandlung. Einen motivierenden Faktor für die Mitarbeit kann dabei die Wiedererlangung der Fahrerlaubnis bilden.

Die Strukturierung der Therapie schafft damit die Grundlage für die Erfüllung derjenigen Kriterien der Begutachtungsleitlinien, die außerhalb einer Persönlichkeitsstörung liegen und damit auch für die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis.

Die Möglichkeit der Wiedererlangung der Fahrerlaubnis und ein vernünftiges Substitutionsprogramm stehen demzufolge in Wechselbeziehung.

Methadonsubstitution und Fahrsicherheit/Fahreignung - Überblick über die experimentellen Forschungsergebnisse

Prof. Dr. Günter Berghaus

Einleitung und Überblick über vorliegende Forschungsergebnisse

Zu dem Problem der Fahrsicherheit/Fahreignung bei Methadon-Substitution gibt es ca. 20 bis 25 experimentelle Studien, die sich zu gleichen Teilen auf den englisch- und deutschsprachigen Raum verteilen.

Hinsichtlich des methodischen Ansatzpunktes der experimentellen Studien ist danach zu unterscheiden, ob die Leistung oder die Person getestet wurden. In die erste Kategorie gehören die Leistungs- und Labortests und die Fahrsimulationen, die darunter leiden, dass die Probanden ihre „Defizite“ nicht kompensieren können. Dieser Vorbehalt gilt nicht für die ebenfalls in den Bereich Leistungstest einzuordnende Fahrt im Kraftfahrzeug (auf abgesperrtem Gelände oder im Straßenverkehr). Zur zweiten Gruppe zählen die Persönlichkeitstests, die Psychopathologie und die Psychodiagnostik. Einzig die vom Referenten in Zusammenarbeit mit anderen durchgeführten Untersuchungen 1990 und 1995 erfassen sämtliche Bereiche und beinhalten auch Fahrtests auf abgesperrtem Gelände.

Ergebnisse der Untersuchung 1990

Bei der Untersuchung an 24 Patienten von 1990 handelte es sich um die erste deutsche Studie zum Beigebrauch, die die Persönlichkeit einbezog und die Auswirkung von Methadon auf die Fahreignung erforschte.

Das Ergebnis der Untersuchung zur psychophysischen Leistung, von der die Beigebrauchspatienten ausgeschlossen wurden, zeigte keine generelle Ungeeignetheit der Substitutionspatienten zum Führen von Kraftfahrzeugen.

Die einzelnen Tests erbrachten zwar fast durchgängig geringfügig schwächere Leistungen der Methadonpatienten im Vergleich zu den Gesunden, die Unterschiede waren aber nur in wenigen Fällen signifikant.

Bei den Leistungstests zeigten von insgesamt 52 Items 10 Differenzen zwischen Methadonpatienten und Gesunden.

Im Einzelnen:

Leistungsbereich	Zahl der Items	... mit Unterschieden
Tachistoskopischer Auffassungstest	2	1
Daueraufmerksamkeit	2	-
Geschwindigkeitsschätzung	4	-
Periphere Wahrnehmung bei zentralem Tracking	6	3
Kurzzeitgedächtnis	4	-
Einhalten der Fahrspur	4	1
Entscheidungs- und Reaktionsverhalten	6	-
Reaktive Belastbarkeit	24	5

Quelle: Berghaus u.a. 1993.

Als Ergebnis lässt sich bereits an dieser Stelle festhalten, dass Leistungstests nur eine untergeordnete Rolle spielen, wie auch das Beispiel eines Patienten verdeutlichen mag, bei dem die Blutuntersuchung 8 Substanzen ergab. Dieser Patient absolvierte einen eineinhalbstündigen Test mit gutem Resultat.

Bedeutsamer sind allerdings die Ergebnisse der Persönlichkeitstests zu beurteilen, wenngleich sich keine generellen Konsequenzen ziehen lassen, sondern stets eine individuelle Betrachtung erforderlich ist.

Es kamen sechs Testverfahren zum Einsatz. Ein Persönlichkeitsfragebogen (8-PF; 8 Skalen), ein Verkehrsspezifischer Itempool (VIP; 4 Skalen), ein Fragebogen für Risikobereitschaftsfaktoren (FRF; 2 Skalen), das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI; 7 Skalen), der Persönlichkeitstest (MMPI; 10 Skalen) und ein Test zur Psychopathologie (AMDP). Differenzen der Patienten zu den Gesunden zeigten sich beim 8-PF in den Bereichen Ängstlichkeit, Selbstkontrolle, Unfallvermeidung/Selbstvertrauen und psychische Gesund-

heit und beim VIP auf der Skala unkritische Selbstwahrnehmung; das FPI zeigte Unterschiede in der Erregbarkeit und Aggressivität. Diese Resultate wurden auch durch den MMPI und AMDP gestützt.

Deutschsprachige Studien mit Leistungstests

Von den zwischen 1989 und 2000 durchgeführten 12 Studien mit Leistungstest ergaben 6 keinerlei Unterschiede und 5 zeigten Differenzen zwischen gesunden und substituierten Fahrern. Eine weitere Studie arbeitete mit zwei Vergleichsgruppen zu den Substituierten. Einmal wurden zum Vergleich sehr gute, ausgebildete Fahrer von der Feuerwehr herangezogen, mit dem Ergebnis eines Unterschiedes zu den Patienten und für einen zweiten Vergleich wurden „schlechte“ Fahrer herangezogen, mit dem Resultat keines Unterschiedes. Die uneinheitlichen Ergebnisse der Studien lassen sich auf verschiedene Ursachen zurückführen. Zum Teil leiden die Untersuchungen an erheblichen methodischen Schwächen. So sind beispielsweise Mehrfachvergleiche vorgenommen und Aussagen zur Signifikanz getroffen worden, ohne dass eine Korrektur des Signifikanzniveaus nach Bonferroni stattgefunden hat.³ Die Anzahl der Probanden variierte stark. Zum Teil wurden optimale Patienten ausgelesen, die leistungsmäßig gesunden Personen entsprachen. Der Beigebrauch wurde ebenfalls nicht einheitlich berücksichtigt.

³ Bei Verfahren zum Vergleichen aller möglichen Paare von Gruppenmittelwerten muss aufgrund der großen Anzahl von Vergleichen eine Korrektur durchgeführt werden. Wenn viele nichtunabhängige Vergleiche durchgeführt werden, steigt die Wahrscheinlichkeit, zufällig signifikante Unterschiede zu finden, mit einer steigenden Zahl von Vergleichen. Bei Mehrfachvergleichen wird versucht, die Fehlerrate zu steuern, indem strengere Kriterien dafür festgelegt werden, welche beobachteten Differenzen als signifikant bezeichnet werden dürfen. *Bonferroni* führt paarweise Vergleiche zwischen Gruppenmittelwerten mit T-Tests aus; regelt dabei jedoch auch die Gesamtfehlerrate, indem die Fehlerrate für jeden Test auf den Quotienten aus der experimentellen Fehlerrate und der Gesamtzahl der Tests gesetzt wird. Dadurch wird das beobachtete Signifikanzniveau an Mehrfachvergleiche angepasst.

Vergleich von Patienten mit und ohne Beigebrauch anhand der Untersuchung von 1990

Untergliedert man die Patienten von 1990 in solche mit Beigebrauch (10 männliche und 4 weibliche) und solche ohne Beigebrauch (6/4), ergeben sich zwischen diesen Gruppen nur in einzelnen Punkten signifikante Unterschiede. Dies betrifft bei den Leistungstests den Bereich der reaktiven Belastbarkeit (7 von 16 Items signifikant). Der 8-PF ergab bei der Selbstkontrolle, der VIP bei der unkritischen Selbstwahrnehmung, das FPI bei Aggressivität und Emotionalität und der MMPI zeigte bei Depression, Konversionshysterie, Psychasthenie und Schizoidie signifikante Differenzen zwischen den unterschiedlichen Substituierten-Gruppen.

Ergebnisse der Untersuchung 1995

Die Untersuchung von 1995 sollte zunächst das Manko der geringen Fallzahl der Untersuchung von 1990 beheben, indem Patienten vom Gesundheitsamt und aus Arztpraxen, die stabil substituiert sind, herangezogen wurden. Von den auf diese Weise ermittelten 128 Personen hatten jedoch zahlreiche noch nie eine Fahrerlaubnis besessen, waren nicht erreichbar, zeigten kein Interesse, wiesen Beigebrauch auf oder erschienen nicht zum Versuch, so dass lediglich 13 Patienten untersucht werden konnten.

Für diese Studie ist festzuhalten, dass sich 1995 die Resultate von 1990 bestätigten. Substitutionspatienten sind zum Führen von KFZ nicht generell ungeeignet.

Bei Konzentration auf die charakteristischen Merkmale der Kraftfahreignung von Methadonpatienten zeigten sich in abgestufter Intensität Unterschiede zwischen Substituierten und Gesunden.

Auffälligkeiten lagen darin, dass die Streuung der Ergebnisse der Leistungstests größer war, die Tests nicht so ernst genommen wurden und die Resultate deshalb zum Teil auch schlechter ausfielen als noch 1990.

Stellt man die Ergebnisse beider Untersuchungen im Leistungsbereich gegenüber, zeigen die Tests für die '95er-Probanden in den Bereichen Einhalten der Fahrspur, Entscheidungs- und Reaktionsverhalten und Reaktive Belastbarkeit schlechtere Resultate.

Hinsichtlich des Fahrverhaltens (*Kubitzki, 1997*) waren lediglich beim Einparken Abweichungen festzustellen. Bei den persönlichkeitspezifischen, psychopathologischen Auffälligkeiten ergab sich für die Substitutionspatienten eine Tendenz zu spezifischen neurotischen Störungsmustern.

Die psychodiagnostischen Gespräche mit 22 Patienten ergaben aber schließlich nur eine positive Beurteilung und in nur zwei weiteren Fällen eine günstige Tendenz.

Ergebnis

Das Gesamtergebnis aus den Untersuchungen lässt sich in Form einer Pyramide wie folgt darstellen:

Kriterien zur Bewertung der Fahreignung:

Zu beachten ist bei dieser „Grobstruktur“ noch, dass eine psychologische Kontrolle erforderlich ist, um beispielsweise im Bereich der Persönlichkeit für die Frage der Fahreignung irrelevante Items auszuschließen.



Zwischenergebnisse einer laufenden Studie zu Buprenorphin und Fahrtauglichkeit

Sabine Kagerer

Einleitung

Bei dem Medikament Buprenorphin handelt es sich um ein neues Substitutionsmittel, das gegenüber Methadon möglicherweise eine Vielzahl von Vorteilen aufweist.

Zu den günstigen pharmakologischen Eigenschaften sollen die folgenden Punkte zählen:

- Relativ große therapeutische Breite.
- Überdosierung und Missbrauch unwahrscheinlich.
- Geringerer Opiat-Beigebrauch, da die μ -Rezeptoren wirksam blockiert werden.
- Geringeres Abhängigkeitspotential und weniger ausgeprägte Entzugssymptome nach längerer Einnahme.
- Günstige psychotrope Eigenschaften (z.B. antidepressive und antipsychotische Wirkung sowie geringere Sedierung).
- Vergleichbare Wirksamkeit wie Methadon bei der Maintenance-Therapie und der Detoxifikation.
- Möglichkeit einer Applikation im Abstand von zwei bis drei Tagen.

Ausgehend von diesen positiven Aspekten läuft gegenwärtig an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie - Innenstadt der LMU-München eine umfangreiche Untersuchung zur Substitution mit Buprenorphin.

Untersuchungsmethoden

Die Erhebung umfasst gegenwärtig 13 freiwillig teilnehmende Probanden, die stabil auf Buprenorphin eingestellt und die beigebrauchsfrei sind. Bei Abschluss der Untersuchung sollen die Daten von 25 Personen vorliegen. Die Teilnehmer erhalten eine geringe Aufwandsentschädigung.

Zur Dokumentation der Katamnese wurden zahlreiche Fragebögen verwendet, um soziodemographische Variablen, suchtspezifische Merkmale, Persönlichkeitsvariablen und psychopathologische Aspekte zu erfassen. Zum Einsatz kamen sowohl Selbst- wie Fremdbeurteilungsskalen. Der Zeitaufwand für die Patienten liegt bei ca. zwei bis drei Stunden pro Untersuchungstermin.

Im Hinblick auf fahrverhaltensrelevante Merkmale wurden die Patienten am ART-90 Gerät den folgenden Tests in dieser Reihenfolge unterzogen:

1. PVT - Test der peripheren visuellen Wahrnehmung bei gleichzeitiger Trackingaufgabe.
2. TT15 - verkehrsspezifische, tachistoskopische Überblicksgewinnung.
3. Q1 - Test der Aufmerksamkeit und Konzentration unter Monotonie.
4. RST3 - Test der reaktiven Dauerbelastbarkeit.
5. DR2 - Test der Entscheidungs- und Reaktionsfähigkeit.

Die Ergebnisse werden per Computer mit dem Programm SPSS und dem Mann-Whitney-U -Test ausgewertet.

Um einen Vergleich mit Patienten einer Methadonsubstitution zu ermöglichen, werden die aus einer ähnlich angelegten Untersuchung von Dittert, Naber und Soyka (1997) resultierenden Daten herangezogen. Das Verhältnis männlicher zu weiblichen Probanden liegt bei der Buprenorphin-Gruppe gegenwärtig bei 8 zu 5 (bei der Methadon-Gruppe 13 zu 17) und das Durchschnittsalter beträgt 33 (36) Jahre.

Untersuchungsergebnisse

Keinen Unterschied oder keine signifikant besseren Ergebnisse erzielten die buprenorphin- im Vergleich zu den methadonsubstituierten Patienten bei den TT15 und PVT Tests. Beim Q1, dem RST3 und dem DR2 hingegen fielen die Ergebnisse der Buprenorphin-Gruppe signifikant besser aus.

Der RST3 Reaktionstest, in der Fahrtauglichkeitsprüfung häufig verwendet, wies für die Buprenorphin-Gruppe in allen drei Testphasen ein signifikant besseres Ergebnis aus. Dies lässt auf höhere Stresstoleranz, gleichmäßigeres Leistungsniveau und geringere Ermüdungserscheinungen schließen. Auffällig war auch, dass die Methadon-Gruppe eine größere Streuung der Testwerte aufwies, die Buprenorphin-Substituenten folglich ein homogeneres Leistungsniveau zeigten.

Beim Q1 schnitt die Buprenorphin-Gruppe bei der Anzahl bearbeiteter und der Anzahl richtiger Items signifikant besser ab, d.h. die Verarbeitungsgeschwindigkeit und Leistungsquantität war höher. Die Prozentzahl der Falschreaktionen unterschied sich bei den beiden Gruppen nicht, d.h. die Leistungsqualität der Buprenorphin-Gruppe war nicht schlechter trotz mehr bearbeiteter Items.

Beim DR2, dessen Aufgabenstellung im Allgemeinen als nicht besonders schwer eingestuft wird und bei dem auch die Methadon-Gruppe wenig auffällige Leistungen erbrachte, ergab sich ein signifikanter Unterschied bei der Anzahl der Entscheidungsfehler zugunsten der Buprenorphin-Gruppe. Das bedeutet, dass die Qualität ihrer Entscheidungen besser war, sie also eine bessere Konzentrationsfähigkeit aufzuweisen scheinen. Bei der Methadon-Gruppe fällt allerdings wiederum die große Streuung der Werte auf.

Die Testpersonen mit hoher Dosis (10-16mg) Buprenorphin schnitten nicht schlechter ab als die Probanden mit niedriger Dosierung (unter 10mg). Auch bei der Methadon-Gruppe wurde kein signifikanter Zusammenhang zwischen Dosis und Testleistung festgestellt.

Diskussion

Auch bei Berücksichtigung der bislang nur kleinen Stichprobe sprechen die bisherigen Ergebnisse für eine Bestätigung der Annahme höherer psychophysiologischer Leistungsfähigkeit bei Buprenorphinsubstitution gegenüber einer Methadonsubstitution. Die Bestätigung dieses Trends auch bei größerer Stichprobe steht jedoch noch aus.

Es ist dabei aber immer zu beachten, dass für die Beurteilung der Fahreignung noch weitere wesentliche Faktoren eine entscheidende Rolle spielen, wie körperliche und psychische Gesundheit, Persönlichkeitsdisposition, verkehrsrelevante Einstellungen und individuelle Fahranamnese. Insoweit sind die unterschiedlichen Substituenten-Gruppen noch zu vergleichen.

Festhalten lässt sich in jedem Fall, dass eine Buprenorphinsubstitution nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand nicht grundsätzlich gegen eine Fahreignung spricht, da die Testergebnisse zumindest nicht schlechter ausfallen als bei einer Methadonsubstitution.

Ergebnisse der Podiumsdiskussion

An der die Tagung abschließenden Podiumsdiskussion beteiligten sich neben den Referenten, Dr. Rieder und Rechtsanwalt Thorbecke sowie Dr. Gerhard Bühringer, Leiter des Instituts für Therapieforschung IFT und BAS-Vorstandsmitglied, als Diskussionsleiter. Die Diskussion beschäftigte sich mit fünf Themen.

1. Klärung der Begriffe Fahrsicherheit, Fahreignung und Fahrtüchtigkeit.
2. Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für die Fahrerlaubnis.
3. Die Verbindlichkeit des TÜV-Kriterien-Kataloges und das Verhältnis zu den Begutachtungs-Leitlinien.
4. Gleichbehandlung von legalen und illegalen Drogen im Straßenverkehr.
5. Bedingte Fahrerlaubnis für Substitutions-Patienten.

Begriffsklärung Fahrsicherheit, Fahreignung und Fahrtüchtigkeit

Dr. Bühringer stellte zunächst fest, dass es sich bei Fahreignung und -tüchtigkeit um Beurteilungskriterien für die Fahrerlaubniserteilung handle. *Prof. Kannheiser* präziserte diese Begriffe dahingehend, dass die **Fahreignung** eine körperliche, geistige und charakterliche Komponente beinhalte. Damit erfasse sie, über die Leistungsausstattung hinaus, auch Aspekte wie Bereitschaft zur selbstkritischen Verhaltensbeobachtung und -kontrolle oder Beherrschung des Stimmungs- und Affektlebens. **Fahrtüchtigkeit**, so wie sie hier eingebracht wurde, umschreibe hingegen die momentane psychische und physische Befindlichkeit und Befähigung ein Kraftfahrzeug führen zu können. Das Fehlen von Leistungsbeeinträchtigungen allein müsse noch keine Eig-

nung bedeuten. *Prof. Berghaus* stimmte dem zu, ergänzte aber, dass der Begriff **Fahrsicherheit** als ein zeitpunktbezogener Aspekt prägnanter sei als derjenige der Fahrtüchtigkeit. Die Fahreignung sei demgegenüber eine überdauernde Eigenschaft.

Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für die Fahrerlaubnis

Die Diskussion dieses Punktes knüpfte an eine bereits im Anschluss an den Vortrag von *Prof. Kannheiser* begonnene Debatte an und stand in direktem Zusammenhang mit dem vorhergehenden und dem folgenden Thema, ging es bei dem Problem der Persönlichkeitsstörungen doch um eines der Beurteilungskriterien des TÜV-Süddeutschland für die Untersuchung auf Vorliegen eines Ausnahmefalles bei Drogenabhängigkeit. Dieses Kriterium wurde von allen Diskussionsteilnehmern als kritisch empfunden. Insbesondere *PD Dr. Dr. Dr. Tretter* hob hervor, dass kein enger Zusammenhang zwischen Sucht und Persönlichkeitsstörung gegeben sei und nicht jede Form der Persönlichkeitsstörung auch Auswirkungen auf die Fahreignung oder Fahrtüchtigkeit habe. Nicht einzusehen sei, warum gerade Drogenabhängige frei von Persönlichkeitsstörungen sein müssten. *Prof. Kannheiser* wies jedoch darauf hin, dass eine neurotische Persönlichkeitsstörung für den Bereich der Fahreignung relevant sein könne, wenn es darum gehe, einen Methadon-Substitutions-Patienten bezüglich seiner Rückfallgefährdung zu beurteilen. *Prof. Schöch* ergänzte dahingehend, dass es eben erforderlich sei festzustellen, dass die Psychose bzw. Persönlichkeitsstörung im konkreten Fall für das Führen eines KFZ unter Drogeneinfluss relevant sei. Ohne diesen Einfluss sei eine Persönlichkeitsstörung nichts Suchtspezifisches. Zu unterscheiden sei folglich danach, ob die Fahreignung beeinträchtigt werde. *Prof. Berghaus* hielt die Leitlinien für überfrachtet und war der Ansicht, dass i.w. das Drogenproblem (Beigebrauch) eruiert werden müsse. Aus dem Publikum wurde noch angemerkt, dass etwa 60 Prozent der Drogenabhängigen nach ICD-10 ein narzisstische - oder Borderline-Störung hätten, die aber, anders als Verhal-

tensstörungen, im Hinblick auf die Fahreignung irrelevant seien. Abgeschwächt wurde die Kritik durch den im Verlauf der Diskussion verschiedentlich wiederholten Hinweis darauf, dass es sich nur um ein Kriterium handele, das im Einzelfall eben Bedeutung erlangen könne oder auch nicht. Es sei Aufgabe des Gutachters/der Gutachterin dieses zu beurteilen. An diesem Punkt entzündete sich die Diskussion um das Verhältnis der Begutachtungsleitlinien zu den TÜV-Kriterien und um die Freiheit der Gutachter.

Die TÜV-Kriterien und die Begutachtungs-Leitlinien

Im Rahmen dieser Diskussion wurde beispielsweise von *Dr. Rieder* darauf hingewiesen, dass es sich bei den TÜV-Kriterien nicht um Gesetzesrecht handle, diese also keineswegs verbindlich seien. Kritisiert wurde hingegen, dass in der Praxis möglicherweise ein anderer Eindruck entstehen könne. Von *Dr. Rieder* wurde kritisch angemerkt, dass eine differenzierte Vorgehensweise bei externen Gutachtern wohl die Regel sei, während TÜV-Gutachter sich doch zu oft nicht von den Kriterien lösen könnten (so auch *RA Thorbecke*, der auch meinte, dass die Kriterien die Motivation der Patienten zerstören könnten).

Das gelte insbesondere für die Voraussetzung einjähriger Drogenfreiheit nach Beendigung der Therapie, die allgemein als zu eng angesehen wurde. Dieser Auffassung stimmte *Prof. Dr. Dose* aus dem Publikum zu, unter Hinweis auf das Problem, dass die TÜV-Gutachter keine Psychiater seien. *Prof. Kannheiser* führte aus, dass die TÜV-Kriterien Konkretisierungen der Begutachtungsleitlinien darstellen und bei geregelter Methadon-Substitution auch erfüllt werden können. Frau *Dr. Laeverenz*, Teilnehmerin vom Bayerischen Staatsministerium des Innern, merkte an, dass die Begutachtungsstellen seit 01. Januar 1999 nach Qualitätsstandards anerkannt und überprüft würden. Zu den Maßnahmen zur Qualitätssicherung gehöre auch ein vorgeschriebener Erfahrungsaustausch der Gutachterstellen untereinander. *Dr. Bühringer* führte „ungerechte“ Einzelfälle zum Teil auf die Heranziehung zu weniger Kriterien

bei der Begutachtung zurück und folgerte daraus, dass eine Operationalisierung der Kriterien erforderlich sei, die eine größere Einheitlichkeit gewährleisten könne. Dem schloss sich *PD Dr. Dr. Dr. Tretter* an. *Herr Niederhuber* bemängelte in diesem Zusammenhang auch zu geringe Kenntnisse der Gutachter von den Substitutionsprogrammen. In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls eine Ungleichbehandlung der Drogenabhängigen im Vergleich zu den Alkoholabhängigen beklagt, da, nach einem Beitrag aus dem Publikum - anders als bei Alkohol - bislang noch kein Fall bekannt sei, in dem ein Methadonabhängiger die Fahrerlaubnis zurückbekommen habe.

Gleichbehandlung von legalen und illegalen Drogen im Straßenverkehr

Dieser Vorwurf der Ungleichbehandlung von illegalen Drogen und legalen Drogen - vor allem Alkohol - wurde verschiedentlich geäußert, vor allem auch aus dem Publikum. Die Voraussetzungen für eine Fahrerlaubniserteilung nach den TÜV-Kriterien für Abhängige von illegalen Drogen seien so hoch, dass fraglich sei, ob überhaupt irgendjemand diese Anforderungen erfülle. Verlangt werde dort der ideale Autofahrer, so *RA Thorbecke*.

Dem wurde allerdings von *Prof. Kannheiser* entgegengehalten, dass die Anforderungen grundsätzlich vergleichbar seien. Bei Methadon-Substitution gingen die Möglichkeiten über die Regelungen betreffend Alkohol- oder Drogenmissbrauch sogar hinaus, weil im Falle einer Substitution - zumindest in Ausnahmefällen - bereits vor Abschluss der Therapie eine Fahrerlaubnis erteilt werden könne. Was die generelle Fahreignung angehe, führte *Prof. Schöch* aus, so werde diese zunächst einmal vermutet und erst wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen würden, die diese Annahme erschüttern, müsse ein Gutachten beigebracht werden. Solange ein Autofahrer aber nicht auffalle, spreche die generelle Vermutung eben für ihn, auch wenn er nicht der optimale Autofahrer sei. Darüberhinaus sei Methadon ja auch keine der illegalen Drogen nach der Anlage zu § 24a StVG. Ein Zuhörer ergänzte dazu, dass beim Vorliegen von Anhaltspunkten die Fahrerlaubnisbehörde gesetzlich

verpflichtet sei Maßnahmen zu ergreifen. *Prof. Berghaus* wies schließlich noch darauf hin, dass es sich bei § 24a StVG um eine politische Aussage bzw. Entscheidung handle. Danach sei Morphin im Blut, das aus einer Heroinspritze stamme strafbar, während dem nicht so sei, wenn es auf ein Schmerzmittel zurückgehe. Aus politischer Sicht gelte daher die Regel, „*was der Gesundheit dient ist gut*“.

Bedingte Fahrerlaubnis für Substitutions-Patienten

Prof. Schöch meinte zunächst, dass eine bedingte Fahrerlaubnis einleuchtend sei und solche Fälle erfassen könne, die den Voraussetzungen für das Vorliegen einer Ausnahme nach den Begutachtungsleitlinien nahe kämen und bei denen den Patienten eine Erprobung zuzutrauen sei. *Prof. Berghaus* pflichtete dem bei und *PD Dr. Dr. Dr. Tretter* wies auf die therapeutischen Vorzüge hin.

Gegen eine solche bedingte Fahrerlaubnis richtete sich *Frau Dr. Laeverenz* vom bayerischen Staatsministerium des Innern mit der Auffassung, dass diese bedingte Eignung nur für körperliche Mängel wie das Tragen einer Brille oder spezielle Vorrichtungen bei Einarmigkeit gelte. Bei Drogen bzw. charakterlichen Mängeln gelte nicht der Grundsatz "in dubio pro reo" („Im Zweifel für den Angeklagten“), sondern es gelte die Regel „Im Zweifel für die Sicherheit“. Könne jemand seine Fahreignung nicht beweisen, dann erhalte er auch keine Fahrerlaubnis. Die Eignung müsse feststehen. Ein Zuhörer der Staatsanwaltschaft stimmte dem zu, da die Gefahr bei Substituierten zu groß sei. Eine therapeutische Sinnhaftigkeit habe dahinter zurückzustehen.

Gegen diese Einschätzung wurde in mehrfacher Hinsicht Kritik geäußert. Zum Ersten meinte *Dr. Bühringer*, könne eine Beweisbarkeit der Fahreignung bei Süchtigen im Sinne einer 100 % Sicherheit nie gegeben sein, so dass Folge einer solchen Handhabung, die Versagung der Fahrerlaubnis für immer wäre.

Zum Zweiten wies *Prof. Schöch* darauf hin, dass der Eignungsbegriff neben der körperlichen und geistigen Eignung die charakterliche Eignung umfasse und dass der vom Ministerium zugrunde gelegte bedingte Eignungsbegriff zu

eng sei. Seit der Gesetzesänderung sei die Beschränkung auf körperliche Mängel nicht mehr geboten.

Schließlich führte *Prof. Kannheiser* noch aus, dass eine bedingte Fahreignung/-erlaubnis hier nicht missverstanden werden dürfe, da es sich eher um eine Verschärfung handele, erlaube sie doch eine Überwachung des Fahrerlaubnisinhabers mittels der zu erfüllenden Bedingungen. Der Vorschlag beziehe sich darauf, dass - solange eine Methadonsubstitution stattfinde - nur die bedingte Eignung ausgesprochen werden sollte. Der Gutachter habe die Aufgabe, entsprechend klar zu formulieren, welche Bedingungen der Proband zu erfüllen habe, so dass die Fahrerlaubnisbehörde nicht in eigener Verantwortung diese Risikofrage entscheiden müsse.

Dr. Rieder stellte abschließend hierzu noch fest, dass Methadon seit über 30 Jahren im Einsatz sei und es sich infolge der damit vorliegenden Erfahrungen nicht um ein hochriskantes Unternehmen handle, substituierten Patienten eine bedingte Fahrerlaubnis zu erteilen.

In diesen Zusammenhang passt als **Sonderpunkt** noch die, in der Diskussion zu den Vorträgen von PD Dr. Dr. Dr. Dr. Tretter und Herrn Niederhuber aufgeworfene Frage nach dem Verhalten des Arztes, wenn ein Substitutionspatient gegen das Verbot ein Kraftfahrzeug zu führen, verstößt. In diesem Fall sei nach einer Auffassung aus dem Publikum bei Überwiegen der Interessen der Allgemeinheit eine Meldung an die Behörde möglich, ohne hierdurch die Schweigepflicht zu verletzen. Dagegen wurde entgegnet, müsse allerdings das - für die Behandlung unabdingbare - Vertrauensverhältnis abgewogen werden, das in diesem Fall zumindest leiden würde. Auch lasse die Betrachtung einer Praxis im ländlichen Bereich den Schluss zu, dass sicher gegen dieses Verbot verstoßen wird, ohne dass Unfälle bekannt geworden sind. Eine Durchsetzung des Fahrverbotes durch den Arzt würde dessen Arbeit zumindest erheblich erschweren.

Anhang

Referenten

Apl. Prof. Dr. Günter Berghaus

Institut für Rechtsmedizin der Universität Köln.

Prof. Dr. Berghaus forscht im Themengebiet Arzneimittel, Alkohol, Drogen und Verkehrssicherheit und ist Vorstandsmitglied des International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS).

Sabine Kagerer

Diplom Psychologin, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie - Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Apl. Prof. Dr. Werner Kannheiser

Institut für Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Prof. Dr. Kannheiser ist psychologischer Obergutachter an der Medizinisch-Psychologisch-Technischen Obergutachterstelle der Universität München.

Peter Niederhuber

Leiter der Caritas-Fachambulanz für Suchterkrankungen in Miesbach.

Prof. Dr. Heinz Schöch

Institut für die gesamten Strafrechtswissenschaften der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Prof. Dr. Schöch hat den Lehrstuhl für Strafrecht, Kriminologie, Jugendrecht und Strafvollzug inne.

PD Dr. Dr. Dr. Felix Tretter

Bezirkskrankenhaus Haar (bei München)

PD Dr. Dr. Dr. Tretter, Mediziner, Psychologe und Soziologe, ist Chefarzt der Suchtabteilung des BKH und stellvertretender Vorsitzender der BAS e.V.

Weitere Diskussionsteilnehmer

Dr. Thomas Rieder

Bezirkskrankenhaus Mainkofen (bei Deggendorf).

Dr. Rieder ist leitender Oberarzt der Suchtabteilung des BKH. Er substituiert und erstellt medizinisch-psychologische Gutachten.

Anselm Thorbecke

Rechtsanwalt in München

Herr Thorbecke vertritt seit Jahren Menschen, die mit dem Betäubungsmittelgesetz in Konflikt gekommen sind.

Fachausdruckglossar

- **Beikonsum:** unerwünschte Einnahme von Alkohol, Drogen und Medikamenten neben dem Substitutionsmittel
- **Borderline-Störung:** Persönlichkeitsstörung mit ausgeprägter Instabilität von Selbstbild, Stimmung, zwischenmenschlichen Beziehungen und exzessiven Gefühlsschwankungen mit Suizidimpulsen
- **Detoxifikation:** Entzugsbehandlung, auch Entgiftung bei Überdosierungen
- **i.v.-Drogenabhängigkeit:** i.v.=intravenös - die Droge wird gespritzt
- **Konversionshysterie:** Reaktionstyp bei hysterischen Persönlichkeiten, bei denen persönliche Konflikte in körperliche Symptome umgesetzt werden
- **Maintenance-Therapie:** medikamentöse Therapie mit dem Ziel der Aufrechterhaltung eines Wirkspiegels z.B. im Rahmen einer Substitutionstherapie
- **Mann-Whitney-U-Test:** statistisches Testverfahren zum Vergleich von zwei nicht normalverteilten Variablen
- **Narzisstische Störung:** Störung des Selbstwertgefühls mit Selbstidealisierung und Drang nach Bestätigung durch Mitmenschen

- **Psychasthenie:** Konstitutionelle psychische Schwäche und geringe Belastbarkeit ohne körperliche Ursache mit Neigung zu Erschöpfung, depressiver Verstimmung, Schlafstörung und Hilflosigkeit
- **Schizoidie:** Persönlichkeitsstörung, die durch Schroffheit und Ablehnung bei gleichzeitiger Überempfindlichkeit und ausgeprägter Zweispieltigkeit gekennzeichnet ist
- **Signifikanz:** statistische Bedeutsamkeit, z.B. im Unterschied von Mittelwerten zweier Gruppen. Konventionell festgelegter Hinweis darauf, dass Unterschiede zwischen zwei Gruppen (z.B. Frauen und Männern) nicht zufällig sind.
- **Somatisch:** körperlich
- **Tachistoskopie:** Untersuchung, bei der verschiedene Objekte dem beobachtenden Auge nur kurzzeitig dargeboten werden und im Anschluss daran benannt werden sollen
- **Tracking-Aufgabe:** Zielverfolgungsaufgabe, mit deren Hilfe die Bewegungssteuerung der Versuchsperson untersucht werden soll

Literaturverzeichnis

Berghaus, G., M. Staak, R. Glazinski, K. Höher (Hrsg.), Methadonsubstitution und Verkehrssicherheit - eine empirische Untersuchung. In: Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 18. Bremerhaven 1993.

Dittert, Sebastian, Methadon-Substitution und Fahrtauglichkeit. München 1997.

Gemeinsamer Beirat für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und beim Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung. In: Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 115. Bremerhaven 2000.

Kubitzki, Jörg, Charakteristische Merkmale der Kraftfahrtauglichkeit von Methadonpatienten. In: Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 76. Bremerhaven 1997.

Raschke, Peter, unter Mitarbeit von Uwe Verthein [u.a.], Substitutionstherapie - Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg im Breisgau 1994.

Vorschriften und Richtlinien

Begutachtungsleitlinien⁴ vom Februar 2000 Punkt „3.12.1 Sucht (Abhängigkeit) und Intoxikationszustände“ beinhaltet u.a. folgende Ausführungen:

Wer Betäubungsmittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) nimmt oder von ihnen abhängig ist, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden.

Bei i.v.-Drogenabhängigen kann unter bestimmten Umständen eine Substitutionsbehandlung mit Methadon indiziert sein. Wer als Heroinabhängiger mit Methadon substituiert wird, ist im Hinblick auf eine hinreichend beständige Anpassungs- und Leistungsfähigkeit in der Regel nicht geeignet, ein Kraftfahrzeug zu führen. Nur in seltenen Ausnahmefällen ist eine positive Beurteilung möglich, wenn besondere Umstände dies im Einzelfall rechtfertigen. Hierher gehören u.a. eine mehr als einjährige Methadon-Substitution, eine psychosoziale stabile Integration, die Freiheit vom Beigebrauch anderer psychoaktiver Substanzen, incl. Alkohol, seit mindestens 1 Jahr, nachgewiesen durch geeignete, regelmäßige, zufällige Kontrollen (z.B. Urin, Haar) während der Therapie, der Nachweis für Eigenverantwortung und Therapie-Compliance sowie das Fehlen einer Störung der Gesamtpersönlichkeit. Persönlichkeitsveränderungen können nicht nur als reversible oder irreversible Folgen von Missbrauch und Abhängigkeit zu werten sein, sondern ggf. auch als vorbestehende oder parallel bestehende Störung, insbesondere auch im affektiven Bereich. In die Begutachtung des Einzelfalls ist das Urteil der behandelnden Ärzte einzubeziehen. Insoweit kommt in diesen Fällen neben den körperlichen Befunden den Persönlichkeits-, Leistungs-, verhaltenspsychologischen und den sozialpsychologischen Befunden erhebliche Bedeutung für die Begründung von positiven Regelausnahmen zu.

⁴ Lewrenz, H. u.a. (Hrsg.), Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und beim Bundesministerium Gesundheit, in: Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 115.

BtMG - § 13 Verschreibung und Abgabe auf Verschreibung

(1) ¹ Die in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel dürfen nur von Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten und nur dann verschrieben oder im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung einschließlich der ärztlichen Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper begründet ist. ² Die Anwendung ist insbesondere dann nicht begründet, wenn der beabsichtigte Zweck auf andere Weise erreicht werden kann. ³ Die in Anlagen I und II bezeichneten Betäubungsmittel dürfen nicht verschrieben, verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden.

(2) ¹ Die nach Absatz 1 verschriebenen Betäubungsmittel dürfen nur im Rahmen des Betriebs einer Apotheke und gegen Vorlage der Verschreibung abgegeben werden. ...

(3) ¹ Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung^[5] mit Zustimmung des Bundesrates das Verschreiben von den in Anlage III bezeichneten Betäubungsmitteln, ihre Abgabe auf Grund einer Verschreibung und das Aufzeichnen ihres Verbleibs und des Bestandes bei Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, in Apotheken, tierärztlichen Hausapotheken, Krankenhäusern und Tierkliniken zu regeln, soweit es zur Sicherheit oder Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs erforderlich ist. ² Insbesondere können

1. das Verschreiben auf bestimmte Zubereitungen, Bestimmungszwecke oder Mengen beschränkt,
2. Form, Inhalt, Anfertigung, Ausgabe, Aufbewahrung und Rückgabe des zu verwendenden amtlichen Formblattes für die Verschreibung sowie der Aufzeichnungen über den Verbleib und den Bestand festgelegt und
3. Ausnahmen von den Vorschriften des § 4 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe c für die Ausrüstung von Kauffahrteischiffen erlassen

werden.

⁵ Siehe die Betäubungsmittel-VerschreibungsVO (BtMVV) idF der Bek. v. 16. 9. 1993 (BGBl. I S. 1637), zuletzt geändert durch G v. 24. 6. 1994 (BGBl. I S. 1416).

StVG - § 2^[6] Fahrerlaubnis und Führerschein

(1) ¹ Wer auf öffentlichen Straßen ein Kraftfahrzeug führt, bedarf der Erlaubnis (Fahrerlaubnis) der zuständigen Behörde (Fahrerlaubnisbehörde). ² Die Fahrerlaubnis wird in bestimmten Klassen erteilt. ³ Sie ist durch eine amtliche Bescheinigung (Führerschein) nachzuweisen.

(2) ¹ Die Fahrerlaubnis ist für die jeweilige Klasse zu erteilen, wenn der Bewerber

1. seinen ordentlichen Wohnsitz im Sinne des Artikels 9 der Richtlinie 91/439/EWG des Rates vom 29. Juli 1991 über den Führerschein (ABl. EG Nr. L 237 S. 1) im Inland hat,
2. das erforderliche Mindestalter erreicht hat,
3. zum Führen von Kraftfahrzeugen geeignet ist,
4. zum Führen von Kraftfahrzeugen nach dem Fahrlehrgesetz und den auf ihm beruhenden Rechtsvorschriften ausgebildet worden ist,
5. die Befähigung zum Führen von Kraftfahrzeugen in einer theoretischen und praktischen Prüfung nachgewiesen hat,
6. die Grundzüge der Versorgung Unfallverletzter im Straßenverkehr beherrscht oder Erste Hilfe leisten kann und
7. keine in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erteilte Fahrerlaubnis dieser Klasse besitzt.

² Nach näherer Bestimmung durch Rechtsverordnung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe g können als weitere Voraussetzungen der Vorbesitz anderer Klassen oder Fahrpraxis in einer anderen Klasse festgelegt werden. ³ Die Fahrerlaubnis kann für die Klassen C und D sowie ihre Unterklassen und Anhängerklassen befristet erteilt werden. ⁴ Sie ist auf Antrag zu verlängern, wenn der Bewerber zum Führen von Kraftfahrzeugen geeignet ist und kein Anlaß zur Annahme besteht, daß eine der aus den Sätzen 1 und 2 ersichtlichen sonstigen Voraussetzungen fehlt.

(3) ...

⁶ § 2 Abs. 1 Satz 2 neugef. durch G v. 6. 4. 1980 (BGBl. I S. 413), Satz 3 angef. durch G v. 19. 3. 1969 (BGBl. I S. 217), Abs. 1 Satz 2 geänd., Satz 3 eingef., bish. Satz 3 wird Satz 4 durch G v. 13. 5. 1986 (BGBl. I S. 700), neugef. durch Art. 1 G v. 24. 4. 1998 (BGBl. I S. 747).

(4) ¹ 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. ² Ist der Bewerber auf Grund körperlicher oder geistiger Mängel nur bedingt zum Führen von Kraftfahrzeugen geeignet, so erteilt die Fahrerlaubnisbehörde die Fahrerlaubnis mit Beschränkungen oder unter Auflagen, wenn dadurch das sichere Führen von Kraftfahrzeugen gewährleistet ist.

(5) Befähigt zum Führen von Kraftfahrzeugen ist, wer

1. ausreichende Kenntnisse der für das Führen von Kraftfahrzeugen maßgebenden gesetzlichen Vorschriften hat,
2. mit den Gefahren des Straßenverkehrs und den zu ihrer Abwehr erforderlichen Verhaltensweisen vertraut ist,
3. die zum sicheren Führen eines Kraftfahrzeugs, gegebenenfalls mit Anhänger, erforderlichen technischen Kenntnisse besitzt und zu ihrer praktischen Anwendung in der Lage ist und
4. über ausreichende Kenntnisse einer umweltbewußten und energiesparenden Fahrweise verfügt und zu ihrer praktischen Anwendung in der Lage ist.

(6) ...

(7) ¹ Die Fahrerlaubnisbehörde hat zu ermitteln, ob der Antragsteller zum Führen von Kraftfahrzeugen, gegebenenfalls mit Anhänger, geeignet und befähigt ist, und ob er bereits eine in- oder ausländische Fahrerlaubnis oder einen entsprechenden Führerschein besitzt. ² Sie hat dazu Auskünfte aus dem Verkehrszentralregister und dem Zentralen Fahrerlaubnisregister nach den Vorschriften dieses Gesetzes einzuholen. ³ Sie kann außerdem insbesondere entsprechende Auskünfte aus ausländischen Registern oder von ausländischen Stellen einholen sowie die Beibringung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei der Verwaltungsbehörde nach den Vorschriften des Bundeszentralregistergesetzes verlangen.

(8) Werden Tatsachen bekannt, die Bedenken gegen die Eignung oder Befähigung des Bewerbers begründen, so kann die Fahrerlaubnisbehörde anordnen, daß der Antragsteller ein Gutachten oder Zeugnis eines Facharztes oder Amtsarztes, ein Gutachten einer amtlich anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung oder eines amtlichen anerkannten Sachverständigen oder Prüfers für den Kraftfahrzeugverkehr innerhalb einer angemessenen Frist beibringt.

(9) ¹ Die Registerauskünfte, Führungszeugnisse, Gutachten und Gesundheitszeugnisse dürfen nur zur Feststellung oder Überprüfung der Eignung oder Befähigung verwendet werden. ² Sie sind nach spätestens zehn Jahren zu vernichten, es sei denn, ...

(10) ...

(11) ...

(12) ¹ Die Polizei hat Informationen über Tatsachen, die auf nicht nur vorübergehende Mängel hinsichtlich der Eignung oder auf Mängel hinsichtlich der Befähigung einer Person zum Führen von Kraftfahrzeugen schließen lassen, den Fahrerlaubnisbehörden zu übermitteln, soweit dies für die Überprüfung der Eignung oder Befähigung aus der Sicht der übermittelnden Stelle erforderlich ist. ² Soweit die mitgeteilten Informationen für die Beurteilung der Eignung oder Befähigung nicht erforderlich sind, insbesondere weil die betreffende Person keine Fahrerlaubnis besitzt oder beantragt hat, sind die Unterlagen unverzüglich zu vernichten.

(13) ¹ Stellen oder Personen, die die Eignung oder Befähigung zur Teilnahme am Straßenverkehr oder Ortskenntnisse zwecks Vorbereitung einer verwaltungsbehördlichen Entscheidung beurteilen oder prüfen oder die in der Versorgung Unfallverletzter im Straßenverkehr oder Erster Hilfe (§ 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6) ausbilden, müssen für diese Aufgaben gesetzlich oder amtlich anerkannt oder beauftragt sein. ² Personen, die die Befähigung zum Führen von Kraftfahrzeugen nach § 2 Abs. 5 prüfen, müssen darüber hinaus einer Technischen Prüfstelle für den Kraftfahrzeugverkehr nach § 10 des Kraftfahrersachverständigengesetzes angehören. ³ Voraussetzungen, Inhalt, Umfang und Verfahren für die Anerkennung oder Beauftragung und die Aufsicht werden - soweit nicht bereits im Kraftfahrersachverständigengesetz oder in auf ihm beruhenden Rechtsvorschriften geregelt - durch Rechtsverordnung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe k näher bestimmt.

(14) ¹ Die Fahrerlaubnisbehörden dürfen den in Absatz 13 Satz 1 genannten Stellen und Personen die Daten übermitteln, die diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. ² Die betreffenden Stellen und Personen dürfen diese Daten und nach näherer Bestimmung durch Rechtsverordnung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe k die bei der Erfüllung ihrer Aufgaben anfallenden Daten verarbeiten und nutzen.

(15) ...

StVG - § 24a ^[7] [Ordnungswidrigkeiten wegen Genusses von Alkohol oder berauschenden Mitteln]

(1) ...

(2) ¹ Ordnungswidrig handelt, wer unter der Wirkung eines in der Anlage zu dieser Vorschrift genannten berauschenden Mittels im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug führt. ² Eine solche Wirkung liegt vor, wenn eine in dieser Anlage genannte Substanz im Blut nachgewiesen wird. ³ Satz 1 gilt nicht, wenn die Substanz aus des bestimmungsgemäßen Einnahme eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels herrührt.

(3) Ordnungswidrig handelt auch, wer die Tat fahrlässig begeht.

(4) ¹ Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 und des Absatzes 2 mit einer Geldbuße bis zu dreitausend Deutsche Mark ... geahndet werden. ...

(5) Das Bundesministerium für Verkehr wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Justiz mit Zustimmung des Bundesrates die Liste der berauschenden Mittel und Substanzen in der Anlage zu dieser Vorschrift zu ändern oder zu ergänzen, wenn dies nach wissenschaftlicher Erkenntnis im Hinblick auf die Sicherheit des Straßenverkehrs erforderlich ist.

StVG - Anlage ^[8] ^[9] (zu § 24a)

Liste der berauschenden Mittel und Substanzen

⁷ VO über Regelsätze für Geldbußen und über die Anordnung eines Fahrverbots wegen Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr (Bußgeldkatalog-VO - BKatV) v. 4. 7. 1989 (BGBl. I S. 1305, ber. S. 1447), geänd. durch VO v. 23. 7. 1990 (BGBl. I S. 1489), v. 15. 10. 1991 (BGBl. I S. 1992), v. 24. 4. 1992 (BGBl. I S. 965), v. 26. 1. 1993 (BGBl. I S. 97) und v. 14.12.1993 (BGBl. I S. 2043).

⁸ Anlage zu § 24a eingef. durch Art. 1 G v. 28. 4. 1998 (BGBl. I S. 810).

⁹ Der Bußgeldkatalog sieht in Ziffer 70 für den erstmaligen Verstoß gegen § 24a Abs. 2, 3 StVG ohne Voreintragung im Verkehrszentralregister eine Geldbuße von DM 500,- (die sich bei Eintreten einer Gefährdung auf DM 550,- und bei einer Sachbeschädigung auf DM 850,- erhöht) ein Fahrverbot von einem Monat und 4 Punkte im Verkehrszentralregister vor. Bei einer Voreintragung (Ziffer 70.1) erhöhen sich die Werte auf DM 1.000,- und 3 Monate Fahrverbot und bei Eintragung von bereits mehreren Entscheidungen nach § 24a, §§ 316 oder 315c Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a StGB im Verkehrszentralregister (Ziffer 70.2) erhöht sich das Bußgeld nochmals auf DM 1.500,-.

Berauschende Mittel	Substanzen
Cannabis	Tetrahydrocannabinol (THC)
Heroin	Morphin
Morphin	Morphin
Kokain	Benzoylecgonin
Amphetamin	Amphetamin
Designer-Amphetamin	Methylendioxyethylamphetamin (MDE)
Designer-Amphetamin	Methylendioxymethamphetamin (MDMA)

FeV § 11 Eignung

(1) ¹ Bewerber um eine Fahrerlaubnis müssen die hierfür notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllen. ² Die Anforderungen sind insbesondere nicht erfüllt, wenn eine Erkrankung oder ein Mangel nach Anlage 4 oder 5 vorliegt, wodurch die Eignung oder die bedingte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen ausgeschlossen wird. ³ Außerdem dürfen die Bewerber nicht erheblich oder nicht wiederholt gegen verkehrsrechtliche Vorschriften oder Strafgesetze verstoßen haben, so daß dadurch die Eignung ausgeschlossen wird. ⁴ Bewerber um die Fahrerlaubnis der Klasse D oder D1 müssen auch die Gewähr dafür bieten, daß sie der besonderen Verantwortung bei der Beförderung von Fahrgästen gerecht werden.

(2) ¹ Werden Tatsachen bekannt, die Bedenken gegen die körperliche oder geistige Eignung des Fahrerlaubnisbewerbers begründen, kann die Fahrerlaubnisbehörde zur Vorbereitung von Entscheidungen über die Erteilung oder Verlängerung der Fahrerlaubnis oder über die Anordnung von Beschränkungen oder Auflagen die Beibringung eines ärztlichen Gutachtens durch den Bewerber anordnen. ² Bedenken gegen die körperliche oder geistige Eignung bestehen insbesondere, wenn Tatsachen bekannt werden, die auf eine Erkrankung oder einen Mangel nach Anlage 4 oder 5 hinweisen. ³ Die Behörde bestimmt in der Anordnung auch, ob das Gutachten von einem

1. für die Fragestellung (Absatz 6 Satz 1) zuständigen Facharzt mit verkehrsmedizinischer Qualifikation,
2. Arzt des Gesundheitsamtes oder einem anderen Arzt der öffentlichen Verwaltung oder
3. Arzt mit der Gebietsbezeichnung "Arbeitsmedizin" oder der Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin"

erstellt werden soll. ⁴ Die Behörde kann auch mehrere solcher Anordnungen treffen. ⁵ Der Facharzt nach Satz 3 Nr. 1 soll nicht zugleich der den Betroffenen behandelnde Arzt sein.

(3) ¹ Die Beibringung eines Gutachtens einer amtlich anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung (medizinisch-psychologisches Gutachten) kann zur Klärung von Eignungszweifeln für die Zwecke nach Absatz 2 angeordnet werden,

1. wenn nach Würdigung der Gutachten gemäß Absatz 2 oder Absatz 4 ein medizinisch-psychologisches Gutachten zusätzlich erforderlich ist,
2. ...,
3. bei erheblichen Auffälligkeiten, die im Rahmen einer Fahrerlaubnisprüfung nach § 18 Abs. 3 mitgeteilt worden sind,
4. bei Straftaten, die im Zusammenhang mit dem Straßenverkehr oder im Zusammenhang mit der Kraftfahreignung stehen oder bei denen Anhaltspunkte für ein hohes Aggressionspotential bestehen oder
5. bei der Neuerteilung der Fahrerlaubnis, wenn
 - a) die Fahrerlaubnis wiederholt entzogen war oder
 - b) der Entzug der Fahrerlaubnis auf einem Grund nach Nummer 4 beruhte.

² Unberührt bleiben medizinisch-psychologische Begutachtungen nach § 2a Abs. 4 und 5 und § 4 Abs. 10 Satz 3 des Straßenverkehrsgesetzes sowie § 10 Abs. 2 und den §§ 13 und 14 in Verbindung mit den Anlagen 4 und 5 dieser Verordnung.

(4) Die Beibringung eines Gutachtens eines amtlich anerkannten Sachverständigen oder Prüfers für den Kraftfahrzeugverkehr kann zur Klärung von Eignungszweifeln für die Zwecke nach Absatz 2 angeordnet werden,

1. wenn nach Würdigung der Gutachten gemäß Absatz 2 oder Absatz 3 ein Gutachten eines amtlich anerkannten Sachverständigen oder Prüfers zusätzlich erforderlich ist oder

2.

(5) Für die Durchführung der ärztlichen und der medizinisch-psychologischen Untersuchung sowie für die Erstellung der entsprechenden Gutachten gelten die in der Anlage 15 genannten Grundsätze.

(6) ¹ Die Fahrerlaubnisbehörde legt unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls und unter Beachtung der Anlagen 4 und 5 in der Anordnung zur Beibringung des Gutachtens fest, welche Fragen im Hinblick auf die Eignung des Betroffenen zum Führen von Kraftfahrzeugen zu klären sind. ²

Die Behörde teilt dem Betroffenen unter Darlegung der Gründe für die Zweifel an seiner Eignung und unter Angabe der für die Untersuchung in Betracht kommenden Stelle oder Stellen mit, daß er sich innerhalb einer von ihr festgelegten Frist auf seine Kosten der Untersuchung zu unterziehen und das Gutachten beizubringen hat. ³ Der Betroffene hat die Fahrerlaubnisbehörde darüber zu unterrichten, welche Stelle er mit der Untersuchung beauftragt hat.

⁴ Die Fahrerlaubnisbehörde teilt der untersuchenden Stelle mit, welche Fragen im Hinblick auf die Eignung des Betroffenen zum Führen von Kraftfahrzeugen zu klären sind und übersendet ihr die vollständigen Unterlagen, soweit sie unter Beachtung der gesetzlichen Verwertungsverbote verwendet werden dürfen. ⁵ Die Untersuchung erfolgt auf Grund eines Auftrages durch den Betroffenen.

(7) Steht die Nichteignung des Betroffenen zur Überzeugung der Fahrerlaubnisbehörde fest, unterbleibt die Anordnung zur Beibringung des Gutachtens.

(8) ¹ Weigert sich der Betroffene, sich untersuchen zu lassen, oder bringt er der Fahrerlaubnisbehörde das von ihr geforderte Gutachten nicht fristgerecht bei, darf sie bei ihrer Entscheidung auf die Nichteignung des Betroffenen schließen. ² Der Betroffene ist hierauf bei der Anordnung nach Absatz 6 hinzuweisen.

(9) ...

(10) ...

(11) ...

FeV § 14 Klärung von Eignungszweifeln im Hinblick auf Betäubungsmittel und Arzneimittel

(1) ¹ Zur Vorbereitung von Entscheidungen über die Erteilung oder die Verlängerung der Fahrerlaubnis oder über die Anordnung von Beschränkungen oder Auflagen ordnet die Fahrerlaubnisbehörde an, daß ein ärztliches Gutachten (§ 11 Abs. 2 Satz 3) beizubringen ist, wenn Tatsachen die Annahme begründen, daß

1. Abhängigkeit von Betäubungsmitteln im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 26. Januar 1998 (BGBl. I S. 160), in der jeweils geltenden Fassung, oder von anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen,
2. Einnahme von Betäubungsmitteln im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes oder
3. mißbräuchliche Einnahme von psychoaktiv wirkenden Arzneimitteln oder anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen

vorliegt. ² Die Beibringung eines ärztlichen Gutachtens kann angeordnet werden, wenn der Betroffene Betäubungsmittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes widerrechtlich besitzt oder besessen hat. ³ Das ärztliche Gutachten nach Satz 1 Nr. 2 oder 3 kann auch von einem Arzt, der die Anforderungen an den Arzt nach Anlage 14 erfüllt, erstellt werden. ⁴ Die Beibringung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens kann angeordnet werden, wenn gelegentliche Einnahme von Cannabis vorliegt und weitere Tatsachen Zweifel an der Eignung begründen.

(2) Die Beibringung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens ist für die Zwecke nach Absatz 1 anzuordnen, wenn

1. die Fahrerlaubnis aus einem der in Absatz 1 genannten Gründe entzogen war oder
2. zu klären ist, ob der Betroffene noch abhängig ist oder - ohne abhängig zu sein - weiterhin die in Absatz 1 genannten Mittel oder Stoffe einnimmt.

FeV § 46 Entziehung, Beschränkung, Auflagen

(1) ¹ Erweist sich der Inhaber einer Fahrerlaubnis als ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen, hat ihm die Fahrerlaubnisbehörde die Fahrerlaubnis zu entziehen. ² Dies gilt insbesondere, wenn Erkrankungen oder Mängel nach den Anlagen 4, 5 oder 6 vorliegen oder erheblich oder wiederholt gegen verkehrsrechtliche Vorschriften oder Strafgesetze verstoßen wurde und dadurch die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen ausgeschlossen ist.

(2) Erweist sich der Inhaber einer Fahrerlaubnis noch als bedingt geeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen, schränkt die Fahrerlaubnisbehörde die Fahrerlaubnis soweit wie notwendig ein oder ordnet die erforderlichen Auflagen an; die Anlagen 4, 5 und 6 sind zu berücksichtigen.

(3) Werden Tatsachen bekannt, die Bedenken begründen, daß der Inhaber einer Fahrerlaubnis zum Führen eines Kraftfahrzeugs ungeeignet oder bedingt geeignet ist, finden die §§ 11 bis 14 entsprechend Anwendung.

(4) ¹ Die Fahrerlaubnis ist auch zu entziehen, wenn der Inhaber sich als nicht befähigt zum Führen von Kraftfahrzeugen erweist. ² Rechtfertigen Tatsachen eine solche Annahme, kann die Fahrerlaubnisbehörde zur Vorbereitung der Entscheidung über die Entziehung die Beibringung eines Gutachtens eines amtlich anerkannten Sachverständigen oder Prüfers für den Kraftfahrzeugverkehr anordnen. ³ § 11 Abs. 6 bis 8 ist entsprechend anzuwenden.

(5) ¹ Mit der Entziehung erlischt die Fahrerlaubnis. ² Bei einer ausländischen Fahrerlaubnis erlischt das Recht zum Führen von Kraftfahrzeugen im Inland.

Anlage 4 (zu den §§ 11, 13 und 14) Eignung und bedingte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen (Auszug)

Vorbemerkung:

1. Die nachstehende Aufstellung enthält häufiger vorkommende Erkrankungen und Mängel, die die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen längere Zeit beeinträchtigen oder aufheben können. Nicht aufgenommen sind Erkrankungen, die seltener vorkommen oder nur kurzzeitig andauern (z. B. grippale Infekte, akute infektiöse Magen-/Darmstörungen, Migräne, Heuschnupfen, Asthma).
2. Grundlage der Beurteilung, ob im Einzelfall Eignung oder bedingte Eignung vorliegt, ist in der Regel ein ärztliches Gutachten (§ 11 Abs. 2 Satz 3), in besonderen Fällen ein medizinisch-psychologisches Gutachten (§ 11 Abs. 3) oder ein Gutachten eines amtlich anerkannten Sachverständigen oder Prüfers für den Kraftfahrzeugverkehr (§ 11 Abs. 4).
3. Die nachstehend vorgenommenen Bewertungen gelten für den Regelfall. Kompensationen durch besondere menschliche Veranlagung, durch Gewöhnung, durch besondere Einstellung oder durch besondere Verhaltenssteuerungen und -umstellungen sind möglich. Ergeben sich im Einzelfall in dieser Hinsicht Zweifel, kann eine medizinisch-psychologische Begutachtung angezeigt sein.

Krankheiten, Mängel		Eignung oder bedingte Eignung
		Klassen A, A1, B, BE, M, L, T
9.	Betäubungsmittel, andere psychoaktiv wirkende Stoffe und Arzneimittel	
9.1	Einnahme von Betäubungsmitteln im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes (ausgenommen Cannabis)	nein
9.2	Einnahme von Cannabis	
9.2.1	Regelmäßige Einnahme von Cannabis	nein
9.2.2	Gelegentliche Einnahme von Cannabis	ja ¹⁰
9.3	Abhängigkeit von Betäubungsmitteln im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes oder von anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen	nein
9.4	mißbräuchliche Einnahme (regelmäßig übermäßiger Gebrauch) von psychoaktiv wirkenden Arzneimitteln und anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen	nein
9.5	nach Entgiftung und Entwöhnung	ja nach einjähriger Abstinenz
9.6	Dauerbehandlung mit Arzneimitteln	
9.6.1	Vergiftung	nein
9.6.2	Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zum Führen von Kraftfahrzeugen unter das erforderliche Maß	nein

¹⁰ wenn Trennung von Konsum und Fahren und kein zusätzlicher Gebrauch von Alkohol oder anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen, keine Störung der Persönlichkeit, kein Kontrollverlust

Eignung oder bedingte Eignung	Beschränkungen/Auflagen bei bedingter Eignung	
Klassen C,C1, CE,C1E, D, D1, DE, D1E, FzF	Klassen A, A1, B, BE, M, L, T	Klassen C,C1, CE,C1E,D,D1, DE, D1E, FzF
nein	----	----
nein	----	----
ja ¹¹	----	----
nein	----	----
nein	----	----
ja nach einjähriger Abstinenz	regelmäßige Kontrollen	regelmäßige Kontrollen
nein	----	----
nein	----	----

¹¹ wenn Trennung von Konsum und Fahren und kein zusätzlicher Gebrauch von Alkohol oder anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen, keine Störung der Persönlichkeit, kein Kontrollverlust

StGB - § 222 Fahrlässige Tötung

Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

StGB - § 229 Fahrlässige Körperverletzung

Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung einer anderen Person verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

StGB - § 315 Gefährliche Eingriffe in den Bahn-, Schiffs- und Luftverkehr

....

StGB - § 315a Gefährdung des Bahn-, Schiffs- und Luftverkehrs

....

StGB - § 315b Gefährliche Eingriffe in den Straßenverkehr

....

StGB - § 315c Gefährdung des Straßenverkehrs

(1) Wer im Straßenverkehr

1. ein Fahrzeug führt, obwohl er
 - a) infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel ...
 - b) ... nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, ...

und dadurch Leib oder Leben eines anderen Menschen oder fremde Sachen von bedeutendem Wert gefährdet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 ist der Versuch strafbar.

(3) Wer in den Fällen des Absatzes 1

1. die Gefahr fahrlässig verursacht oder
2. fahrlässig handelt und die Gefahr fahrlässig verursacht,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

StGB - § 316 Trunkenheit im Verkehr

(1) Wer im Verkehr (§§ 315 bis 315d) ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 315a oder § 315c mit Strafe bedroht ist.

(2) Nach Absatz 1 wird auch bestraft, wer die Tat fahrlässig begeht.

BGB - § 823 [Schadensersatzpflicht]

(1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

(2) ¹ Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. ² Ist nach dem Inhalte des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

BGB - § 249 [Art und Umfang des Schadensersatzes]

¹ Wer zum Schadensersatz verpflichtet ist, hat den Zustand herzustellen, der bestehen würde, wenn der zum Ersatze verpflichtende Umstand nicht eingetreten wäre. ² Ist wegen Verletzung einer Person oder wegen Beschädigung einer Sache Schadensersatz zu leisten, so kann der Gläubiger statt der Herstellung den dazu erforderlichen Geldbetrag verlangen.