



**Bayerische
Akademie für
Suchtfragen**

in Forschung und Praxis BAS e.V.

Landwehrstr. 60-62

80336 München

Tel. 089-530 730-0

Fax 089-530 730-19

Email bas@bas-muenchen.de

<http://www.bas-muenchen.de>

**Dokumentation der
12. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern**

**Drogen und Fahrerlaubnis
Rotlicht für Cannabis im Straßenverkehr**

21. September 2005 in Nürnberg

BAS e.V. (VR 15964)

Bankverbindung:

Bank für Sozialwirtschaft

Konto-Nr. 8890100

BLZ 700 205 00

1. Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Jobst Böning

2. Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Michael Soyka

Schatzmeister:

Dipl.-Sozialpäd. (FH)

Bertram Wehner

Vorstandsmitglieder:

Christiane Fahrbacher-Lutz

Apothekerin

PD Dr. med. Norbert Wodarz

**Verantwortlich für die
Geschäftsstelle:**

Bertram Wehner

Ablauf der Tagung

Am 21. September 2005 fand in den Räumen des alten Rathauses in Nürnberg die 12. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern mit rund 50 Teilnehmern statt. Nach der Begrüßung der Teilnehmer durch den Drogen- und Suchtbeauftragten der Stadt Nürnberg, Herrn Georg Hopfengärtner, folgte die Tagung folgendem Ablauf:

- 09:30 Begrüßung und aktuelle Informationen
(Christiane Fahrmbacher-Lutz, Vorstand der BAS e.V.)
- 10:00 Ergebnisse aus der Befragung der Netzwerkansprechpartner 2005
(Dr. Beate Erbas, BAS e.V.)
- 10:15 Cannabis und Fahrsicherheit - Zum aktuellen Stand der Forschung
(Dipl.-Psych. Eva Schnabel, Interdisziplinäres Zentrum für Verkehrswissenschaften, Universität Würzburg)
- 11:00 *Kaffeepause*
- 11:15 Vorgehen und Methoden der Polizei bei Straßenverkehrskontrollen
(Bernhard Funk, Polizeihauptmeister, Verkehrspolizeiinspektion Nürnberg)
- 12:00 Gutachterliche Aspekte bei der Beurteilung der Fahreignung
(Dr. Thomas Rieder, Bezirksklinikum Mainkofen)
- 12:45 *Mittagspause*
- 13:45 Beginn der Workshops:
1. „MPU-Vorbereitungskurse“ – Teilnehmer, Ablauf, Prognose ?
(Dr. Otmar Huth, TÜV MPI Süddeutschland)
 2. Kasuistiken aus der Rechtsprechung zur Wiedererlangung der Fahrerlaubnis
(Rechtsanwalt Rudolf Gerber, 1. Vorsitzender mudra e.V.)
- 15:30 *Kaffeepause*
- 15:45 Forum: Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse
- 16:30 *Ende der Veranstaltung*

1. Aktuelle Informationen (Christiane Fahrmbacher-Lutz, Vorstand BAS e.V.)

Frau Fahrmbacher-Lutz stellt den druckfrischen Flyer der BAS e.V. vor, der über Struktur, Ziele und Aufgaben der BAS informiert. Ferner berichtet sie über ein Schreiben des Qualitätszirkels substituierender Ärzte in München an den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung, in dem es um die Einführung zusätzlicher Abrechnungsziffern für die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger geht. Das Schreiben kann bei Interesse in der Geschäftsstelle angefordert werden.

Zur Ergänzung der Tagung weist Frau Fahrmbacher-Lutz schließlich auf die Tagungsdokumentation „Substitution und Fahrerlaubnis“ hin, die unter www.bas-muenchen.de (Publikationen-Broschüren) erhältlich ist.

2. Ergebnisse aus der Befragung der Netzwerkansprechpartner 2005 (Dr. Beate Erbas, BAS e.V.)

Im Juni 2005 wurden die 108 Ansprechpartner des Netzwerkes Sucht (50 Mitarbeiter aus Beratungsstellen, 34 Ärzte und 24 Apotheker) zu Tätigkeitsschwerpunkten, Informationswünschen

und Kooperationsaktivitäten befragt. 74 Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgeschickt, was einer Responderate von 69% entspricht (jeweils 74% bei Mitarbeitern aus Beratungsstellen und Ärzten, 50% bei Apothekern).

Tätigkeitsschwerpunkte und Informationswünsche:

77% der Befragten beschäftigen sich mit Substitution (88% der Ärzte, 73% der Mitarbeiter von Beratungsstellen und 67% der Apotheker). Weitere häufig genannte Schwerpunkte sind Alkohol (60%, keine Apotheker) und Cannabis (57%). Am seltensten wurden die Bereiche Essstörungen (20%), Spielsucht (18%) und Verhaltenssüchte (4%) genannt.

Bei den Informationswünschen zeichnete sich kein einheitlicher Trend ab. Während von den Beratungsstellen jeweils mit etwa 30% Informationen zu Verhaltenssüchten, Substitution und Cannabis gewünscht wurde, zeigten Ärzte mit rund 22% ihr Interesse eher für Tabakabhängigkeit, Partydrogen und Arzneimittelabhängigkeit. 25 % der Apotheker bitten um Informationen zu Essstörungen und Partydrogen.

Regionale Vernetzung:

Bei 81% der Befragten gibt es in der näheren Umgebung einen interdisziplinär besetzten Arbeitskreis, Runden Tisch oder Qualitätszirkel „Sucht“, wobei 83% davon auch regelmäßig daran teilnehmen (12% gelegentlich, 5% nie). 36% der befragten Netzwerkansprechpartner organisieren oder leiten selbst einen entsprechenden Arbeitskreis.

Wenn es darum geht, über einen substituierten Patienten zwischen den drei Berufsgruppen zu kommunizieren, zeigte sich, dass *am häufigsten nur bei Vorliegen besonderer Probleme miteinander gesprochen* wird. So spricht der Apotheker mit dem Arzt in zwei Drittel der Fälle nur bei Problemen, der Arzt mit dem Apotheker in 55% der Fälle und die Mitarbeiter von Beratungsstellen in 42%. Am häufigsten findet sich ein mindestens einmal monatlich stattfindender Austausch zwischen Beratungsstelle und Arzt in 36% der Fälle, zwischen Apotheker und Arzt in 33% der Fälle.

Allen Ärzten und 82% der Apotheker war ein Mitarbeiter einer Beratungsstelle persönlich bekannt. 52% der Ärzte und 44% der Apotheker zeigten sich interessiert, dass sich ein Mitarbeiter einer Beratungsstelle bei ihnen vorstelle und sie über sein Angebot informiere.

Veränderungen seit Einführung der BUB-Richtlinien 2003 in der Zusammenarbeit:

Zu dieser Frage wurden lediglich Mitarbeiter aus Beratungsstellen und Ärzte befragt. So sahen erstere zu 48% eher positive Veränderungen, in 24 % keine Veränderungen und zu 9% negative Veränderungen. Bei den Ärzten betragen die entsprechenden Zahlen 45%, 23% und 5%.

Als positiv wurde von beiden Berufsgruppen eine engere und bessere Zusammenarbeit und die Neugründung von Qualitätszirkeln genannt. Von Seiten der Beratungsstellen wurde weiterhin positiv erwähnt, dass sich die Substitutionspatienten nun auf mehrere Praxen verteilen würden und, dass die Kontrollinstanzen durch die BUB-Richtlinien einen klareren definierten Auftrag hätten. Als negativer Effekt wurde angemerkt, dass einige Ärzte die psychosoziale Begleitung als „notwendiges Übel“ sehen und dies auch entsprechend ihren Patienten vermitteln würden. Von ärztlicher Seite wurden die zunehmenden Formalitäten kritisiert.

Funktion des Netzwerk Sucht:

Insgesamt zwei Drittel der Befragten beantworteten diese Frage. Am häufigsten wurde hier die Bereitstellung aktueller Informationen, der überregionale Erfahrungsaustausch und die interdisziplinäre Vernetzung genannt. Weiterhin wurden die Schaffung eines einheitlichen Informationsniveaus, Hilfestellung bei speziellen Problemfällen und die Unterstützung bei der Vermittlung von Kontakten angeführt. Aber es fanden sich auch kritische Rückmeldungen wie „Funktion neu überdenken“ oder „bis jetzt noch sehr wenige Funktionen“.

Weitere wünschenswerte Funktionen wurden von knapp 40% der Befragten angeführt und waren sehr vielfältig: So wurden beispielsweise Informationen für Hilfspersonal in Praxen und Apotheken, mehr politische Einflussnahme und die Veröffentlichung von kommunalen Missständen gewünscht.

Wünsche der BAS an die Praktiker:

Bei der Frage zu weiteren gewünschten Funktionen des Netzwerks Sucht wurde u.a. auch die Unterstützung beim Neuaufbau interdisziplinärer Arbeitskreise genannt. In der Vergangenheit hat die BAS bereits bei derartigen Aufgaben beispielsweise durch Entsendung von Referenten unterstützend gewirkt. Wichtig ist, dass der Wunsch nach Hilfestellung auch in der Geschäftsstelle ankommt.

Um einen besseren Überblick über die Situation in den einzelnen Regionen zu erhalten, ist das Team des Netzwerks Sucht auf die Rückmeldungen der Praktiker angewiesen. Wir möchten Sie bitten, dies beispielsweise durch die Übermittlung von regionalen AK-Protokollen, Tagesordnungen oder auch durch einen kurzen Anruf in der Geschäftsstelle zu verwirklichen. In diesem Zusammenhang wurde in der letzten Frage auch um die Nennung eines möglichen *Ansprechpartners für den Regierungsbezirk* gefragt. Diese Personen werden zukünftig in regelmäßigen Abständen um einen aktuellen Lagebericht gebeten, so dass sich darin die Situation der Abhängigen in Bayern widerspiegelt.

3. Cannabis und Fahrsicherheit - Zum aktuellen Stand der Forschung (Dipl.-Psych. Eva Schnabel, Interdisziplinäres Zentrum für Verkehrswissenschaften, Universität Würzburg)

Im Folgenden findet sich die auf der Netzwerktagung verteilte Zusammenfassung des Vortrags. Ferner können die Vortragsfolien der Präsentation von Frau Schnabel über die BAS-Homepage heruntergeladen werden.

Prävalenz des Konsums von Cannabis

Der Cannabiskonsum in der Bevölkerung ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen, insbesondere in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen. Im Zeitraum von 1995 bis 2003 nahm die 12-Monatsprävalenz bei Männern von 18 auf 22% zu, bei Frauen verdoppelte sie sich von 7 auf 14%. Die Lebenszeitprävalenz erhöhte sich im gleichen Zeitraum bei Männern von 30 auf 48%, bei Frauen von 15 auf 35% (DHS, 2005).

Bezüglich des Cannabiskonsums beim Autofahren weisen die Prävalenzen eine große Varianz auf, je nachdem welche Stichprobe untersucht wird. Krüger et al. beispielsweise fanden in ihrem German Roadside-Survey (1996), in der die allgemeine Fahrerpopulation untersucht wurde, eine Prävalenz für Cannabis von 0,6%. Werden dagegen Fahrer unter Verdacht auf Substanzeinfluss untersucht, ergibt sich eine deutlich höhere Prävalenz von 6,9% (Weirich, 1998). Bei der Überprüfung mehrerer Studien, die Unfallopfer untersucht haben, zeigen sich Prävalenzen zwischen 1,3 und 12% (De Gier, 1999).

Für die Einschätzung der Gefahren und des potenziellen Risikos der Cannabiswirkung auf die Verkehrssicherheit sind die Ergebnisse der bisherigen pharmakokinetischen, experimentellen und epidemiologischen Forschung eine wesentliche Grundlage.

Empirische Befunde

Pharmakokinetik:

Nach dem Rauchen von Cannabis erreicht der THC-Spiegel im Blut bereits nach fünf bis zehn Minuten sein Maximum, fällt dann aber innerhalb der ersten Stunde rasch wieder ab. In einer Studie von Huestis et al. (1992) lag der THC-Wert drei bis vier Stunden nach dem Rauchen eines 34 mg THC Joints (entspricht einer eher starken Dosis) bei allen Versuchspersonen zwischen 1 und 4 ng/ml Blut. Das Abbauprodukt THC-COOH ist noch Tage bis Wochen im Blut und insbesondere im Urin nachweisbar und gibt demzufolge keine Auskunft über die aktuelle Beeinträchtigung. Außerdem konnten Skopp et al. (2003) zeigen, dass geringe THC-Konzentrationen selbst bei gelegentlichen

Konsumenten noch bis zu 48 Stunden nach dem Konsum nachweisbar sind, zu einer Zeit, zu der keine Wirkungen mehr zu erwarten sind.

Experimente:

Berghaus et al. (1998) fassten in einer Metaanalyse die in verschiedenen Studien berichteten Leistungsdefizite nach dem Rauchen von Cannabis in Abhängigkeit von Dosis und Zeit zusammen. Ein maximales Leistungsdefizit zeigte sich 20 bis 40 Minuten nach Rauchbeginn, insgesamt wiesen in der akuten Phase (bis zu einer Stunde) je nach Dosis 53 bis 64% aller Testergebnisse eine signifikante Beeinträchtigung auf. Lag der Konsum länger als vier Stunden zurück, ergaben sich signifikante Beeinträchtigungen lediglich mit einer THC-Dosis > 18 mg. Insgesamt waren besonders die Leistungsbereiche Tracking, Aufmerksamkeit und Psychomotorik beeinträchtigt, was sich bereits mit geringen THC-Konzentrationen von 6-8 ng/ml Plasma (entspricht ca. 3 bis 4 ng/ml Blut) zeigte. Dagegen kam es in den Bereichen Reaktionsgeschwindigkeit, En-/Decodierung, visuelle Funktionen und Fahren erst mit höheren THC-Konzentrationen zu Leistungseinbußen. Vergleicht man die dosisabhängigen Wirkungen von THC und Alkohol bezüglich der Anzahl der beeinträchtigten Testergebnisse, so ergibt sich für eine Blutalkoholkonzentration von 0,5‰, bei der 60% der Testergebnisse keine Beeinträchtigung aufweisen, ein THC-Wert von 7 ng/ml Plasma.

Des Weiteren untersuchten Vollrath et al. (2001) in einer Feldstudie über die Auswirkungen von Drogenkonsum auf die Fahrleistung junge Fahrer vor Diskotheken in einer Fahrsimulation. Generell fanden sich eher niedrige THC-Konzentrationen im Blut ($m = 3$ ng/ml). Auch waren sich Cannabiskonsumenten ihrer Einschränkungen im Gegensatz zu Alkoholkonsumenten bewusst. Fahrer unter Cannabiseinfluss fuhren langsamer und zeigten eine deutlich bessere Spurhaltung als die Kontrollgruppe. Dieser Kompensationsmechanismus funktionierte allerdings bei höheren Konzentrationen nicht mehr, ebenso wenig, wenn neben Cannabis noch Alkohol konsumiert wurde.

Epidemiologie:

Zur Erfassung des realen Unfallrisikos existieren zwei Methoden: Zum einen Fall-Kontroll-Studien, die die relativen Unfallhäufigkeiten von THC-positiven Fahrern und nüchternen Fahrern vergleichen, zum anderen sog. Verursacheranalysen, die die Unfallschuld von THC-positiven Fahrern und nüchternen Fahrern vergleichen. Das relative Risiko wird als Odds Ratio ausgedrückt. Für Cannabis haben sich in verschiedenen Studien Odds Ratios im Bereich von 0,6 bis 3,0 ergeben. Im Vergleich zum Risiko von nüchternen Fahrern (1,0) bedeutet dies ein geringeres Risiko (0,6) bis hin zu einem 3-fachen Risiko. Diese unterschiedlichen Resultate sind jedoch nur schwer interpretierbar, da in den Studien beispielsweise keine Differenzierung des Risikos nach THC-Konzentrationen erfolgte sowie zum Teil das Abbauprodukt THC-COOH mit in die Untersuchungen eingeschlossen wurde.

Eine der wenigen Studien, die ein Teil dieser Nachteile umging, ist die Studie von Drummer et al. (2004). Für Fahrer mit THC-Konzentrationen < 5 ng/ml Blut ergab sich kein erhöhtes Unfallrisiko (0,7), ebenso wenig für Fahrer mit THC-COOH im Blut (0,9). Erst ab einer THC-Konzentration von > 5 ng/ml Blut steigt das Unfallrisiko exponentiell an. Einem doppelt so hohen Unfallrisiko (2,0) – vergleichbar mit 0,5‰ Alkohol – entspricht ein THC-Wert von 7 bis 8 ng/ml Blut. Ein deutlich höheres Unfallrisiko (7,8) ergibt sich durch die Kombination mit Alkohol.

Gesetzeslage in Deutschland bezüglich Cannabis und Fahren

Seit 1998 handelt nach §24a StVG ordnungswidrig, wer unter der Wirkung von Cannabis im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug führt. Ein Nachweis der Fahruntüchtigkeit ist nicht notwendig – es wird angenommen, dass eine Wirkung vorliegt, wenn Cannabis im Blut nachgewiesen wird. Diese Nulltoleranzregelung bestraft den Drogenkonsum an sich und nicht die tatsächliche Beeinträchtigung beim Fahren. Aufgrund dieses Problems entstand in den letzten Jahren in Europa eine Diskussion über Grenzwerte für THC.

Folgerungen

Grundsätzlich sollte weder unter der Wirkung von Cannabis noch von Alkohol ein Fahrzeug geführt werden. Aus den dargestellten Forschungsergebnissen geht hervor, dass Beeinträchtigungen, die für die Verkehrssicherheit von Bedeutung sein können, v.a. mit höheren THC-Konzentrationen und in den ersten drei Stunden nach Rauchbeginn auftreten. Doch auch nach dieser Zeit, wenn die Wirkung von THC bereits nachgelassen hat, sind geringe THC-Konzentrationen im Blut noch nachweisbar. Die Nulltoleranzgrenze, wie sie im Verkehrsrecht festgelegt ist, ist demnach aus wissenschaftlicher Sicht nicht haltbar und kann vielmehr als Teil der generellen Drogenprävention und der Gesundheitspolitik angesehen werden. Dagegen könnte eine Grenze, die beeinträchtigte von unbeeinträchtigten Fahrern trennen würde (entsprechend 0,5‰ Alkohol) und auf den gezeigten empirischen Befunden beruht, bei 7 bis 8 ng THC/ml Serum liegen. Ein Grenzwert, unterhalb dessen die Frage einer Fahrunsicherheit nicht diskutiert werden sollte (entsprechend 0,3‰ Alkohol), könnte bei 3 ng THC/ml Serum liegen.

4. Vorgehen und Methoden der Polizei bei Straßenverkehrskontrollen (Polizeihauptmeister Bernhard Funk, VPI Nürnberg)

Herr Funk berichtete von seinen Erfahrungen im Einsatzalltag mit Drogenabhängigen und mit Drogenfahrten im Straßenverkehr. Dazu präsentierte er verschiedene drogenspezifische Testverfahren, die in der Vergangenheit bei Verkehrskontrollen eingesetzt wurden. Dazu zählen Tests wie „Toxi-Quick“, „Oratec“, „Dräger“, „Drugwipe“ oder auch „Mahsan“.

Ferner stellte er übersichtsartig die Folgen von Fahrten unter Alkohol- und Drogeneinfluss dar, die sich in der anschließenden Tabelle finden:

Substanz	Ohne Ausfallerscheinung, Fahrfehler oder Unfall	Mit Ausfallerscheinung, Fahrfehler oder Unfall
0,3 Promille Alkohol		Geldstrafe, FS-Entzug, 7 Pkt.
0,5 Promille Alkohol	Geldbuße, Fahrverbot, 4 Pkt.	Geldstrafe, FS-Entzug, 7 Pkt.
1,1 Promille Alkohol	Geldstrafe, FS-Entzug, 7 Pkt.	Geldstrafe, FS-Entzug, 7 Pkt.
Illegale Drogen	Geldbuße, Fahrverbot, 4 Pkt., MPU	Geldstrafe, FS-Entzug, 7 Pkt., MPU
Medikamente und legale Drogen	MPU (psychoaktive Substanzen)	Geldstrafe, FS-Entzug, 7 Pkt.; MPU

5. Gutachterliche Aspekte bei der Beurteilung der Fahreignung (Dr. Thomas Rieder, Bezirksklinikum Mainkofen)

Im Folgenden findet sich die auf der Netzwerktagung verteilte Zusammenfassung des Vortrags. Die Folien zum Vortrag können über die BAS-Homepage heruntergeladen werden.

Insbesondere verkehrsunabhängige Überprüfungen der Fahreignung führen immer wieder zu Unverständnis bei den Betroffenen und zum Teil auch langwierigen gerichtlichen Auseinandersetzungen. Der ärztliche Gutachter hat sich hierbei eng an den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung in seiner Beurteilung zu orientieren. Diese Begutachtungsleitlinien sind immer wieder Ursache von Auseinandersetzungen, da die Leitlinien der Einzelfallgerechtigkeit dienen und so dazu beitragen sollen, die Mobilität zu sichern. Die Begutachtungsleitlinien haben „inzwischen eine von seinen Verfassern nicht vorhergesehene zentrale Stellung“ erlangt. Die Beurteilungshinweise stellen Empfehlungen und keine

Rechtsvorschriften dar. Der Gutachter muss sie aber berücksichtigen und bei Abweichungen begründen. Ebenso kann bei Abweichungen von Gutachten die zuständige Verwaltungsbehörde weitere Gutachten von dem Betroffenen verlangen.

Der Gutachter hat immer nur eine Beraterstellung, die Folgerungen aus dem Gutachten treffen die Verwaltungsbehörden oder Gerichte. Aber „dabei bleibt völlig unbestritten, dass nur dem Arzt Kompetenz und Verantwortung für die Feststellung zukommt, ob im Einzelfall Krankheit oder Gesundheit vorliegt und welche Prognose sich für die Teilnahme am Straßenverkehr ergibt“.

Im Vortrag wurde auf die Begutachtungsleitlinien, die Fahrerlaubnisverordnung mit den entsprechenden Anlagen sowie auf die Problematik der Gutachtenserstellung bei einzelnen exemplarischen Fällen eingegangen.

6. Workshops

6.1 „MPU-Vorbereitungskurse“ Teilnehmer, Ablauf, Prognose (Dr. Otmar Huth, TÜV MPI Süddeutschland)

Herr Dr. Huth stellt den MPU-Vorbereitungskurs ‚Mobil PLUS‘ vor, der vom TÜV für Personen mit Führerscheinentzug aufgrund von Punkten bzw. aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum am Steuer entwickelt wurde (Inhalt und Ablauf siehe beigefügten Flyer). Der Kurs dient dazu, die Voraussetzung zur Wiedererlangung der Fahreignung zu verbessern. Dieser Kurs wird auch Cannabiskonsumenten empfohlen. Grundsätzlich gilt aber, dass es sich dabei um eher ‚harmlose Fälle‘ (Probierkonsum) handelt - Personen mit abhängigem Konsum werden an eine Beratungsstelle verwiesen. Die Selbsteinschätzung bei Cannabiskonsumenten ist diesbezüglich häufig unrealistisch. Nachdem die Betroffenen bei der MPU klar machen müssen, dass sie adäquate Maßnahmen bezüglich ihres Drogenkonsums unternommen haben, ist es wichtig, dass die Fachleute des TÜVs eine entsprechende Einschätzung vornehmen.

Der Kurs ‚Mobil PLUS‘ (299 € 4 – 6 Sitzungen) ist sowohl für Alkohol- und Drogenkonsumenten als auch für Personen offen, die im Straßenverkehr straffällig geworden sind, da ein eher personenzentrierter Ansatz zugrunde liegt. Darüber hinaus bietet der TÜV auch spezifische Kurse an, z.B. für alkoholauffällige Kraftfahrer.

Diskussion/Fragen:

- ☞ Es gibt noch keine gesicherten Zahlen bezüglich der Wirksamkeit des Kurses ‚Mobil PLUS‘, aber die ersten Ergebnisse zeugen von einer deutlichen Verbesserung der Chancen, die MPU erfolgreich zu absolvieren. (Die Teilnahme am Kurs für alkoholauffällige Kraftfahrer erhöht erwiesenermaßen die Wahrscheinlichkeit, die MPU erfolgreich zu absolvieren.)
- ☞ FeV (Fahrerlaubnis-Verordnung): Eine MPU wird angeordnet, wenn der Führerschein wegen Konsum entzogen wurde und soll klären, ob sich das Konsumverhalten mittlerweile verändert hat. Ein ärztliches Gutachten wird angefordert, wenn die Behörde den Verdacht hat, dass ein Fahrer konsumiert (weil er im Besitz von Drogen ist oder damit handelt). Generell gilt, dass der Konsum von Drogen das Autofahren ausschließt. Nur für Cannabis gilt es zusätzlich die Frage zu klären: Kann ein Fahrer zwischen Konsum und Fahren trennen?
- ☞ Ab einem Konsumnachweis von mehr als 1ng/ml THC im Blut wird der Führerschein entzogen.
- ☞ Der Entwöhnungs- bzw. Therapienachweis durch ein ärztliches Gutachten ist nur bei Vorliegen einer Abhängigkeit notwendig. Nach der Therapie muss ein Jahr lang Drogenfreiheit nachgewiesen werden (durch regelmäßige, unangekündigte Urinkontrollen seitens eines akkreditierten Labors; 4 – 6 Termine; alternativ ist mind. eine Haaranalyse möglich).

- ✍ Es ist unbedenklich, sowohl die MPU als auch den Vorbereitungskurs beim TÜV zu machen, da absoluter Vertrauensschutz besteht (der MPU-Prüfer ist in keinem Fall der Kursleiter oder bespricht sich mit dem Kursleiter).
- ✍ Die Angebote für MPU-Vorbereitungskurse häufen sich mittlerweile. Ein zentrales Qualitätskriterium ist, dass der Kurs von erfahrenen Verkehrspsychologen durchgeführt wird.
- ✍ Die Beurteilungskriterien bei der MPU sind bei allen Instituten gleich (siehe Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung BAST).
- ✍ Liegt eine Substanzabhängigkeit vor, ist eine Therapie nachzuweisen und ein Jahr Abstinenz im Anschluss an die Therapie, bevor die MPU durchgeführt werden kann. Manchmal wird dadurch die Zwei-Jahres-Frist überschritten und der Führerschein muss neu gemacht werden. Das ist allerdings immer noch preiswerter als die MPU verfrüht zu machen und nicht zu bestehen, also eine zweite MPU machen zu müssen.
- ✍ Substituierte werden beim TÜV nicht zur MPU vorstellig, weshalb keine Erfahrungen diesbezüglich vorliegen.
- ✍ Eine Begutachtung kann nicht abgebrochen werden (also auf diese Weise können keine Kosten gespart werden), auch wenn im Verlauf klar wird, dass die Begutachtung negativ enden wird. Herr Dr. Huth hält es nicht für glaubwürdig/seriös, dass das Ergebnis einer MPU nach Aktenlage bereits vorab ersichtlich sein soll, was ein Teilnehmer als gängige Praxis in anderen Bundesländern berichtet.

6.2 Kasuistiken aus der Rechtsprechung zur Wiedererlangung der Fahrerlaubnis

(Rechtsanwalt Rudolf Gerber, 1. Vorsitzender mudra e.V.)

Dieser Workshop befasste sich schwerpunktmäßig mit den gesetzlichen Grundlagen der Fahreignung bei Cannabiskonsum und den damit zusammenhängenden Sanktionen durch die „Strafverfolgungsorgane“ und die verwaltungsrechtlichen Fahrerlaubnisbehörden.

Wichtige Grundlage neben der Ermittlung von Ordnungswidrigkeiten (z.B. § 24 a StVG) und Straftaten im Verkehrsbereich (z.B. §§ 316, 315 c StGB) für hoheitliches Einschreiten ist hier **§ 2 Absatz 12 des StVG**, durch den die Polizei verpflichtet ist, „Verdachtsanzeichen für Mängel hinsichtlich der Befähigung einer Person zum Führen von Kraftfahrzeugen“ (also z.B. auch den Konsum illegaler Btm) an die Fahrerlaubnisbehörden zu übermitteln.

Ordnungswidrigkeit nach § 24 a StVG:

In der Anlage zu **§ 24a des StVG** findet sich eine Liste der berauschenden Mittel und Substanzen, deren Nachweis im Blut beim Führen von Kraftfahrzeugen (auch bei ganz geringen Konzentrationen wird vom Gesetzgeber „Wirkung“ unterstellt) als Ordnungswidrigkeit geahndet wird.(Regelbuße 250 € sowie 1 Monat Fahrverbot). Da diese Liste aber beispielsweise nicht LSD oder Methamphetamin beinhaltet, kann ein diesbezüglich positiv getesteter Verkehrsteilnehmer nicht wegen einer Ordnungswidrigkeit nach § 24 a StVG belangt werden.

Mit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 21.12.2004 (Wortlaut unter www.bverfg.de/entscheidungen/rk20041221_1bvr265203.html) hat dieses in verfassungskonformer Auslegung des § 24 a StVG (allerdings bislang nur für Cannabiskonsum) festgestellt, dass erst ab einer Konzentration von 1 ng/ml im Blut von einer möglichen „Wirkung“ ausgegangen werden kann und deshalb bei niedrigeren Werten eine Ahndung nicht erfolgen kann.

Straftat nach §§ 316, 315 c StGB (Trunkenheitsfahrt)

Für andere berauschende Mittel außer Alkohol (hier 1,1 ‰) gibt es noch keine Grenzwerte für die absolute **Fahruntüchtigkeit** (akuter Zustand – zu unterscheiden von genereller **Eignung** zum Führen von KFZ). Deshalb kann eine Verurteilung wegen einer „Trunkenheitsfahrt“ (Btm, aber auch andere Mittel, z.B. Medikamente) nur bei Nachweis einer „relativen Fahruntüchtigkeit“ erfolgen, die aber nicht (allein) auf einen auch sehr hohen ermittelten Wirkstoffgehalt gestützt werden kann. Hier müssen dann weitere Anzeichen und Ausfallerscheinungen (Pupillenreaktion, Verlangsamung, Unsicherheiten, Zittrigkeit o.ä.) herangezogen werden, die in der Regel von Polizisten/Untersuchungspersonen „festgestellt“ werden (Sanktion hierfür: Geld- oder Freiheitsstrafe und zusätzlich Entzug der Fahrerlaubnis mit Anordnung einer Sperrfrist für die Wiedererteilung, die dann durch die Fahrerlaubnisbehörde erfolgt).

Maßnahmen der Fahrerlaubnisbehörde hinsichtlich der **Eignung** (§ 11 FeV)

Bei feststehender Nichteignung ist die Fahrerlaubnis zu entziehen – sofern nicht schon durch das Strafgericht **entzogen** - § 3 I StVG (verhängtes Fahrverbot bleibt daneben bestehen!).

Nach der Anlage 4 / 9. zur FeV ist derjenige ungeeignet (mit der Folge des Entzugs der FE) der illegale Btm -ausgenommen Cannabis- einnimmt (bzw. eingenommen hat). Wer also überführt ist oder selbst eingeräumt hat, Betäubungsmittel außer Cannabis konsumiert zu haben (auch evt. schon lange – etwa 3 Jahre – zurückliegend), muss mit dem sofortigen Entzug der FE durch die Verwaltungsbehörde rechnen.

Nach einem Entzug der FE wegen Btm (egal ob straf- oder verwaltungsrechtlich) verlangt die Verwaltungsbehörde vor der Wiedererteilung generell die Vorlage eines positiven MPU-Gutachtens.

Cannabiskonsumenten sind „nur“ dann ungeeignet, wenn von regelmäßigem Konsum (praktisch täglich) auszugehen ist oder (gelegentlicher) Konsum und Fahren nicht getrennt werden oder zusätzlicher Gebrauch (zum gelegentlichen Cannabiskonsum) von Alkohol oder anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen, Persönlichkeitsstörung, Kontrollverlust gegeben ist (in allen diesen Fällen auch sofortiger Entzug).

Liegt bei einer Verkehrskontrolle die festgestellte THC-Konzentration **unter 1,0 ng/ml Blut**, dann ist kein Bußgeld und Fahrverbot zu verhängen (s.o.). Finden sich keine weiteren Anhaltspunkte für regelmäßigen Konsum, so ist davon auszugehen, dass höchstens **gelegentlicher Konsum** vorliegt (keine Maßnahmen seitens der Führerscheinbehörde).

Liegt die THC-Konzentration im Blut **zwischen 1,0 und 2,0 ng/ml Blut**, so gehen einige Fahrerlaubnisbehörden lediglich von „Eignungszweifeln“ (§ 14 FeV) aus und verlangen vor einem evt. Entzug die Beibringung eines Facharzt- oder MPU-Gutachtens – andere entziehen sofort wegen mangelnder Trennung Konsum/Fahren.

Bei einer Konzentration ab 2 ng/ml wird der Führerschein generell von der Fahrerlaubnisbehörde entzogen und zwar neben dem gleichzeitig verhängten Bußgeld und dem Fahrverbot.

Ergeben sich – und zwar auch ohne jeglichen Bezug zu einem Kfz – bei Cannabiskonsumenten (Konsumenten anderer Btm sind ohnehin ungeeignet) Anhaltspunkte für regelmäßigen Konsum (z.B. Besitz größerer Menge) wird eine Begutachtung (Facharzt oder MPU) angefordert, um das Konsumverhalten (gelegentlich oder regelmäßig) oder andere Eignungszweifeln (Alkohol, andere Substanzen, Persönlichkeitsstörung) zu klären.

Vorstehendes bezieht sich auf den **derzeitigen Kenntnisstand**, wobei sich sowohl Handhabung als auch Rechtsprechung zu diesem Problemkreis doch relativ kurzfristig – wie in zurückliegender Zeit auch – ändern können.

Außerdem wurden folgende Fragen diskutiert:

- *THC-Nachweis durch Passivkonsum:*

Ein positiver Blutbefund allein durch Passivrauchen ist zwar denkbar, wenn auf engem Raum viele Joints in kurzer Zeit geraucht werden und die Blutuntersuchung dann zeitnah erfolgt. Der Betroffene müsste hier jedoch stichhaltige Argumente glaubhaft und nachweisbar vorbringen, dass die festgestellte Substanz ohne sein Wissen und Wollen in seinen Körper gelangt ist, was vermutlich selten gelingen wird.

- *Andere Zuständigkeiten durch Wohnortverlegung:*

Ein Umzug in einen anderen Landkreis (mit möglicherweise großzügigerer Führerscheinbehörde) bringt nichts, da die Wohnortbehörde zum Tatzeitpunkt in jedem Fall zuständig bleibt.

- *Nachweisverfahren im Gutachten:*

In chemisch-toxikologischen Untersuchungen werden standardmäßig drei Parameter untersucht: ? 9-Tetrahydrocannabinol (THC, „Grenzwerte“ siehe oben), Hydroxy –THC als Abbauprodukt und THC-Carbonsäure (THC-COOH). Der letzte Parameter dient dazu, Rückschlüsse auf den Konsum in der Vergangenheit zu ziehen. So können entsprechende Werte Anhaltspunkte für regelmäßigen (150 ng/ml Blut), gelegentlichen oder einmaligen bzw. Passiv-Konsum (max. 10 ng/ml Blut) begründen (teilweise umstritten).

- *Kosten einer MPU:*

Wird eine MPU wegen Cannabiskonsum angeordnet, so ist von Kosten in Höhe von 600-700 € auszugehen. Sinnvoll ist es in jedem Fall kostengünstige oder freie Beratungsgespräche vor der Untersuchung zu führen, um abzuklären, welche Schritte für die Wiedererlangung des Führerscheins hilfreich sein könnten.

Die 13. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern der BAS e.V. findet voraussichtlich am 22. März 2006 statt.

**Wir freuen uns über Ihren Anruf,
mit dem Sie uns über regionale Aktivitäten, Besonderheiten oder auch
Schwierigkeiten informieren können!**