Alkohol und Drogen im Straßenverkehr

Eine Informationsschrift

herausgegeben vom

BUND B.A.D.S. GEGEN ALKOHOL UND DROGEN IM STRASSENVERKEHR E.V.

Impressum

Bund gegen Alkohol und Drogen
im Straßenverkehr e.V. - B.A.D.S.
Arnold-Heise-Str. 26
20249 Hamburg

3. Auflage 2011
© B.A.D.S. e.V.

Vorwort

Dr.jur. Peter Gerhardt

Seit mehr als sechzig Jahren leistet der Bund gegen Alkohol und Drogen im Straßenverkehr e.V. durch vielfältige Aktivitäten einen wesentlichen Beitrag zur Erhöhung der Verkehrssicherheit auf Deutschlands Straßen.

Bei einem ständig zunehmenden Mobilitätsbedürfnis der Bürger und dem damit verbundenen unaufhaltsamen Anwachsen des Straßenverkehrs ist es heute wichtiger denn je, weiterhin über die am einfachsten zu vermeidenden Verkehrsunfälle, nämlich die durch Alkohol- und Drogenkonsum verursachten Verkehrsunfälle aufzuklären und insoweit eine Bewusstseinsänderung möglichst aller Verkehrsteilnehmer herbeizuführen.

Die vorliegende Zusammenfassung wichtiger Erkenntnisse zum Thema Alkohol, Drogen und Straßenverkehr soll allen Interessierten zur eigenen Information und als Leitfaden zur Unterstützung ihrer Bemühungen auf diesem Gebiet der Verkehrssicherheitsarbeit dienen.

Hamburg im Oktober 2011

Inhaltsverzeichnis

Inhalt

Alkohol 9
Herstellung 9
Produktionsmengen 10
Konsum 10
Alkoholstoffwechsel 12
Resorptionsphase 12
Diffusionsphase 14
Eliminationsphase 14
Promille-Killer 16
Alkoholabhängigkeit und -missbrauch 17
Alkohol im Straßenverkehr 19
Verkehrsunfall-Statistik 19
Hauptursachen des Fahrens unter Alkoholeinfluss 21
Unterschätzung 21
Verharmlosung 21
Verdrängung der Folgen 21
Alkohol und junge Fahrer 22
Lebensstil 22
Risikoverhalten 22
Erhöhtes Unfallrisiko 22
Auswirkungen von Alkohol auf die Fahrtauglichkeit 23

Physische Alkoholwirkungen ... 23
Psychische Alkoholwirkungen ... 27
Alkoholbedingte Fahrfehler ... 27
Alkoholgrenzwerte im Straßenverkehr ... 28
Null-Promille-Regelung ... 28
Grenzwertregelung ... 29
Alkoholgrenzwerte in der Bundesrepublik Deutschland ... 30
Alkoholgrenzwerte im europäischen Ausland ... 31
Alkoholkontrollen im Straßenverkehr ... 31
Feststellung der Blutalkoholkonzentration ... 33
Vortest ... 33
Blutprobenentnahme ... 33
Auswertung der Blutprobe ... 35
Atemalkoholmessung ... 38
Berechnung der Blutalkoholkonzentration aus Trinkmengenangaben ... 41
Illegale Drogen ... 45
Einführung ... 45
Dunkelziffer ... 47
Prävalenz des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung ... 47
Auswirkungen von Drogenkonsum auf die Fahrtüchtigkeit ... 49
Rechtliche Folgen ... 50
Nachweis der Drogenbeeinflussung ... 51
Amphetamin ... 53
Herkunft ... 53
Methamphetamin ... 53
Verwendung ... 54
Verbreitung ... 54
Konsum ... 54
Allgemeine Wirkung ... 55
Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit ... 55
Langzeitfolgen und Gefahren ... 55
Biogene Drogen ... 56
Herkunft ... 56
Khat ... 56
Blätterpilze ... 57
Smart Drugs ... 57
Wirkstoff ... 57
Allgemeine Wirkung ... 58
Langzeitfolgen und Gefahren ... 58
Cannabis ... 59
Herkunft ... 59

Verwendung ... 59
Konsum ... 59
Wirkstoff ... 60
Allgemeine Wirkung ... 60
Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit ... 60
Verbreitung ... 62
Langzeitfolgen und Gefahren ... 62
Crack ... 63
Herkunft ... 63
Verwendung ... 63
Konsum ... 63
Allgemeine Wirkung ... 63
Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit ... 64
Verbreitung ... 64
Langzeitfolgen und Gefahren ... 64
Ecstasy ... 65
Herkunft ... 65
Verwendung ... 66
Verbreitung ... 66
Konsum ... 66
Wirkstoff ... 66
Nachweis ... 67
Allgemeine Wirkung ... 67
Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit ... 69
Langzeitfolgen und Gefahren ... 69
Liquid Ecstasy ... 70
Herkunft ... 70
Allgemeine Wirkung ... 70
Heroin ... 71
Herkunft ... 71
Verwendung ... 71
Konsum ... 71
Wirkstoff ... 71
Allgemeine Wirkung ... 72
Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit ... 72
Verbreitung ... 73
Langzeitfolgen und Gefahren ... 73
Kokain ... 74
Herkunft ... 74
Verwendung ... 74
Konsum ... 74
Wirkstoff ... 74

Allgemeine Wirkung ... 75
Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit ... 75
Verbreitung ... 76
Langzeitfolgen und Gefahren ... 76
LSD ... 77
Herkunft ... 77
Konsum ... 77
Verbreitung ... 78
Allgemeine Wirkung ... 78
Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit ... 78
Langzeitfolgen und Gefahren ... 79
Rechtsfolgen ... 81
Rechtsfolgen ... 81
Medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) ... 84
Untersuchungsanlässe ... 84
Alkoholauffälligkeit ... 85
Betäubungs- und Arzneimittelmissbrauch ... 85
Anordnung der Begutachtung ... 85
Vorbereitung auf die MPU ... 86
Durchführung der MPU ... 86
Verhalten vor und während der MPU ... 89
Form und Inhalt des Gutachtens ... 90
Umgang mit negativen Gutachten ... 91
Allgemeine Aufbauseminare ... 92
Aufbauseminar für Fahranfänger ... 92
Aufbauseminare wegen Alkohol- oder Drogenfahrten ... 92
Anhang ... 93
Straf- und Bußgeldvorschriften ... 93
Fahrerlaubnisverordnung (Auszug) ... 97
Begutachtungsrichtlinien (Auszug) ... 107
3.11 Alkohol ... 107
3.12 Betäubungsmittel und Arzneimittel ... 113
Kontakt ... 117

Alkohol

Alkohol

Im allgemeinen Sprachgebrauch versteht man unter dem Begriff „Alkohol" das Ethanol (Ethylalkohol). Der Ursprung dieses Wortes geht auf den aus dem arabischen stammenden Begriff al-kuhl zurück.

Dahinter verstand man ein Pulver, im Wesentlichen bestehend aus Antimontrisulfid, das schon im alten Ägypten zum tiefschwarzen Schminken der Augenlider u.a. von Cleopatra angewandt worden sein soll. Von den Spaniern entlehnt wurden alle feinsten Pulver als „alcohol“ bezeichnet. Schließlich wurde das Wort auch ins Deutsche entlehnt und seine Bedeutung auf alle Substanzen ausgeweitet, die analog der Feinheit und damit Flüchtigkeit des Pulvers und der mit dem Pulver vermeintlich hergestellten betörenden Schönheit Eigenschaften aufwiesen, wie dies für das leichtflüchtige Ethanol galt. Folgerichtig übertrug Paracelsus die Benennung „Alkohol” auf eine leicht flüchtige Substanz, die sich bei der Destillation von Wein gewinnen ließ und eine „betörende“ (berauschende) Wirkung besaß.

Bei Ethylalkohol – chemische Formel C_2H_5OH – handelt es sich um eine klare, farblose, leicht flüchtige und leicht entzündliche Flüssigkeit mit brennendem Geschmack sowie charakteristischem, angenehmen Geruch. Ethanol ist beispielsweise in Getränken wie Bier, Wein oder Weinbrand, in geringer Menge auch in Fruchtsäften und Speisen, wie z.B. in sehr reifen Bananen, enthalten.

Herstellung

Ethanol wird in der Regel durch Gärungsprozesse aus zucker- bzw. stärkehaltigen Grundstoffen durch Hefen bzw. Bakterien synthetisiert. In der industriellen Produktion wird nach Zerkleinerung des Rohstoffs

zunächst unter Enzymzugabe bei geeigneten Temperaturen eine sog. Maische produziert. Nach Zugabe von geeigneten Hefen kommt es zur alkoholischen Gärung und die in der Maische enthaltenen Kohlehydrate (Zucker) werden zu Ethanol und Kohlendioxid umgewandelt. Als Roh- oder Grundstoffe stehen dabei Agrarstoffe wie z.B. Kartoffeln, Roggen, Rüben, Mais, Weizen und Triticalen zur Verfügung. Daneben kann Ethanol industriell auch synthetisch durch katalytische Hydration von Ethylen gewonnen werden. Während die typischen Gärprozesse aufgrund der Empfindlichkeit der beteiligten Hefen und/oder Bakterien bei ca. 15 Vol.% enden, kann Ethanol in angereicherter Form nach Destillation gewonnen werden. Es steht dann in zwei Qualitäten, und zwar als Ethanol-Wasser-Azeotrop mit ca. 96 Vol.% und in entwässerter Form als sog. absoluter Alkohol mit ca. 99,9 Vol.% zur Verfügung.

Produktionsmengen

Die jährliche Alkoholproduktion in der EU beläuft sich auf 20 Millionen Hektoliter (Weltproduktion ca. 70 Millionen Hektoliter p.a.), wovon 13 Millionen landwirtschaftlichen und der Rest nichtlandwirtschaftlichen Ursprungs ist (sog. Synthesealkohol). Auf die Spirituosenbranche, die nur Alkohol landwirtschaftlichen Ursprungs verwenden kann, entfallen etwa 30 % des europäischen Absatzes, während die übrigen Branchen (Chemische Industrie, pharmazeutische Industrie, Kosmetikindustrie usw.) sowohl Alkohol landwirtschaftlichen Ursprungs als auch Synthesealkohol verwenden. De facto betrifft die Gesamtnachfrage in der Europäischen Gemeinschaft zu jeweils 50% beide Arten von Alkohol.

Die Alkoholproduktion stellt für in der Gemeinschaft erzeugte Rohstoffe eine wichtige Absatzmöglichkeit dar. So werden an die Spirituosenbranche jährlich 2,1 Millionen Tonnen Getreide, 2,6 Millionen Zuckerrüben, 325.000 Tonnen Obst und 6,2 Millionen Hektoliter Wein geliefert.

Konsum

Der Alkoholkonsum in der Bundesrepublik Deutschland für die Jahre von 2000 bis 2009, aufgeschlüsselt nach Getränkearten, ist aus der auf der nächsten Seite abgebildeten Tabelle ersichtlich[1].

[1] Quellen: Statistisches Bundesamt, Ifo-Institut, Dt. Brauer-Bund, Deutscher Weinbauverband, Dt. Sektkellereien, Bundesverband der Dt. Spirituosen-Industrie und -importeure

Jahr	Bier		Wein	
	Pro-Kopf-Verbrauch in l Fertigware	*Pro-Kopf-Verbrauch in l reiner Alkohol*[2]	*Pro-Kopf-Verbrauch in l Fertigware*	*Pro-Kopf-Verbrauch in l reiner Alkohol*
1996	131,9	6,3	18,1	2,0
1997	131,2	6,3	18,1	2,0
1998	127,4	6,1	18,0	2,0
1999	127,5	6,1	18,0	2,0
2000	125,5	6,0	19,0	2,1
2001	122,6	5,9	19,8.	2,2
2002	121,9	5,9	20,3	2,2
2003	117,8	5,7	20,1	2,2
2004	116,0	5,6	19,9	2,2
2005	115,3	5,5	20,1	2,2
2006	116,0	5,6	20,6	2,3
2007	111,8	5,4	20,7	2,3
2008	111,1	5,3	20,1	2,2
2009	109,6	5,3	20,1	2,2

Jahr	Schaumwein		Spirituosen	
	Pro-Kopf-Verbrauch in l Fertigware	*Pro-Kopf-Verbrauch in l reiner Alkohol*	*Pro-Kopf-Verbrauch in l Fertigware*	*Pro-Kopf-Verbrauch in l reiner Alkohol*
1996	4,8	0,5	6,3	2,1
1997	4,9	0,5	6,0	2,0
1998	4,7	0,5	6,0	2,0
1999	4,9	0,5	5,9	2,0
2000	4,1	0,5	5,8	1,9
2001	n.b.	-	n.b.	-
2002	n.b.	-	n.b.	-
2003	3,8	0,4	5,9	2,0
2004	3,8	0,4	5,8	1,9
2005	3,8	0,4	5,7	1,9
2006	3,9	0,4	5,7	1,9
2007	3,8	0,4	5,6	1,9
2008	3,9	0,4	5,5	1,8
2009	3,7	0,4		

[2] Die Umrechnung des durchschnittlichen Alkoholgehaltes der Fertigware erfolgte anhand folgender Ausgangszahlen: Spirituosen 36% vol; Wein 11% vol; Bier 4,8% vol.

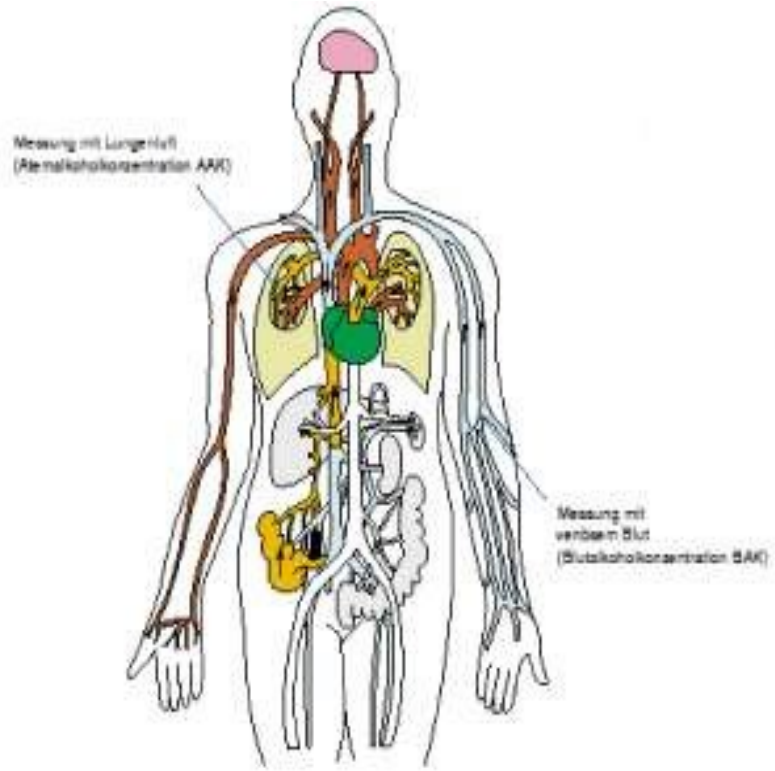
Alkoholstoffwechsel

Bei dem vom Menschen konsumierten Alkohol handelt es sich grundsätzlich um eine psychotrope, d.h. zentral im Bereich des Gehirns wirksame Substanz und legale Droge (ein sog. Genussgift), welche nach Aufnahme in den Körper überwiegend "verstoffwechselt" und teilweise auch unverändert ausgeschieden wird. Dabei unterscheidet man drei Phasen:

- Resorptionsphase (Übergang des Alkohols aus dem Magen-/Darmtrakt ins Blut)
- Diffusionsphase (Verteilung des resorbierten Alkohols im Körper)
- Eliminationsphase (Abbau und Ausscheidung)

Resorptionsphase

Die Resorption beginnt bereits unmittelbar beim Trinken in der Mundschleimhaut, wo schon bis zu **knapp 2 % des konsumierten** Alkohols über die Zellen aufgenommen werden und ins Blut übergehen können. Maximal weitere 20 % gelangen über die Magenschleimhaut in das Blut und werden von dort aus durch den Körper transportiert und an die Zellen abgegeben bzw. bereits in der Magenschleimhaut verstoff-wechselt. Die Hauptmenge des Alkohols geht jedoch erst beim Passieren des Dünndarms in den Kreislauf über. Deshalb dauert es im Regelfall eine Weile, bis man die Alkoholwirkungen "im Kopf" zu spüren beginnt (sog. Anflutung). Dann ist es allerdings auch schon zu spät, weil sich der Fortgang der Resorption nicht mehr aufhalten lässt, sobald der Alkohol einmal den Magen passiert hat.



Schema der Alkoholverteilung im Körper

Beim sog. Sturztrunk, insbesondere auf leeren Magen, wird der Körper in kurzer Zeit mit einer großen Alkoholmenge "überflutet", die sehr schnell den Magen passiert und in den Darm gelangt. Dort erfolgt entsprechend der Resorption von Wasser der Übergang des Alkohols aus dem Darmtrakt ins Blut in sehr kurzer Zeit. Dieser sehr steile Anstieg der Blutalkoholkurve und damit die relativ hohe Alkoholkonzentration, die nach Übertritt in den Blutkreislauf zunächst in die Leber gelangt, führt dazu, dass sie in dieser Situation mit ihrer Entgiftungsfunktion vollkommen überlastet ist. Danach gelangt der Alkohol mit dem Blut in den (kleinen) Lungenkreislauf. Unmittelbar nachdem das Blut in der Lunge mit Sauerstoff angereichert wurde, kommt es in den großen Körperkreislauf. Dabei wird rund 1/4 der Blutmenge mit dem darin enthaltenen Alkohol zunächst in den Kopfbereich gepumpt, also auch zum Gehirn. Die Anflutungswirkung ist daher nach einem Sturztrunk sehr viel stärker als nach mäßigem oder über längere Zeit verteiltem Alkoholkonsum.

Der Übergang des Alkohols aus dem Verdauungstrakt in den Körper ist spätestens 2 Stunden nach Trinkende abgeschlossen (Resorptionsphase). Bei geringeren Trinkmengen und Konsum niedrigprozentiger alkoholischer Getränke kann von 30 - 90 Minuten ausgegangen werden. Die Resorptionsgeschwindigkeit hängt u. a. sowohl vom Füllzustand des Magens, als auch von der Art der Nahrung und gegebenenfalls von psychischen Faktoren ab. Bei leerem Magen steigt der Alkohol deutlich schneller "zu Kopf" als nach einer ausgiebigen Mahlzeit. Durch fetthaltige Nahrung kann die Resorption zusätzlich verzögert und damit gegebenenfalls in geringem Umfang in ihrem Gesamtausmaß verringert (jedoch nicht verhindert!) werden, weshalb erfahrene Partygänger vor Beginn einer "feucht-fröhlichen" Veranstaltung z. B. eine Dose Ölsardinen verspeisen oder ein Gläschen Salatöl trinken. Ein bestimmter Anteil des konsumierten Alkohols gelangt überhaupt nicht in das Gewebe, sondern wird entweder ohne Verstoffwechselung wieder ausgeschieden oder in einem sog. „first-pass Effekt“ in der Leber noch vor der Verteilung im Körper verstoffwechselt. Man spricht vom sog. Resorptionsdefizit. Dessen Höhe beträgt je nach Alkoholgehalt des Getränks, Trinkmenge und -geschwindigkeit sowie Füllzustand des Magens zwischen 10 und 30%.

Diffusionsphase

Alkohol ist sehr gut wasser- aber nur sehr begrenzt fettlöslich. Der durch die Mund- und Magenschleimhaut sowie im Darm aufgenommene Alkohol verteilt sich deshalb über das Blut im Wesentlichen nur im wässrigen Körpergewebe (im sog. "Körperwasser"), das im Mittelwert bei Männern zwischen 60 und 70 % und bei Frauen 50 – 60 % der Körpermasse (in erster Näherung des "Gewichts") ausmacht. Weil verschiedene Gewebsarten einen unterschiedlichen Wassergehalt aufweisen (z. B. Muskelgewebe bis zu 75 %, Gehirn 70 %, Knochen bis zu 35 %), kommt es in den unterschiedlichen Geweben auch zu einer unterschiedlichen Anreicherung des Alkohols. Generell aber finden wir nach der Phase der Alkoholverteilung Alkohol in allen Geweben des Körpers.

Eliminationsphase

Alkohol wird bereits in sehr geringem Umfang in den Schleimhäuten des Magen-/Darmtrakts und in nahezu allen übrigen Geweben verstoffwechselt. Der entscheidende Alkoholabbau findet aber in der Leber statt. In dem Augenblick, in dem der erste Alkohol über das Blut die Leber erreicht, beginnt dort der Abbau (first-pass Effekt). Während der Resorptionsphase ist die Aufnahme von Alkohol in den Körper allerdings noch deutlich größer als der gleichzeitig laufende Abbau, weswegen die Blutalkoholkonzentration (BAK) während der Resorptionsphase ständig weiter ansteigt und etwa mit deren Ende den Gipfelwert erreicht. Während der Verteilungsphase gleichen sich Resorption und Elimination langsam aneinander an und halten sich dann für eine kurze Zeit in etwa die Waage. Während dieser Zeit bleibt der BAK-Wert nahezu unverändert, weswegen man auch von der sog. Plateauphase spricht. Danach überwiegt zunehmend der Abbauwert, so dass die BAK-Kurve langsam und durch eine nahezu gleichbleibende Leber-Stoffwechelleistung praktisch linear absinkt.

Die Elimination erfolgt insgesamt über folgende Mechanismen:

- Maximal 5 % werden unverändert "abgeatmet". Das ist die im Volksmund bekannte "Fahne", die auch bei der Atemalkoholbestimmung eine Rolle spielt.
- Nur ca. 2 % des in den Körper gelangten Alkohols werden, ohne dass er "verstoffwechselt" wurde, mit dem Urin ausgeschieden, obwohl Alkohol die Harnproduktion verstärkt.
- Weitere 1 - 2 % des Alkohols werden "ausgeschwitzt".
- Der weitaus überwiegende Teil (rund 95 %) des vom Körper aufgenommenen Gesamtalkohols wird mittels des sog. ADH-Systems überwiegend in der Leber durch Oxidation abgebaut und die entstehenden Stoffwechselprodukte über die Lunge abgeatmet bzw. über die Niere ausgeschieden. Dabei wandelt das in den Leberzellen vorhandene Enzym Alkoholdehydrogenase (ADH) den Alkohol (chemisch korrekt: das Ethanol, C_2H_5OH) zunächst in Acetaldehyd (C_2H_4O) um. Der weitere Abbau zu Essigsäure ($C_2H_4O_2$) erfolgt

ebenfalls in der Leber durch das Enzym Aldehyddehydrogenase (ALDH). Die Essigsäure wird schließlich in den sog. Zitronensäurezyklus eingespeist und dort zu CO_2 (Kohlendioxid) und H_2O (Wasser) verarbeitet.

Sowohl das ADH als auch das ALDH benötigen für diese Tätigkeit einen "Helfer" in Form des Co-Enzyms NAD, das dabei in die sog. reduzierte Form NADH umgewandelt wird. Das NADH muss anschließend wieder zu NAD reoxidiert werden, um erneut beim Alkoholabbau „helfen“ zu können. Wegen der dafür benötigten Zeit wird die Abbaugeschwindigkeit des Alkohols nahezu konzentrationsunabhängig und praktisch linear auf durchschnittlich 0,15 ‰ bis 0,17 ‰ (minimal 0,1 ‰, maximal 0,2 ‰) pro Stunde begrenzt, während bei allen anderen Giften (z.B. Drogen) der Abbau konzentrationsabhängig und exponentiell, man rechnet dann in sog. Halbwertszeiten, stattfindet. Diese konstante Abbaugeschwindigkeit ermöglicht nach abgeschlossener Resorption, also wenn kein neuer Alkohol mehr hinzukommt, die sog. Rückrechnung.

Ausgehend von einem mittleren Abbauwert von 0,15‰ pro Stunde dauert es nach abgeschlossener Resorption (also erst gerechnet ab spätestens 2 Stunden nach Trinkende!) bei einem Ausgangswert von ursprünglich 1 ‰ rund 6 - 7 Stunden, bis man wirklich wieder nüchtern ist. Wer also bis spät in die Nacht hinein feiert und dabei alkoholische Getränke in größeren Mengen zu sich nimmt, ist selbst am nächsten Morgen noch keineswegs wieder ohne Alkohol im Blut und damit unter dem Gesichtspunkt einer exogenen Beeinflussung uneingeschränkt fahrtauglich.

- Ein weiterer Alkohol-Eliminationsmechanismus in der Leber ist das MEO-System (Microsomal-Ethanol-Oxidizing-System). Dieses benötigt nicht das nur begrenzt verfügbare NAD als Co-Enzym, steht dafür aber erst "auf Anforderung", nämlich bei Alkoholgewöhnung (Trinkern) oder bei sehr hohen BAK-Werten (ab 2,5 ‰) als "Reserve" zur Verfügung. Alkoholiker und/oder Personen mit sehr hohen BAK-Werten können durch die Kombination von ADH- und MEO-System in Einzelfällen, die nicht verallgemeinerungsfähig sind, über in der Regel sehr kurze Zeiträume auch höhere stündliche Abbauraten (bis zu 0,35 ‰/h) erreichen.

Promille-Killer

Immer wieder werden sog. „Promille-Killer“ angepriesen. Sie suggerieren die Möglichkeit, trotz erheblichem Alkoholkonsum keine körperlichen Beeinträchtigungen, insbesondere keine Beeinträchtigungen beim Führen von Kraftfahrzeugen und bei Polizeikontrollen erfahren zu müssen. Hiervor ist ausdrücklich zu warnen. Es handelt sich dabei um Kapseln, Pulver oder Limonaden, die als sog. Nahrungsergänzungsmittel lebensmittelrechtlich zugelassen und von den Herstellern damit beworben werden, sie könnten den Alkoholabbau im menschlichen Körper spürbar beschleunigen, also schneller wieder "nüchtern" machen oder - wenn man sie vor Trinkbeginn zu sich nimmt - von vornherein verhindern, dass ein Teil des Alkohols überhaupt in das Blut gelangt.

Diese Limonaden oder Pulverpräparate enthalten als Hauptkomponente Fructose (Fruchtzucker) in sehr hoher Konzentration zusammen mit Ascorbinsäure (Vitamin C), die Limonaden oftmals auch Chinin.

Eine *beschleunigte* Absenkung des Alkoholspiegels ist bislang bei keinem dieser Produkte wissenschaftlich nachgewiesen worden. Das würde nach dem Vorgesagten eine Beeinflussung des körpereigenen ADH- oder MEO-Systems voraussetzen, die jedoch weder bislang experimentell nachzuweisen, noch biochemisch zu begründen ist. Läge sie vor, würden die Präparate zudem unter das Arzneimittelgesetz fallen.

Die vermeintlich ernüchternde Wirkung bzw. der gefährliche Irrglaube, man vertrage nach der Einnahme derartiger Mittel viel mehr als sonst und dürfe deshalb auch mehr trinken, ohne deswegen fahruntauglich zu werden, beruht lediglich auf einer Verzögerung der Resorption bzw. auf Verdünnungseffekten, die zu einer Abflachung der BAK-Kurve und damit zu einer subjektiv falschen Einschätzung der tatsächlichen Alkoholisierung führen. Dagegen können derartige Präparate wegen des hohen Zuckeranteils neben Durchfall, Übelkeit und Brechreiz, bei erheblichen Konsummengen sogar kollapsähnliche Symptome verursachen. Vor ihrem Gebrauch kann also nur nachdrücklich gewarnt werden, zumal eine möglicherweise gewünschte Steigerung der subjektiven Alkoholverträglichkeit (die mit keiner Steigerung der objektiven Fahrtauglichkeit einhergeht!) auch durch fetthaltige Speisen, dann jedoch ohne schädliche Nebenwirkungen, erzielt werden kann (vgl. oben).

Auch starker Kaffee, Tee oder Kälte (frische Luft, kalte Dusche) machen nicht "nüchtern", sondern lediglich "wach", zumindest gelingt es noch vorhandene Leistungsreserven kurzfristig zu mobilisieren. Da dieser Effekt jedoch nicht nur sehr kurz, sondern vor allem nicht in seiner Dauer vorhersehbar anhält, kommt es immer wieder weit vor Ende einer Pkw-Fahrt zu Erschöpfungszuständen und z.B. Kurzschlafperioden mit entsprechend gefährlichen Auswirkungen.

Alkoholabhängigkeit und -missbrauch

Allgemeine Schätzungen auf der Grundlage der Bundesstudie von 1997 (Kraus & Bauernfeind, 1998)[3] und der Lübecker TACOS-Studie[4] gehen von etwa 1,6 Millionen Personen mit einer nach DSM-IV[5] innerhalb der letzten 12 Monate ermittelten Alkoholabhängigkeit aus. Die Schätzung für DSM-IV-Missbrauchsdiagnosen ergibt etwa 2,7 Millionen Personen, so dass insgesamt bei etwa 4,3 Millionen Personen in Deutschland eine akute Alkoholabhängigkeit oder ein Alkoholmissbrauch vorliegt. Das sind rund 5 % der Bevölkerung.

Eine remittierte Alkoholabhängigkeit liegt bei 3,2 Millionen Personen vor, ein remittierter Alkoholmissbrauch bei 8,0 Millionen. Damit haben insgesamt 4,8 Millionen im Verlaufe ihres Lebens eine Alkoholabhängigkeit und 10,7 Millionen einen Alkoholmissbrauch erlebt.

Aus den Jahresstatistiken des "Einrichtungsbezogenen Informationssystems" (EBIS)[6] für die Jahre 1992 bis 2001 ergibt sich für 2001 ein Frauenanteil unter den Behandelten mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Alkohol von 20,9 %. Dieser Anteil variiert seit 1992 zwischen 22 und 23 % und ist auch heute noch in gleicher Weise gültig.

Aufgrund verschiedener Berechnungen und Schätzungen wird jährlich von etwa 42.000 Personen ausgegangen, deren Tod direkt oder indirekt mit Alkoholkonsum in Verbindung steht. Allein der dadurch verursachte volkswirtschaftliche Schaden beläuft sich auf eine knapp zweistellige Milliarden-Euro-Summe.

Im Jahre 1999 befanden sich 44.260 Personen mit Alkoholpsychose, 168.623 mit Alkoholabhängigkeit und 8.416 wegen Alkoholvergiftung zu Lasten der Krankenversicherung in stationärer Krankenhausbehandlung.

Im Jahre 2001 konnten in Deutschland 5.400 Renten bzw. 2,7 % (davon 2,3 % im früheren Bundesgebiet und 4,4 % in den neuen Ländern) unter den Rentenneuzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf einen Diagnosegrund im Zusammenhang mit Alkoholkonsum zurückgeführt werden.

Nach einem im Mai 1996 vom Robert-Koch-Institut in Kooperation mit der Kanadischen Addiction Research Foundation durchgeführten Projekt[7] wurden die gesamtwirtschaftlichen Kosten alkoholassoziierter Krankheiten in Deutschland bereits damals auf knapp 40 Mrd. DM geschätzt. Dabei dürfte es sich tatsächlich um eine Unterschätzung gehandelt haben.

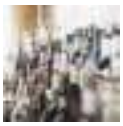
---

3 Ludwig Kraus, Rita Bauernfeind, Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997 in: SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 44. Jahrgang – Sonderheft 1 – September 1998, Neuland Verlagsgesellschaft mbH, ISSN 0939-5911
4 Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung: Ergebnisse der TACOS Studie. Nervenarzt 71: 535-542
5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition
6 www.ebis-ift.de
7 Bergmann/Horch, Kosten alkoholassoziierter Krankheiten, Schriftenreihe des Robert Koch Instituts Berlin

Diese Zahlen belegen eindrucksvoll, dass große Teile der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ein Alkoholproblem haben bzw. gehabt haben. Darunter befanden bzw. befinden sich naturgemäß auch viele Verkehrsteilnehmer, bei denen es sich dann um keine "trinkenden Fahrer", sondern in Wahrheit um "fahrende Trinker" handelt.

Alkohol im Straßenverkehr

Verkehrsunfall-Statistik



Im Jahre 2010 wurden in Deutschland insgesamt 2,41 Mill. Verkehrsunfälle polizeilich aufgenommenen. Nach Mitteilung des statistischen Bundesamtes ist die Zahl der Verkehrsunfälle mit Personenschäden 2010 wie bereits in den vorangegangenen Jahren nochmals gesunken. Registriert wurden 288.297 Unfälle mit 308.550 Leichtverletzten, 62.620 Schwerverletzten und 3.648 Getöteten. Der konstante Rückgang der Verkehrsunfälle und Unfallopfer ist erfreulich, der Blutzoll für unsere Mobilität im Straßenverkehr ist aber immer noch sehr hoch. Dabei gehören Alkohol- und Drogenkonsum bei den Unfällen mit Getöteten mit mindestens 9,4 % und bei den Unfällen mit Schwerverletzten mit mindestens 8 % leider weiterhin zu den Hauptunfallursachen. Das statistische Bundesamt weist in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hin, dass in diesem Bereich von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist, der prozentuale Anteil der Alkohol- und Drogenopfer im Straßenverkehr daher noch höher liegt.

Bei der zeitlichen Verteilung fiel auf, dass sich die meisten Alkoholunfälle mit Personenschäden an den Wochenenden ereigneten. Noch deutlichere Unterschiede zeigten sich in der tageszeitlichen Verteilung. Während tagsüber "nur" 4 % aller Unfälle mit Personenschaden auf Alkohol zurückzuführen waren, stieg dieser Anteil in der Zeit zwischen 22.00 Uhr abends und 04.00 Uhr morgens auf 31 % an, mit einem deutlichen Schwerpunkt in den Stunden nach Mitternacht.

Trotz des erfreulichen Rückgangs der Zahl der Unfalltoten und Schwerverletzten ist darauf hinzuweisen, dass auch 2010 die 18 – 24 jährigen immer noch die mit Abstand gefährdete Gruppe im Straßenverkehr war. Jeder fünfte Getötete und Verletzte gehört zu dieser Altersgruppe, obwohl ihr Anteil an der Gesamtbevölerung nur bei ca. 8 % liegt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Alkoholunfall mit Personenschaden

- überdurchschnittlich schwer,
- im Wesentlichen ein Nachtunfall,
- vorwiegend ein Wochenendunfall,
- hauptsächlich von Männern verursacht und
- überproportional häufig ein Unfall junger Verkehrsteilnehmer

ist.

Hauptursachen des Fahrens unter Alkoholeinfluss

Eine der Hauptursachen des Fahrens unter Alkoholeinfluss ist mangelndes Problembewusstsein. Das äußert sich unter anderem in der Unterschätzung der Alkoholwirkung sowie in der Verdrängung und Verharmlosung der Folgen.

Unterschätzung

Viele unterschätzen die Gefahr geringer Alkoholmengen und fühlen sich fahrtüchtig. Es wird versucht, aufkommende Unsicherheit durch besonders defensives Fahren zu kompensieren, oder – insbesondere bei Heranwachsenden – durch übertrieben forsche Fahrweise zu überspielen.

Häufig fehlen auch Kenntnisse über die Wirkung von Alkohol auf die Fahrtauglichkeit. Nach einer EMNID-Umfrage aus dem Jahr 1991 meinten z.B. 11 % der Probanden, Kaffee, Zigaretten oder eine kalte Dusche könnten die Wirkung des Alkohols auf die Fahrtüchtigkeit mindern. Leider ist diese Meinung immer noch in der Bevölkerung, somit auch in der Gruppe der Kraftfahrer weit verbreitet.

Verharmlosung

Verstöße ohne Unfallfolgen werden als Kavaliersdelikt bewertet und verharmlost ("Es ist ja nichts passiert, also kann es nicht so schlimm gewesen sein"). Kommt es zu einem Unfall, wird dieser entgegen allen objektiven Fakten mit anderen Ursachen erklärt, weil „nicht sein kann, was nicht sein darf“.

Verdrängung der Folgen

Obwohl Autofahrer wissen, dass sie sich in eine Trinksituation begeben, zeigen sie häufig keine Bereitschaft, das Auto stehen zu lassen. Sie verdrängen die Tatsache, in eine Polizeikontrolle geraten zu können – „ich bin noch nie kontrolliert worden“ - oder in einen Unfall verwickelt zu werden ("Tausendmal ist nichts passiert, warum sollte das diesmal anders sein?").

Die Entscheidung, ob man selber fährt oder nicht, wird auf einen Zeitpunkt verschoben, zu dem die Entscheidungsfähigkeit durch Alkoholkonsum bereits beeinträchtigt ist.

Alkohol und junge Fahrer

Junge Menschen sind aufgrund ihres Lebensstils und ungenügender Fahrpraxis deutlich häufiger der Gefahr alkoholbedingter Unfälle ausgesetzt als ältere. Das liegt daran, dass das Auto zu einem festen Bestandteil des Alltags junger Menschen geworden ist. Es entscheidet oft über deren sozialen Status innerhalb ihrer Gruppe von Gleichaltrigen.

Lebensstil

Ein besonders wichtiger Grund für die hohe Unfallverwicklung der Fahranfänger liegt in der engen Verknüpfung ihres Freizeitverhaltens mit dem Mobilitätsverhalten. Junge Menschen nehmen wesentlich häufiger als ältere alkoholische Getränke außerhalb der eigenen Wohnung zu sich, vor allem nachts und an den Wochenenden. Junge Fahrer sind stark gehäuft nachts und am Wochenende unterwegs.

Risikoverhalten

Obwohl die jungen Verkehrsteilnehmer heutzutage zumeist über ein angemesseneres Sicherheitsbewusstsein verfügen, neigt nach wie vor annähernd jeder Dritte der 18- bis 34-Jährigen dazu, das Auto psychologisch zu missbrauchen (Suche nach Spannung, Selbstdarstellung, Imponiergehabe, „Dampfablassen“ usw.).

Aufgrund häufigen und intensiven Alkoholkonsums und ihres Lebensstils (Spaß-Generation) laufen junge Kraftfahrer häufiger als ältere Gefahr, in Trink-Fahr-Konflikte zu geraten. Über 50 Prozent ihrer Trinkepisoden finden nachts und am Wochenende außerhalb der eigenen Wohnung statt, setzen also Fahrten voraus. Nächtliche Freizeitunfälle ereignen sich hauptsächlich nach dem Besuch von Discos, Kneipen, privaten Partys und Feten. Für 18- bis 24-Jährige stehen Unfälle im Zusammenhang mit Disco-Besuchen an erster Stelle, für 25- bis 34-Jährige Unfälle im Zusammenhang mit Kneipenbesuchen.

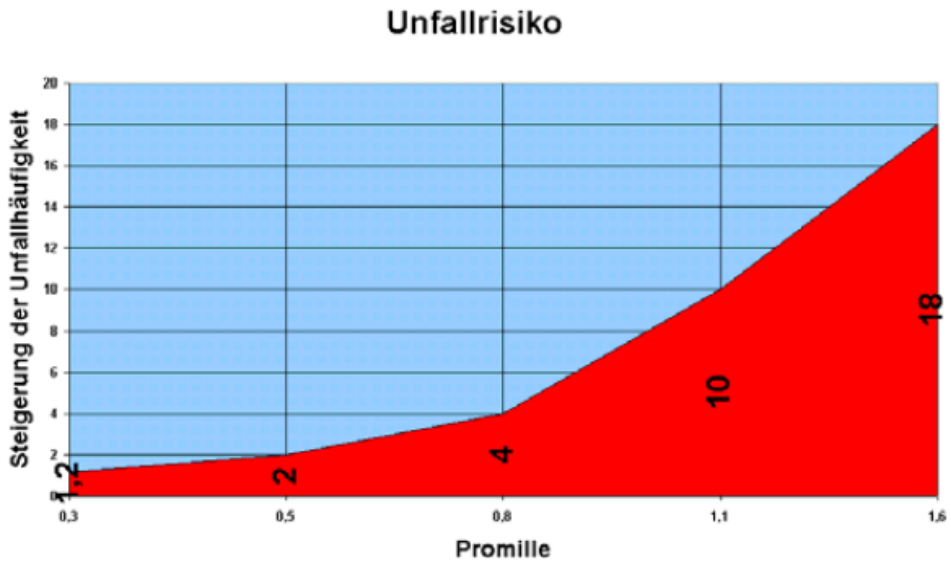
Erhöhtes Unfallrisiko

Bereits geringe Alkoholkonzentrationen führen bei jungen Fahrern und Fahranfängern zu deutlichen Steigerungen des Unfallrisikos, denn ihr gerade erworbenes Fahrkönnen ist noch vornehmlich durch kontrollierende Handlungen bestimmt und wenig über Automatismen gesteuert.

Auswirkungen von Alkohol auf die Fahrtauglichkeit

Die groß angelegte Grand-Rapids-Studie aus dem Jahre 1962/63[8], deren Ergebnisse durch eine Studie des Interdisziplinären Zentrums für Verkehrswissenschaften an der Universität Würzburg von 1994 im Wesentlichen bestätigt wurden, lieferte aufschlussreiche Ergebnisse über den Zusammenhang von Alkoholbeeinflussung[9] und Unfallrisiko.

- Bei Blutalkoholkonzentrationen über 0,3 Promille steigt die Unfallhäufigkeit.
- Die Wahrscheinlichkeit, in einen Unfall verwickelt zu werden, steigt ab 0,8 Promille rapide und exponentiell an und ist bei 1,5 Promille gegenüber 0,0 Promille extrem hoch (mehr als 25-mal höher).
- Kraftfahrer mit einer Blutalkoholkonzentration von mehr als 0,8 Promille haben häufiger Unfälle, an denen nur ihr Fahrzeug beteiligt ist. Ihre Unfälle sind meistens schwerer und folgenreicher als die nüchterner Fahrer. Sie sind etwa zweimal so häufig in schwere Unfälle verwickelt.



Physische Alkoholwirkungen

Alkohol gelangt über das Blut in alle Bereiche des Körpers, insbesondere des Gehirns, was Auswirkungen auf die sinnesphysiologische Leistungsfähigkeit sowie auf die psychische Verfassung hat. Dabei können die Beeinträchtigungen physischer und psychischer Art nicht getrennt betrachtet werden, denn es werden nicht nur einzelne Abschnitte, sondern der gesamte Organismus beeinträchtigt, weshalb auch eine wechselseitige Kompensation der Ausfälle kaum möglich ist.

---

[8] *Borkenstein RF, Crowther RF, Shumate RP, Ziel WB, Zylman R.* The role of the drinking driver in traffic accidents (The Grand Rapids study). Nachdruck in: Blutalkohol 11, 3-132 (1974).

[9] Beide Studien basieren auf Atemalkoholmessungen, deren Ergebnisse unter Zugrundelegung eines Faktors von 2100 : 1 bzw. 2000 : 1 in Blutalkoholwerte umgerechnet wurden

Alle Körperbewegungen werden vom Großhirn, teilweise moduliert durch das Kleinhirn gesteuert. Hier liegen das Seh- und das Gefühlszentrum sowie das Assoziationszentrum, welches Denken, Gedächtnis, Wille, Bewusstsein und Sprache steuert.

Nach Alkoholkonsum ist die Alkoholkonzentration in der ersten sog. Anflutungsphase in wichtigen Zentren des Gehirns, dem sog. limbischen System und der Sehrinde am größten. Dort treten folglich auch die entscheidenden, alkoholbedingten Leistungsstörungen auf. Alkohol beeinträchtigt die Stoffwechselvorgänge in den Nervenzellen und behindert damit die Übermittlung von Informationen. Die Verknüpfungen zwischen den Zellen basieren auf einem komplexen System von Abhängigkeiten. Wird dieses System durch Alkoholeinfluss gestört, kann es zu gravierenden Fehlsteuerungen kommen.

Die alkoholbedingten Ausfallerscheinungen führen bei Kraftfahrern zu typischen Fahrfehlern, die wiederum Ursache von dann zumeist schweren Verkehrsunfällen sein können.

BAK (‰)	**AAK (mg/l)**	**Ausfallerscheinungen**
unterhalb von 0,2	< 0,1	bei alkoholüberempfindlichen oder –ungewohnten Menschen tritt bereits eine enthemmende Wirkung mit Steigerung der Redseligkeit ein
ab 0,3	0,15	erste Beeinträchtigungen wie Einschränkung des Sehfeldes und Probleme bei der Entfernungsschätzung
ab 0,5	0,25	deutliches Nachlassen der Reaktionsfähigkeit (Reaktionszeit), insbesondere auf rote Signale (Rotlichtschwäche)
ab 0,8	0,4	erste Gleichgewichtsstörungen, das Gesichtsfeld ist eingeengt (Tunnelblick), deutliche Enthemmung
im Bereich 1,0 bis 1,5	0,55 – 0,75	Sprachstörungen, Risikobereitschaft und Aggressivität steigen
bei 2,0 bis 2,5	1 - 1,25	starke Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, lallende Aussprache
oberhalb von 2,5	> 1,25	Bewusstseinstrübung, Lähmungserscheinungen, Doppelsehen und Ausschaltung des Erinnerungsvermögens
ab ca. 3,5	> 1,75	lebensbedrohliche Zustände; es besteht die Gefahr einer Lähmung des Atemzentrums, die zu Koma oder Tod führen kann

Sehvermögen

Bereits bei geringer Alkoholisierung treten vielseitige Beeinträchtigungen des Sehapparates auf. Da über das optische System 90 % der für den Verkehrsteilnehmer wichtigen Informationen aufgenommen werden, wirken sich Störungen besonders nachteilig aus.

Doppelsehen

Eine Variante des Fehlsehens durch Alkohol entsteht durch die Erschlaffung der Augenmuskulatur: das so genannte Doppelsehen. Die perspektivisch unterschiedlichen „Teilbilder" beider Augen können im Gehirn nicht mehr zu einem einheitlichen Bild zusammengefügt werden. Folge ist die Einbuße der räumlichen Wahrnehmung. Ist die räumliche Wahrnehmung beeinträchtigt, so ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für das Führen eines Kraftfahrzeugs verloren: die richtige Einschätzung von Abständen und Geschwindigkeiten, aber auch des vorausliegenden Fahrbahnverlaufs.

Tunnelblick

Das Gesichtsfeld (der Winkel, den das ruhende Auge erfasst) beträgt im Normalfall 180 Grad, das Blickfeld (der Winkel, den das bewegte Auge ohne Kopfdrehung erfasst) sogar 220 Grad. Durch Alkoholeinfluss tritt eine starke Einschränkung von Gesichts- und Blickfeld ein. Das heißt, man sieht auf einen Blick nur noch einen Bruchteil dessen, was man nüchtern sehen würde, und verliert dadurch wichtige Informationen. Man sieht wie durch eine Röhre (Tunnelblick). Darüber hinaus kommt es zu einer Veränderung der sog. Flimmerverschmelzungsfrequenz, so dass beim bewegten Fahrzeug die Peripherie des Gesichtsfeldes unscharf wird.

Verzögerte Hell-Dunkel-Anpassung

Die Fähigkeit zur Anpassung an Dämmerung und Dunkelheit wird herabgesetzt. Es kommt zu erhöhter Blendempfindlichkeit und zur Verzögerung der Hellanpassung (wenn z.B. nachts ein anderes Fahrzeug entgegenkommt). Das hängt damit zusammen, dass Weitung und Verengung der Pupillen stark verlangsamt ablaufen und damit der Lichteinfall auf die Netzhaut nicht mehr in adäquater Geschwindigkeit und gegebenenfalls auch im notwendigen Maß korrigiert werden kann.

Rotlichtschwäche

Zu der beeinträchtigten Hell-Dunkel-Anpassung kommt schließlich noch die sog. Rotlichtschwäche. Das bedeutet, dass ein alkoholisierter Fahrer Farben, insbesondere solche mit großem Rotanteil, nicht mehr richtig erkennen kann. Rote Ampeln oder die Bremsleuchten des Vordermannes werden unter Umständen nicht mehr oder als weiter entfernt wahrgenommen.

Gleichgewichtssinn

Bereits geringe Mengen Alkohol stören den Gleichgewichtssinn und die damit verbundene Koordinationsfähigkeit. Besonders betroffen ist die Feinmotorik. Im Extremfall kann es zum völligen Kontrollverlust kommen. Das Körpergleichgewicht ist eine komplizierte koordinative Leistung, die vom Gleichgewichtsorgan im Ohr und dem Gleichgewichtssinn im Gehirn gesteuert wird. Ein Vorgang, für den das Gleichgewichtsorgan im Ohr verantwortlich ist, ist die Fähigkeit des Auges, einen Punkt auch bei bewegtem Körper oder Kopf zu fixieren (Nachführmechanismus). Der Nachführmechanismus läuft unter Alkoholwirkung verzögert ab. Das fixierte Objekt erscheint dann für den Betrachter kurzzeitig an einer Stelle, an der es sich gar nicht befindet, oder nach Bewegung des Kopfes unscharf. Fehlreaktionen können die Folge sein.

Reaktionsvermögen

Alkoholkonsum verlängert die Reaktionszeit. Die Reaktionen werden abrupt und ungenau. Der alkoholisierte Fahrer ist Überraschungssituationen nicht mehr gewachsen. Bei mehr als einem Promille Blutalkoholkonzentration ist die Reaktionsgeschwindigkeit in der Regel um den Faktor 5 – 6 vermindert. Die Geschwindigkeit des Sprachflusses und die Assoziationsfähigkeit sind verlangsamt („Lallen“).

Aufmerksamkeit

Ab 0,3 Promille Blutalkoholkonzentration nimmt die Aufmerksamkeit in allen Qualitäten nachweisbar ab. Besonders wenn verschiedene Aufgaben gleichzeitig geleistet werden müssen – sog. geteilte Aufmerksamkeit –, erhöht sich die Fehlerquote bzw. verlängert sich die Zeit, die zur Lösung der Aufgabe beansprucht wird.

Ermüdung

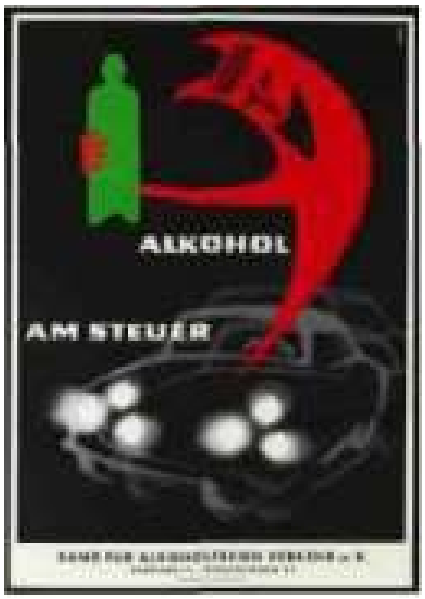
Durch Alkohol wird der normale Schlafrhythmus erheblich beeinträchtigt: der Traumschlaf (REM-Schlaf-Stadium) wird unterdrückt. REM- und Tiefschlafphasen sind unter Alkoholwirkung kürzer. Die Folge können Ermüdungserscheinungen sein, die sich als Spätfolge noch auf die Aufmerksamkeit und das Reaktionsvermögen negativ auswirken, selbst dann, wenn kein Alkohol mehr im Blut ist.

Psychische Alkoholwirkungen

Alkoholbedingte Störungen betreffen immer die Gesamtpersönlichkeit. Die Beeinträchtigung der Sinnesleistungen und damit verbundene Fehlverhaltensweisen sind gekoppelt mit Selbstüberschätzung, erhöhter Risikobereitschaft, Enthemmung und Kontrollverlust.

Selbstüberschätzung

Die Wirkung des Alkohols auf die eigene Leistungsfähigkeit wird unterschätzt. Die Fähigkeit zur Selbstkritik ist gemindert. Die Folgen sind oft deswegen katastrophal, weil das subjektive Gefühl gesteigerter oder zumindest unverändert vorhandener Leistungsfähigkeit verbunden ist mit einer tatsächlichen (objektiven) Leistungseinschränkung.



Risikobereitschaft

Bereits 0,5 Promille bewirken eine deutliche Erhöhung der Risikobereitschaft. Damit verbunden ist eine Steigerung des Bewegungsdrangs, des Leichtsinns, der Sorglosigkeit und Leichtfertigkeit. Verantwortungsgefühl und Sorgfalt lassen nach.

Enthemmung und Kontrollverlust

Gerade geringe Mengen Alkohol bewirken eine gesteigerte motorische Aktivität, die einhergeht mit einer Minderung der hemmenden und kontrollierenden Funktionen.

Alkoholbedingte Fahrfehler

Alkoholisierte Fahrzeugführer machen typische Fahrfehler. Gefährlich sind vor allem Fehlverhaltensweisen wie beispielsweise überhöhte Geschwindigkeit, Fahren in Schlangenlinien, riskantes Überholen.

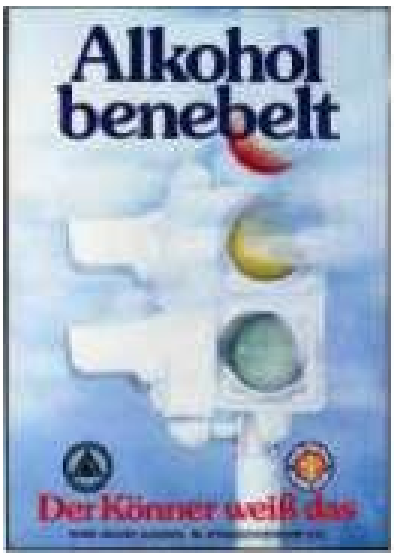
- Fahrzeuge werden zum Parken mit Fern- oder Abblendlicht abgestellt.
- Andere Fahrzeuge werden beim Rückwärtsfahren gerammt.
- Beim Ein- und Ausfahren von Parkplätzen kommt es zu Zusammenstößen.
- Beim Anfahren wird vergessen, das Licht einzuschalten.
- Es wird mit unangepasster Beleuchtung gefahren.
- Bei Gegenverkehr wird nicht abgeblendet.
- Richtungsänderungen werden nicht oder falsch angezeigt.
- Eingestelltes Blinklicht wird nach dem Abbiegen nicht abgestellt.

- Bremslichter vorausfahrender Fahrzeuge werden nicht rechtzeitig bemerkt.
- Es wird mit stark überhöhter Geschwindigkeit gefahren.
- Bei Wartepflicht wird die Geschwindigkeit nicht angepasst.
- Unübersichtliche Kurven werden geschnitten.
- Es wird in „Schlangenlinien" gefahren.
- Beim Wenden kommt man von der Fahrbahn ab.
- Es wird auf der Fahrbahnmitte oder auf der falschen Fahrbahn gefahren.
- Stehende Fahrzeuge werden von hinten angefahren oder beim Vorbeifahren gestreift.
- An unübersichtlichen Stellen wird mit überhöhter Geschwindigkeit und mit zu geringer Entfernung zum Gegenverkehr überholt.
- Gegenüber Fußgängern, die sich auf der Fahrbahn befinden, wird falsch reagiert.
- Anderen Kraftfahrern wird die Vorfahrt genommen.
- Akustische Warnzeichen werden unsinnig und übertrieben betätigt.
- Zu viele Personen werden im Fahrzeug mitgenommen.
- Es wird verkehrt durch Einbahnstraßen oder durch abgesperrte Straßen gefahren.

Alkoholgrenzwerte im Straßenverkehr

Das Führen von Kraftfahrzeugen unter Alkoholeinfluss ist wegen der damit verbundenen Gefahren für Leib, Leben und Gesundheit anderer Verkehrsteilnehmer sowie zum Schutz bedeutender Sachwerte, die bei Verkehrsunfällen beschädigt oder zerstört werden können, in vielen Ländern gesetzlich verboten. Dabei sind jedoch sowohl die Verbotsvoraussetzungen als auch die Rechtsfolgen von Verstößen durchaus unterschiedlich geregelt.

Null-Promille-Regelung



In einigen (wenigen) Staaten gilt ein absolutes Alkoholverbot für Kraftfahrer ("Null-Toleranz-Prinzip"). Das ist unter Verkehrssicherheitsaspekten fraglos die beste Lösung. Zudem weiß dort jeder Kraftfahrer, dass ihn bereits ein einziger Schluck Alkohol vor oder während der Fahrt unweigerlich mit dem Gesetz in Konflikt bringt, weswegen er sich problemlos darauf einstellen kann. Eine solche Regelung hat weiterhin den Vorteil, dass sich ein etwaiger Verstoß leicht feststellen lässt, weil bereits der Nachweis einer noch so geringen Alkoholmenge in der Atemluft oder im Blut eines Verdächtigen zu seiner Überführung ausreicht. Aufwendige und kostspielige Untersuchungen zur quantitativen Bestimmung der aufgenommenen Alkoholmenge sind ebenso überflüssig, wie eine komplizierte Beweisaufnahme vor Gericht. In Deutschland gilt seit 1.August 2007 ein absolutes Alkoholverbot für Fahranfänger.

Grenzwertregelung

In anderen Ländern - so auch in der Bundesrepublik Deutschland mit Ausnahme der Regelung für Fahranfänger - ist Alkoholgenuss bei Kraftfahrern dagegen erst bei Überschreitung bestimmter Grenzwerte mit Sanktionen bedroht. Weil durch umfangreiche verkehrsmedizinische Untersuchungen feststeht, dass die negativen Auswirkungen des Alkohols auf die Fahrtauglichkeit eines Kraftfahrers erst ab einer bestimmten Blut- und/oder Atemalkoholkonzentration einsetzen, ist man dort der Ansicht, es sei nicht gerechtfertigt und wäre unverhältnismäßig, bereits einen noch so minimalen Alkoholkonsum zu ahnden, wenn dieser nach (derzeitigen) wissenschaftlichen Erkenntnissen keinen nachteiligen Einfluss auf die Fahrtauglichkeit haben kann.

Die Höhe dieses Schwellenwertes ("Promillegrenze") ist in den einzelnen Ländern, die sich dieser Auffassung angeschlossen haben, jedoch unterschiedlich festgelegt worden. Während nach verkehrsmedizinischen Erkenntnissen bereits ab einer Blutalkoholkonzentration von 0,3 ‰ (AAK von 0,15 mg/l) die Möglichkeit einer alkoholbedingten Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit eines Kraftfahrers grundsätzlich in Betracht zu ziehen ist, haben einige Staaten den Grenzwert schon bei 0,2 ‰ (0,1 mg/l AAK) andere dagegen erst bei 0,5 %, (0,25 mg/l AAK) und wiederum andere sogar erst bei 0,8 ‰ (0,4 mg/l AAK) angesiedelt.

Die gegenüber dem "Null-Toleranz-Prinzip" rechtstaatlich sicherlich bessere Lösung angepasster Grenzwerte hat - sofern nicht eine Atemalkoholmessung in Betracht kommt, was bislang jedoch nur im Ordnungswidrigkeitenbereich rechtlich zulässig ist - den „Nachteil" aufwändiger Probenentnahme- und Untersuchungsverfahren, deren Validität immer wieder streng kontrolliert werden muss und die gleichwohl häufig Anfechtungen und Einwendungen ausgesetzt sind und die Gerichte zu z. T. umfangeichen Beweisaufnahmen zwingen.

Ein weiterer - wesentlicher - Nachteil besteht darin, dass nicht wenige Kraftfahrer in diesen Ländern der Auffassung sind, ein "bisschen" Alkohol vor oder während der Fahrt sei ja schließlich nicht verboten und deshalb den gefährlichen Versuch unternehmen, sich an die gesetzlichen Grenzwerte "heranzutrinken", sie dann jedoch aus Unkenntnis und/oder Leichtsinn doch überschreiten.

Alkoholgrenzwerte in der Bundesrepublik Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es derzeit für Kraftfahrer gleich drei verschiedene Grenzwerte, die sich teilweise aus dem Gesetz ergeben und im Übrigen von der Rechtsprechung nach rechts- und verkehrsmedizinischen Erkenntnissen festgelegt wurden. Dabei ist es für den Laien kaum nachvollziehbar, warum er sich beispielsweise bereits ab einer BAK von "nur" 0,3 ‰ (0,15 mg/l AAK) strafbar machen kann, wenn es deswegen zu einem Unfall kommt, während bei deutlich höheren BAK-Werten zwischen 0,5 und 1,09 ‰ (0,25 bis 0,5 mg/l AAK), wenn sonst keine Ausfallerscheinungen zu verzeichnen sind, lediglich ein Bußgeldtatbestand erfüllt ist.

ab 0,3 ‰ **BAK**

Werden bei einem Kraftfahrzeugführer Ausfallerscheinungen festgestellt oder kommt es zu einer gefährlichen Verkehrssituation oder gar zu einem Unfall und wird zum Tatzeitpunkt eine BAK von 0,3 ‰ oder mehr festgestellt, ist nach ständiger Rechtsprechung bereits die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass der Alkohol (eine) der Ursachen hierfür gewesen sein könnte. Kann dies nachgewiesen werden, kommt eine Strafbarkeit wegen Trunkenheit im Verkehr (§ 316 StGB) oder wegen Gefährdung des Straßenverkehrs (§ 315 c Abs. 1 Nr. 1a StGB) in Betracht.

ab 0,5 ‰ **BAK** bzw. **0,25 mgl/l AAK**

Wer als Kraftfahrer entweder mit einer BAK von 0,5 ‰ oder mehr *oder* mit einer AAK von 0,25 mg/l oder mehr oder mit einer Alkoholmenge im Körper am Straßenverkehr teilnimmt, die nach abgeschlossener Resorption dazu führt, dass einer dieser beiden Grenzwerte erreicht oder überschritten wird, wird wegen einer Ordnungswidrigkeit nach § 24a Abs. 1 StVG verfolgt, selbst wenn es deswegen zu keinerlei Ausfallerscheinungen oder gefährlichen Verkehrssituationen gekommen ist (relative Fahruntauglichkeit).

Der bislang in der Bevölkerung bekannteste Grenzwert von 0,8 ‰ ist mit Wirkung vom 01.04.2001 ersatzlos gestrichen worden. An seine Stelle ist die 0,5-Promille-Grenze getreten.

ab 1,1 ‰ **BAK**

Ab einem BAK-Wert von 1,1 ‰ beginnt nach ständiger Rechtsprechung der Bereich der absoluten Fahruntauglichkeit. Wer als Kraftfahrer so viel oder sogar noch mehr Alkohol im Blut hat, gilt automatisch und ohne dass der Beweis des Gegenteils möglich wäre, als unfähig, am motorisierten Straßenverkehr teilzunehmen, und macht sich wegen Trunkenheit im Verkehr (§ 316 StGB) oder - wenn ein Unfall passiert oder beinahe passiert wäre - wegen Gefährdung des Straßenverkehrs (§ 315c Abs. 1 Nr. 1a StGB) strafbar.

Alkoholgrenzwerte im europäischen Ausland

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die "Promillegrenzen" in den europäischen Staaten (Quelle: ADAC). Dabei entspricht einem Grenzwert von 0,2 ‰ BAK eine AAK von 0,1 mgl/l, einem Grenzwert von 0,5 ‰ BAK eine AAK von 0,25 mg/l und einer BAK von 0,8 ‰ eine AAK von 0,4 mg/l.

Land	‰ BAK
Belgien	**0,5**
Bulgarien	**0,5**
Dänemark	**0,5**
Estland	**0,0**
Finnland	**0,5**
Frankreich	**0,5**
Griechenland	**0,5**
Großbritannien	**0,8**
Irland	**0,8**
Italien	**0,5**
Kroatien	**0,0**
Lettland	**0,5**
Litauen	**0,4**
Luxemburg	**0,8**
Malta	**0,8**
Mazedonien	**0,5**

Land	‰ BAK
Niederlande	**0,5**
Norwegen	**0,2**
Österreich	**0,5**
Polen	**0,2**
Portugal	**0,5**
Rumänien	**0,0**
Schweden	**0,2**
Schweiz	**0,5**
Serb.-Montenegro	**0,5**
Slowakei	**0,0**
Slowenien	**0,5**
Spanien	**0,5**
Tschechien	**0,0**
Türkei	**0,5**
Ungarn	**0,0**
Zypern	**0,9**

Tabelle 1: Alkoholgrenzwerte im europäischen Ausland

Alkoholkontrollen im Straßenverkehr

Weil alkoholbedingte Fahruntüchtigkeit weiterhin eine der Hauptursachen für schwere Verkehrsunfälle ist, unternimmt die Polizei verstärkte Anstrengungen, diesem Phänomen durch vermehrte Kontrollen zu begegnen. Damit wird nicht nur der Zweck verfolgt, überführte Alkoholsünder im wahrsten Sinne des Wortes schnellstmöglich aus dem Verkehr zu ziehen (Repression). Durch die Erhöhung der Kontrolldichte und des damit für den uneinsichtigen Kraftfahrer ansteigenden Risikos, bei einer Trunkenheitsfahrt auch tatsächlich erwischt zu werden, soll zugleich ein Abschreckungseffekt erzielt werden (Prävention).

Polizeibeamte dürfen nach § 36 Abs. 5 Satz 1 der Straßenverkehrsordnung (StVO) jederzeit und überall auf öffentlichen Straßen und Plätzen Verkehrskontrollen (auch) zur Prüfung der Verkehrstüchtigkeit einzelner Kraftfahrer durchführen. Das kann sowohl durch Einrichtung sog. Kontrollstellen geschehen, an denen aus Gründen der Prävention innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach zuvor festgelegten Kriterien eine Vielzahl von Kraftfahrern und Fahrzeugen auch ohne konkreten Anlass „verdachtsunabhängig" überprüft werden, als auch durch gezielte Einzelkontrollen, wenn das Verhalten eines Fahrzeugführers hierzu Anlass gibt. Die Polizeibeamten werden im Rahmen ihrer Aus- und Fortbildung intensiv im Erkennen der äußeren Anzeichen einer Alkoholisierung bei Kraftfahrern geschult.

Jeder Fahrzeugführer ist in einer solchen Situation verpflichtet, auf entsprechende Zeichen der Polizei anzuhalten, den im Rahmen der Kontrolle erteilten Anweisungen zu folgen und auf Verlangen seinen Führerschein, die Fahrzeugpapiere und seine persönlichen Ausweispapiere zur Kontrolle auszuhändigen (Vorzeigen allein genügt nicht).

Entsteht während einer solchen Kontrolle der Verdacht, der Fahrzeugführer könnte unter Alkoholeinfluss stehen, wofür bereits Alkoholgeruch im Fahrzeuginnern oder in der Atemluft genügt, muss die Polizei zur weiteren Aufklärung die erforderlichen Ermittlungen durchführen und die notwendigen Beweise erheben.

Wichtigstes Beweismittel für den Nachweis aber auch für den sicheren Ausschluss einer alkoholbedingten Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit ist die im Blut des Verdächtigen festgestellte Alkoholkonzentration (Blutalkoholkonzentration - BAK). Besteht „nur" der Verdacht auf eine Verkehrsordnungswidrigkeit nach § 24a des Straßenverkehrsgesetzes (StVG), kann seit dem 01.08.1998 an Stelle der Blutalkoholkonzentration auch der Alkoholgehalt in der Atemluft (Atemalkoholkonzentration - AAK) bestimmt und vor Gericht als Beweismittel verwendet werden. Allerdings bleibt die Entnahme eine Blutprobe auch in diesen Fällen weiterhin zulässig. Welches Nachweisverfahren (BAK-Bestimmung oder AAK-Messung) im Einzelfall zur Anwendung kommt, hängt u.a. vom Verdachtsgrad („nur" Ordnungswidrigkeit oder eventuell schon Straftat?) und von der Mitwirkungsbereitschaft der kontrollierten Person ab (vgl. dazu unten) und liegt im Übrigen im pflichtgemäßen Ermessen des kontrollierenden Polizeibeamten.

Feststellung der Blutalkoholkonzentration

Um die Blutalkoholkonzentration labortechnisch bestimmen zu können, ist eine Blutentnahme beim Verdächtigen erforderlich. Die Anordnung nach § 81a der Strafprozessordnung (StPO) kann wegen "Gefahr im Verzug" durch die Polizei erfolgen. Nach einer geänderten Rechtsprechung durch eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts muss aber von der Polizei versucht werden, vorab eine Genehmigung durch einen Richter zu erholen.

Vortest

Weil die Entnahme einer Blutprobe mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist, ist die Polizei gehalten, aus Gründen der Verhältnismäßigkeit und zur abschließenden Verdachtsgewinnung zunächst einen Vortest mittels eines Atemalkohol-Testgerätes durchzuführen. Damit soll ausgeschlossen werden, dass beispielsweise der festgestellte Alkoholgeruch in der Atemluft nur auf einer ganz geringen Konsummenge beruht, die rechtlich unbedenklich ist.

Die Durchführung dieses Vortests setzt die aktive Mitwirkung des Verdächtigen voraus, der dafür in ein Prüfgerät blasen muss. Dazu darf ein Beschuldigter nach den in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Vorschriften jedoch nicht gezwungen werden. Der Vortest kann deshalb nur auf freiwilliger Basis erfolgen. In einigen anderen europäischen Staaten ist dagegen bereits die Weigerung, sich einer Atemalkoholkontrolle zu unterziehen, mit z. T. empfindlichen Sanktionen bedroht. So wird beispielsweise in Österreich und in der Schweiz in solchen Fällen grundsätzlich die höchste Geldstrafe für Alkoholdelikte fällig, die in Österreich derzeit zwischen ca. 1.200 und 6.000 € liegt. Es ist deshalb ratsam, sich vor Auslandsreisen mit dem Auto über die geltende Rechtslage zu informieren.

Wird durch den Vortest der Verdacht auf eine straf- oder ordnungsrechtlich relevante Alkoholisierung des überprüften Kraftfahrers zweifelsfrei ausgeräumt, hat es damit sein Bewenden. Weigert sich der Fahrzeugführer dagegen, den Vortest durchzuführen oder ergeben sich dabei Werte, die den Verdacht auf eine Straftat begründen, wird durch die Polizei zur weiteren Abklärung die Entnahme einer Blutprobe angeordnet.

Blutprobenentnahme

Die eigentliche Blutentnahme darf nur durch einen approbierten Arzt durchgeführt werden. Zu diesem Zweck kann der verdächtige Kraftfahrer von der Polizei zum nächsten erreichbaren Arzt, in ein Krankenhaus oder auf die Dienststelle gebracht werden.

Widersetzt sich der Verdächtige der Mitnahme und/oder der Blutentnahme durch einen Arzt, kann er dazu von der Polizei im Rahmen der Verhältnismäßigkeit notfalls auch durch Anwendung unmittelbaren Zwangs (Festhalten, Wegtragen, Hand- und/oder Fußfesseln) gezwungen werden. Wendet der Verdächtige seinerseits körperliche Gewalt an oder bedroht er die Polizeibeamten oder den Arzt, um die

Durchführung der rechtmäßig angeordneten Blutentnahme zu verhindern, macht er sich wegen (versuchter) Körperverletzung und ggf. wegen Widerstandes gegen Vollstreckungsbeamte (§ 113 StGB) strafbar. Eine dafür verhängte Strafe kann u. U. höher ausfallen als die für das Fahren unter Alkoholeinfluss.

Die Durchführung der Blutentnahme richtet sich nach den zuletzt mit Wirkung vom 25.06.2000 novellierten bundeseinheitlichen Verwaltungsvorschriften der Länder über die „Feststellung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogeneinfluss bei Straftaten und Ordnungswidrigkeiten".

Zum Ausschluss einer Verunreinigung der Probe, die zu einer Verfälschung des Messergebnisses führen könnte, erfolgt die Blutentnahme aus einer Armvene nicht mittels einer herkömmlichen Einweg-Spritze, sondern mittels speziell für diesen Zweck konstruierter Entnahmemittel oder in der preiswertesten Variante durch eine mit ausziehbarem und später abbrechbarem Stempel versehene Kunststoffvenüle. Um dem Einwand zu begegnen, der später festgestellte BAK-Wert sei durch das zur Desinfektion der Einstichstelle verwendete Mittel zu Lasten des Beschuldigten verfälscht worden, dürfen zur Reinigung nur alkoholfreie Tupfer verwendet werden.

Zur eindeutigen Kennzeichnung werden die Blutproben sofort nach der Entnahme mit einem Aufkleber versehen, auf dem Name und Geburtsdatum des Probanden und der genaue Entnahmezeitpunkt vermerkt sind. Dazu kommt ein Aufkleber mit der Entnahmenummer sowie mit einer weiteren Kontrollnummer, die von der Polizei vergeben wird. Alle diese Angaben werden auch im polizeilichen Entnahmeprotokoll vermerkt und beim Auspacken und Registrieren der Proben im Labor verglichen. Die Handhabung kann in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich sein.

Je nach den in dem betreffenden Bundesland geltenden ergänzenden Bestimmungen beschränkt sich der die Blutentnahme durchführende Arzt nicht allein auf diese Maßnahme, sondern macht mit dem Beschuldigten noch verschiedene Tests, die ebenfalls für die Beurteilung der Fahrtauglichkeit von Bedeutung sein können (Entlanggehen auf einem Strich auf dem Boden mit plötzlicher Kehrtwendung, Finger-Nasen-Probe, Finger-Finger-Probe, mehrfaches rasches Drehen des Probanden um die eigene Achse mit anschließender Fixierung eines vorgehaltenen Gegenstandes zur Feststellung des sog. Drehnachnystagmus, Abnahme einer Schriftprobe, bei zusätzlichem Verdacht auf die Einnahme von Drogen und/oder Medikamenten ggf. weitere Tests wie die Prüfung der Pupillenreaktion auf Licht, der sog. Romberg'sche Stehtest und der Einbeinstand). Während die Blutentnahme von dem Kraftfahrer erduldet werden muss und notfalls zwangsweise durchgesetzt werden kann, ist die Mitwirkung an den weiteren Tests wiederum freigestellt. Diese Tests können auch durch Personen durchgeführt werden, die nicht Ärzte (Arzt im Praktischen Jahr oder Polizeibeamte) sind.

Der die Blutentnahme durchführende Arzt nimmt über diesen Vorgang sowie über die Begleituntersuchungen ein formularmäßiges Protokoll auf, das in einer späteren Gerichtsverhandlung als Urkundenbeweis verlesen werden kann. Zusätzlich kann der Arzt über seine Feststellungen bei der Probenentnahme und über die dabei durchgeführten Tests durch das Gericht als (sachverständiger) Zeuge gehört werden.

Auswertung der Blutprobe

Das analytische Vorgehen bei der Blutalkoholbestimmung ist grundsätzlich in den „Richtlinien für die Blutalkoholbestimmung für forensische Zwecke" des Bundesgesundheitsamtes aus den Jahren 1966 und 1977 geregelt. Danach sind prinzipiell 4 - 5 Einzelmessungen mit zwei unterschiedlichen Messverfahren (Gaschromatografie, ADH-Verfahren, Widmark-Verfahren) durchzuführen, deren Mittelwert, auf 2 Dezimalstellen genau angegeben wird, wobei die durch das Messverfahren und/oder die Mittelwertbildung möglichen Dezimalstellen ab der 3. Stelle abgeschnitten, d.h. nicht mathematisch ab- oder aufgerundet werden und so die Blutalkoholkonzentration (BAK) ergeben. Die maximale Abweichung zwischen diesen 4 oder 5 Einzelwerten darf höchstens 10 % des Mittelwertes betragen. Präzision und Richtigkeit der Messungen werden durch tägliche Eichung der Geräte mittels Kontrollproben bekannten Gehalts überwacht. Zur externen Qualitätskontrolle sind weiterhin Ringversuche vorgeschrieben.

Das Ergebnis einer BAK-Bestimmung liegt meist innerhalb von 24 Stunden nach der Blutentnahme vor. Es wird schriftlich in Form eines Befundberichts entsprechend einem fachärztlichen Gutachten festgehalten, das später vom Gericht als Urkundenbeweis verlesen werden kann.

Gaschromatografische Analyse

Die sog. GC-Analyse ist die wichtigste Blutalkohol-Bestimmungsmethode. Dazu wird zunächst durch Zentrifugation aus dem aus der Blutentnahme stammenden Vollblut das Serum abgetrennt und nach Zugabe von tertiärem Butanol oder einem entsprechenden anderen sog. inneren Standard in einem gasdichten Probengefäß (Headspace-Glas) auf 60 bis 80° C erhitzt, bis nach ca. 20 Minuten ein Konzentrationsausgleich zwischen den im Serum enthaltenen (flüchtigen) Substanzen und dem Gasraum über der Flüssigkeit stattgefunden hat. Eine genau definierte Menge dieses Gasgemischs, das in seiner Zusammensetzung sowohl qualitativ als auch quantitativ exakt die im Blutserum enthaltenen, verdampfbaren Stoffe widerspiegelt, wird nun mittels Stickstoff oder Helium durch eine sog. Trennsäule geleitet, in der jede einzelne im Probengas enthaltene Komponente entsprechend ihrer physikalischen Eigenschaften eine unterschiedliche, für die jeweilige Substanz charakteristische Zeit zum Passieren braucht, die in einem Diagramm, dem sog. Chromatogramm, festgehalten wird. Darin entspricht jede nach einer definierten Zeit auftretende Spitze im Kurvenverlauf (Peak) einer anhand von kalibrierten Vergleichsproben bestimmten chemischen Substanz. Auf diese Weise kann ermittelt werden, *welche* Substanzen (Qualität) im Probengas und damit auch im Blutserum sind. Sodann werden diese durch die unterschiedlichen "Laufzeiten" voneinander getrennten Substanzen mittels eines Flammen-Ionisations-Detektors (FID) in einer Wasserstoffflamme verbrannt. Die dabei entstehenden elektrisch geladenen Kohlenstoff-Ionen erzeugen zwischen zwei Elektroden einen Stromfluss, dessen Stärke direkt proportional zur *Menge* der jeweiligen Substanz (Quantität) ist.

Der Vorteil des GC-Verfahrens besteht darin, dass es bei den Routineuntersuchungen durch entsprechende Auslegung der Trennsäule spezifisch auf den Nachweis von Alkohol (Ethanol) eingestellt ist und in einem

einzigen Untersuchungsgang sowohl eine qualitative als auch eine quantitative Analyse der aus jedem beliebigen Ausgangsmaterial (Vollblut, Serum, Urin, Speichel, Organe) erzeugten Gasprobe ermöglicht. Außerhalb von Routineuntersuchungen können auch andere in der Probe enthaltene flüchtige Substanzen (z. B. Aceton, Fäulnisalkohole, Ether, Chloroform) nachgewiesen werden können. Das GC-Verfahren eignet sich deshalb bei entsprechender Kalibrierung und Auswertung des gesamten Chromatogramms auch für eine sog. Begleitstoffanalyse (s. u.).

ADH-Verfahren

Bei diesem enzymatischen Verfahren wird dem Blutserum das auch beim Alkoholabbau in der Leber mittels des ADH-Systems benötigte Co-Enzym NAD zugegeben. Die Menge des durch die Reaktion mit dem Alkohol daraus entstehenden NADH's kann in einem Autoanalyser durch Messung mit Licht mit einer Wellenlänge von 365 nm photometrisch bestimmt werden. Sie ist direkt proportional zur Menge des in der Probe enthaltenen Alkohols.

Das Verfahren ist mit einem Probendurchsatz von 1 Probe pro Minute das schnellste Analyseverfahren. Es hat gegenüber dem GC-Verfahren allerdings den Nachteil, dass es nicht nur auf Ethanol reagiert, sondern auch auf andere in der Probe enthaltene Alkohole. Weil deren Anteile jedoch gegenüber dem Ethanol für gewöhnlich verschwindend gering sind (etwa 1/1000 des Gesamtalkoholgehalts), kann dieser Fehler - außer bei Fäulnisalkoholen - vernachlässigt werden.

Widmark-Verfahren

Dieses älteste der drei Verfahren wurde 1922 erstmals von dem schwedischen Biochemiker Widmark beschrieben und ab 1932 in Laboratorien zur Blutalkoholbestimmung eingesetzt. Der in der Blutprobe enthaltene Alkohol wird in einem speziellen Glasgefäß im Wege der Mikrodestillation durch Erhitzen auf 60 ° C innerhalb von 2 Stunden in die Dampfphase überführt und reagiert dabei mit einer genau vorgegebenen Menge Kaliumdichromat-Schwefelsäurelösung, die teilweise zu $Cr^{I}II$ reduziert wird. Die danach verbliebene Restmenge an Kaliumdichromat kann anhand der eingetretenen Verfärbung photometrisch oder nach Zusatz von Kaliumjodidlösung durch Titration mit Natriumthiosulfatlösung bestimmt werden. Sie ist Gradmesser des stattgefundenen Umwandlungsprozesses, der wiederum von der Alkoholmenge abhängt.

Weil das Verfahren sehr zeitaufwändig ist und zudem auch andere reduzierende im Blut vorhandene Substanzen erfasst werden, wird es - wenn überhaupt - nur noch selten zur Bestimmung des Alkoholgehalts angewandt.

Begleitstoffanalyse

Häufig wird von Kraftfahrern, die sich zunächst unerlaubt von der Unfallstelle entfernt haben, um sich den Feststellungen zu entziehen (Fahrerflucht) und bei deren späterer Ermittlung dann eine alkoholische Beeinflussung festgestellt wird, behauptet, sie hätten erst nach dem Vorfall „auf den Schrecken hin“ Alkohol zu sich genommen (sog. Nachtrunkbehauptung). Um diese Angaben überprüfen zu können, lassen sich erfahrene Polizeibeamte detailliert schildern, wie viel und vor allem welche Sorte(n) von alkoholischen Getränken der Verdächtige angeblich nach dem Unfall getrunken hat. Letzteres ist deshalb von Bedeutung, weil jedes alkoholische Getränk (Bier, Cognac, Wein, Whisky etc.) ganz charakteristische Begleitstoffe, Fuselalkohole und Aromastoffe enthält, die seinen typischen Geschmack ausmachen.

Mittels speziell eingestellter Gaschromatografen und einer Probenvorbereitung, die den Nachweis von sehr geringen Mengen an flüchtigen Substanzen erlaubt, kann eine Blutprobe im GC-Verfahren (vgl. oben) auch auf das Vorhandensein und die genaue Art und Zusammensetzung derartiger Begleitstoffe untersucht werden. Der Vergleich der Analyseergebnisse mit Referenzmessungen bekannter Getränke und Referenzmessungen von Blutproben freiwilliger Versuchspersonen nach kontrollierter Aufnahme solcher Getränke ermöglicht dann die genaue Feststellung, welche Sorten von Alkohol der Beschuldigte tatsächlich zu sich genommen hat und gegebenenfalls ob diese Getränke auch im Nachtrunkzeitraum konsumiert worden sein können. Stellt sich dabei heraus, dass entweder Getränke genannt wurden, deren typische Begleitstoffe in der Blutprobe nicht nachgewiesen werden konnten oder dass umgekehrt Begleitstoffe gefunden wurden, die zwar nicht in den behaupteten, wohl aber in anderen – mutmaßlich verschwiegenen – Getränken enthalten sind, ist das ein gewichtiges Indiz dafür, dass die Nachtrunkbehauptung unzutreffend sein könnte.

Dabei erlaubt die Begleitstoffanalyse auch die Überprüfung eines Alkoholmissbrauchs über einige Zeit und einen allgemeinen chronischen Alkoholmissbrauch.

Atemalkoholmessung

In den Lungenbläschen (Alveolen) kommt es zu einem gasförmigen Übergang des Alkohols aus dem arteriellen Blut in die eingeatmete Frischluft. Beim Ausatmen wird deshalb Alkohol abgegeben, was u. a. am Geruch ("Fahne") feststellbar ist. Die Konzentration des Alkohols in der Atemluft (Atemalkoholkonzentration - AAK), gemessen in Milligramm pro Liter (mg/l), lässt sich messtechnisch bestimmen.

Wichtig zu wissen und unbedingt zu beachten ist, dass Atemalkoholmessung und Blutalkoholbestimmung nicht nur zwei völlig unterschiedliche Verfahren zur Feststellung des Alkoholisierungsgrades einer Person sind, sondern dass auch die dabei gewonnen Messergebnisse nicht direkt miteinander korrelieren. Eine Umrechnung von AAK in BAK oder umgekehrt ist nicht möglich, auch wenn es dafür Näherungswerte gibt. Diese können jedoch nur als Faustformel dienen. Deshalb mussten mit Einführung der gerichtsverwertbaren Atemalkoholanalyse (vgl. dazu unten) durch den Gesetzgeber auch eigene AAK-Grenzwerte festgelegt werden.

Prüfröhrchen

Das Vorhandensein von Alkohol in der Atemluft kann u.a. mittels chemischer Reaktionen nachgewiesen werden, die zu einer Farbänderung der verwendeten Reagenzien führen. Die ersten derartigen Messgeräte fanden bereits in den 30er Jahren des vorigen Jahrhunderts in den USA Verwendung. Auch die noch bis vor kurzer Zeit von der Polizei bei Verkehrskontrollen als Vortest eingesetzten "Pusteröhrchen" beruhten auf einer solchen Farbreaktion.

Weil die in den Prüfröhrchen verwendeten Reagenzien auch auf andere Stoffe (z. B. Nikotin) mit Farbänderungen reagieren können und deshalb nur bedingt für die Feststellung geeignet sind, dass Alkohol in der Atemluft sein könnte, und weil eine quantitative Bestimmung nur in sehr groben Rahmen möglich ist, werden seit einiger Zeit von der Polizei bereits für den sog. Vortest physikalische bzw. physikalisch-chemische Messverfahren benutzt.

Atemalkohol-Messgeräte zur Vorprobe

Die von der Polizei bei einer Verkehrskontrolle vor Ort für eine erste Einschätzung, ob Anlass für eine Blutprobenentnahme oder für eine exakte und gerichtsverwertbare Atemalkoholbestimmung besteht, benutzten handlichen Messgeräte sind mit einem elektrochemischen Gas-Sensor ausgestattet und geben in einer digitalen Anzeige entweder den gemessenen Atemalkoholwert oder - dann aber mit den oben genannten Einschränkungen – einen daraus näherungsweise abgeleiteten Blutalkohol-Wert wieder.

Weil die AAK von individuellen Parametern beeinflusst sein kann, die diese Geräte nicht erfassen und berücksichtigen können, genügen diese Messungen, insbesondere dann, wenn durch die Geräte auch noch eine „Umrechnung" in eine BAK erfolgt, nicht den Anforderungen an einen gerichtsverwertbaren Beweis für eine Grenzwertüberschreitung. Auch Messgeräte, die allein nach dem Prinzip der Infrarot-Absorption arbeiten (z. B. Dräger Alcotest® 7010, Siemens Alcomat®), können die Blutprobenanalyse oder eine nochmalige Atemalkoholbestimmung mit einem eigens dafür zugelassenen und geeichten Gerät deshalb nicht ersetzen.

Gerichtsverwertbare Atemalkoholmessung

Die technischen Anforderungen an Geräte für vor Gericht verwertbare Atemalkoholbestimmungen sind in der DIN VDE 0405 festgelegt, die ihrerseits auf einem Gutachten des damaligen Bundesgesundheitsamtes[10] aufbaut.

Das bislang einzige Messgerät, das diese Voraussetzungen erfüllt und von der in Bundesrepublik Deutschland dafür zuständigen Physikalisch-Technischen Bundesanstalt zur gerichtsverwertbaren AAK-Bestimmung zugelassen wurde, ist das eichfähige Alcotest® 7110 Evidential Mark III der Fa. Dräger (Abb. links). Es analysiert zwei kurz nacheinander von der untersuchten Person abgegebene Atemproben, jeweils sowohl mit einem infrarotoptischen als auch mit einem elektrochemischen Messsystem. Zuvor findet im Atemschlauch, der zu diesem Zweck mit mehreren Temperaturfühler ausgerüstet ist, eine Messung und anschließende rechnerische Normierung der Atemtemperatur auf 34 ° C statt. Um eine Manipulation des Messvorgangs durch bestimmte Atemtechniken auszuschließen, erfolgt zudem eine Überprüfung des bei dem Messvorgang abgegebenen Atemvolumens. Wenn beide Verfahren übereinstimmende Werte ergeben, wird der Befund direkt im mg/l Atemluft ausgegeben. Diese Geräte sind in der Bundesrepublik Deutschland flächendeckend bei der Polizei eingeführt. Der ermittelte Messwert ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes ohne Abzug eines Toleranzwertes unmittelbar maßgeblich.

---

[10] Alkohol bei Verkehrsstraftaten. Gutachten des Bundesgesundheitsamtes. Lundt PV, Jahn E. Kirschbaumverlag Bad Godesberg (1966).

Der Messvorgang, der sich aus zwei Einzelmessungen zusammensetzt, darf frühestens 20 Minuten nach Trinkende erfolgen (Wartezeit). Das Messpersonal achtet dabei besonders auf Umstände, durch die der Beweiswert der Messergebnisse beeinträchtigt werden kann, vergewissert sich, dass die Gültigkeitsdauer der Eichung nicht abgelaufen ist, die Eichmarke unverletzt ist, das Messgerät keine Anzeichen einer Beschädigung aufweist und stellt namentlich sicher, dass die Daten der betroffenen Person ordnungsgemäß in das Messgerät eingegeben werden, das Mundstück des Messgerätes gewechselt wurde und die betroffene Person in einer Kontrollzeit von mindestens zehn Minuten vor Beginn der Messung keine Substanzen aufnimmt, also insbesondere nicht isst oder trinkt, kein Mundspray verwendet und nicht raucht. Die Kontrollzeit kann in der Wartezeit enthalten sein. Während der Messung ist auf die vorschriftgemäße Beatmung des Messgerätes zu achten.

Nach der Messung hat sich das Messpersonal davon zu überzeugen, dass die im Anzeigefeld des Messgerätes abgelesene Atemalkoholkonzentration mit dem Ausdruck des Messprotokolls übereinstimmt. Zeigt das Messgerät eine ungültige Messung an und liegt die Ursache in einem Verhalten der zu untersuchenden Person, so ist bei der Wiederholungsmessung auf eine Vermeidung zu achten.

Die Einhaltung des für die Atemalkoholmessung vorgeschriebenen Messverfahrens ist mittels Messprotokollausdruck zu dokumentieren. Auf dem von dem Messgerät erstellten Ausdruck bestätigt das Messpersonal durch Unterschrift, dass es zur Bedienung des Gerätes befugt ist und die Messung nach Maßgabe der Gebrauchsanweisung des Geräteherstellers durchgeführt wurde. Auf dem Messprotokoll ist für Rückfragen neben der Unterschrift auch der Familienname und die Dienststelle der den Test durchführenden Person anzugeben. Das Messprotokoll ist zu den Ermittlungsakten zu nehmen.

Schnittzeichnung des Dräger Alcotest 7110 Evidential. Man erkennt den Atemschlauch, die beiden Sensorsysteme, einen internen Ethanolspeicher zur Funktionsprüfung des Sensorsystems, die Elektronik, das Anzeigedisplay sowie den internen Drucker.

Berechnung der Blutalkoholkonzentration aus Trinkmengenangaben

Steht keine Blutprobe zur Untersuchung zur Verfügung und konnte auch keine gerichtsverwertbare Atemalkoholanalyse durchgeführt werden, kann die Blutalkoholkonzentration eines Beschuldigten zur Tatzeit (Unfallzeitpunkt) auch rechnerisch ermittelt werden, wenn zuverlässige Angaben darüber vorliegen, wann er zuvor welche Mengen an bestimmten alkoholischen Getränken zu sich genommen hat.

Dazu bedient man sich der so genannten Widmark-Formel:

$$BAK = \frac{\textit{resorbierte Alkoholmenge [in g / l]}}{\textit{Körpergewicht [in kg]} \times r}$$

Bei „r" handelt es sich um den so genannten Widmark'schen Verteilungsfaktor, der - entsprechend dem Anteil des Wassergehalts am gesamten Körpergewicht[11] - bei Männern mit r = 0,7 und bei Frauen mit r = 0,6 angenommen wird.

Zunächst wird die „maximale theoretische BAK" errechnet. Das ist die höchstmögliche BAK, die der Beschuldigte erreicht hätte, wenn sich aller von ihm vor dem Vorfall getrunkene Alkohol sofort gleichmäßig auf seinen Körper verteilt hätte. Dabei ist jedoch nicht die aufgenommene Flüssigkeitsmenge zu berücksichtigen, sondern nur das *Gewicht* des darin enthaltenen reinen Alkohols. Der Alkoholgehalt in Getränken wird auf den Flaschenetiketten jedoch stets in *Volumenprozenten* angegeben und muss deshalb erst mittels des spezifischen Gewichts von Alkohol (0,8 g/ml) in Gramm umgerechnet werden. So enthält beispielsweise ein Liter Bier (Alkoholgehalt: 5 Vol% =) 50 ml, also 40 g reinen Alkohol (50 ml x 0,8 g/ml).

Ein 70 kg schwerer Mann (reduziertes Körpergewicht 70 kg x 0,7 = 49 kg) würde damit nach dem Genuss von 4 l Bier (= 160 g reinen Alkohols) auf eine theoretische maximale BAK von (160 g/49000 g =) 3,26 ‰ kommen.

Ausgehend von diesem Maximalwert ist dann der zwischen Trinkbeginn und Unfallzeitpunkt erfolgte Alkoholabbau[12] zu ermitteln. Je nach dem Ziel der Berechnung ist nach ständiger Rechtsprechung für das weitere Vorgehen die dem Beschuldigten jeweils günstigste Berechnungsmethode zu wählen. Geht es um die Beurteilung der Fahrtauglichkeit, also um die Frage, ob und, wenn ja, in welchem Maße die gesetzlichen Grenzwerte überschritten wurden, ist eine möglichst niedrige BAK von Vorteil, weshalb davon ausgegangen wird, dass nicht der gesamte konsumierte Alkohol resorbiert worden ist, sondern dass es zu dem maximalen Resorptionsdefizit von 30 % gekommen ist. Ferner wird der höchstmögliche Abbauwert von 0,2 ‰/h zugrunde gelegt. Geht es dagegen um die Frage einer erheblich verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit nach den §§ 20, 21 StGB, ist für den Beschuldigten eine möglichst hohe BAK von Vorteil, weshalb dann mit dem niedrigsten Resorptionsdefizit und der geringsten Abbaurate von 0,1 ‰/h gerechnet wird.

[11] s. dazu den Abschnitt „Alkoholstoffwechsel"

[12] vgl. zu den folgenden Ausführungen den Abschnitt „Alkoholstoffwechsel", wo die Begriffe Resorptionsdefizit und Abbaurate näher erläutert werden

Beispiel:

a) Ermittlung der Fahrtauglichkeit

Der Beschuldigte wiegt 70 kg, hat in der Zeit zwischen 13.00 und 16.30 Uhr 4 l Bier getrunken und wurde um 17.00 Uhr als Fahrzeugführer im öffentlichen Straßenverkehr beobachtet. Das genossene Bier hat bei ihm, wie oben dargelegt, zu einer theoretischen maximalen BAK von 3,26 ‰ geführt. Hiervon ist zu seinen Gunsten das maximale Resorptionsdefizit von 30 % abzuziehen (= 0,98 ‰). Weil zwischen Trinkbeginn und Tat vier Stunden liegen, beträgt der maximale Abbau (4 x 0,2 ‰ =) 0,8 ‰, zu dem noch ein Sicherheitszuschlag von weiteren 0,2 ‰ zu addieren ist. Insgesamt sind von der theoretischen Maximal-BAK von 3,26 ‰ somit insgesamt 1,98 ‰ (Resorptionsdefizit + Abbau + Sicherheitszuschlag) abzuziehen, was eine wahrscheinliche Tatzeit-BAK von 1,28 ‰ ergibt.

Unser Beschuldigter befand sich damit im Tatzeitpunkt im Zustand der absoluten Fahruntauglichkeit.

b) Ermittlung der Schuldfähigkeit

Wiederum ausgehend von der theoretischen maximalen BAK vom 3,26 ‰, ist jetzt lediglich ein Resorptionsdefizit von 10 % abzuziehen (= 0,33 ‰). Zwischen Trinkbeginn und Tatzeit sind auch nur (4x0,1 ‰ =) 0,4 ‰ Alkohol abgebaut worden. Ein Sicherheitszuschlag ist nicht in Ansatz zu bringen. Daraus resultiert eine Tatzeit-BAK von 2,53 ‰.

Nach ständiger Rechtsprechung bestehen damit deutliche Anhaltspunkte für eine zwar erheblich verminderte, jedoch nicht für eine aufgehobene Schuldfähigkeit.

Getränk	durchschnittlicher Volumen-prozentsatz (Vol.-%) Alkohol	Alkohol in Gramm (enthalten in 10 cm^3)
Lagerbier	**4,3**	**3,4**
Exportbier	**5,0**	**4,0**
Bockbier	**5,7**	**4,5**
Doppelbock	**6,5**	**5,1**
Apfelwein (Most)	**5,3**	**4,2**
Andere Obstweine	**5,0 - 12,0**	**4,0 - 9,5**
Weißwein	**10,2**	**8**
Rotwein	**11,4**	**9**
Sekt	**12,6**	**10**
Wermutwein	**15,2**	**12**
Südweine	**17,8**	**14**
Eierlikör	**22,8**	**18**
Liköre	**30,4**	**24**
Kornbranntweine	**31,7**	**25**
Weinbrand	**38,0**	**31**
Obstbranntweine	**48**	**38**
Rum	**53**	**42**

Tabelle 2: Alkoholgehalt ausgewählter Getränke

Drogen

Illegale Drogen

Einführung

Nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes und der Polizei ereigneten sich im Jahr 2010 in Deutschland 1188 Verkehrsunfälle mit Personenschäden und 780 schwerwiegende Verkehrsunfälle mit Sachschaden, bei denen illegale Drogen eine Rolle gespielt haben. Dabei starben 43 Personen, 404 wurden schwer und 1.220 leicht verletzt. Entgegen der allgemeinen Unfallentwicklung nahm die Zahl der bei "Drogenunfällen" im Straßenverkehr Getöteten in den letzten 20 Jahren deutlich zu, wobei allerdings nicht auszuschließen ist, dass diese Steigerungsrate in erster Linie Folge der erhöhten Aufmerksamkeit gegenüber diesem Problem und der damit verbundenen höheren Aufklärungsquote ist.

Die Entwicklung der nachgewiesenen Drogenunfälle im Zeitraum 1975 – 2010 ist in der nachfolgenden Tabelle zusammengestellt worden (Quelle: Statistisches Bundesamt).

Straßenverkehrsunfälle unter Einfluss anderer berauschender Mittel (z.B. Drogen, Rauschgift) und dabei Verunglückte 1975 - 2010*

* bis einschließlich 1990 früheres Bundesgebiet, ab 1991 Deutschland

Jahr	Unfälle mit Personen-schaden	Verun-glückte	Getötete	Schwer-verletzte	Leicht-verletzte	Schwerwiegende Unfälle mit Sachschäden[1]
1975	323	418	14	141	263	298
1976	300	387	21	136	230	348
1977	322	429	17	150	262	353
1978	330	461	13	166	282	380
1979	310	432	18	147	267	379
1980	360	494	19	181	294	433
1981	301	407	11	145	251	411
1982	356	469	7	165	297	399
1983	285	373	10	138	225	168
1984	274	369	10	153	206	161
1985	249	320	3	102	215	191

Straßenverkehrsunfälle unter Einfluss anderer berauschender Mittel (z.B. Drogen, Rauschgift) und dabei Verunglückte 1975 - 2010*

* bis einschließlich 1990 früheres Bundesgebiet, ab 1991 Deutschland

Jahr	Unfälle mit Personen-schaden	Verun-glückte	Getötete	Schwer-verletzte	Leicht-verletzte	Schwerwiegende Unfälle mit Sachschäden[1]
1986	244	346	11	125	210	211
1987	294	401	12	129	260	218
1988	294	418	5	131	282	256
1989	333	486	15	162	309	260
1990	341	498	13	157	328	276
1991	434	646	18	224	404	217
1992	580	816	20	253	543	329
1993	545	844	34	260	550	296
1994	581	824	15	282	527	311
1995	607	909	17	314	578	278
1996	611	927	29	340	558	272
1997	612	909	25	326	558	289
1998	730	1118	61	415	642	338
1999	880	1352	60	521	771	413
2000	1015	1603	55	544	1004	509
2001	1080	1653	63	586	1004	597
2002	1262	1931	68	595	1268	702
2003	1409	2109	67	625	1417	784
2004	1521	2220	60	667	1493	840
2005	1373	1989	51	581	1357	769
2006	1372	2011	62	565	1384	762
2007	1415	2008	48	549	1411	834
2008	1487	2125	46	586	1493	845
2009	1320	1774	30	466	1278	780
2010	1188	1667	43	404	1220	715

* bis einschließlich 1990 früheres Bundesgebiet, ab 1991 Deutschland

1) 1975 – 1982 Sachschaden von DM 1.000 und mehr bei einem Beteiligten. 1983 – 1990 Sachschaden von DM 3.000 und mehr bei einem Geschädigten. 1994 Unfälle nur mit Sachschaden von DM 4.000 und mehr bei einem Geschädigten. Ab 1995 Straftatbestand oder Ordnungswidrigkeit (Bußgeld) und mindestens ein Kfz. musste abgeschleppt werden.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Dunkelziffer

Es ist zu befürchten, dass die Dunkelziffer derjenigen Kraftfahrer, die unter dem Einfluss von illegalen Drogen am Straßenverkehr teilnehmen, um ein Vielfaches höher liegt. Aktuelle Schätzungen gehen von ca. 100.000 Kraftfahrern aus, die regelmäßig unter Rauschgifteinfluss stehen.

Eine anonyme Zusatzuntersuchung von Blutproben, die zwischen 1993 und 1999 in Hamburg und Frankfurt/Main zum Zwecke der Blutalkoholbestimmung entnommen worden waren, führte in 75 % aller Fälle auch zum Nachweis illegaler Drogen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen entsprechende Untersuchungen in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern (Westmecklenburg).

Prävalenz des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung

Nach aktuellen Informationen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)[13] haben ca. 50 % aller Personen zwischen 12 und 25 Jahren schon einmal Drogen angeboten bekommen. Davon haben wiederum ca. 50 % Drogen konsumiert. Bezogen auf die Gesamtheit aller 12- bis 25-Jährigen hat also rund ein Viertel der Befragten schon einmal Drogen konsumiert. Wiederum etwa die Hälfte davon belassen es bei diesem einen Mal. 15 % aller 12- bis 25-jährigen Jugendlichen haben schon mehr als zweimal Drogen genommen, 13 % in den letzten 12 Monaten. Gegenwärtig nehmen 5 % aller 12- bis 25-Jährigen Drogen ein, 3 % tun dies häufig, also mehr als zehnmal im letzten Jahr; sie sind regelmäßige Konsumenten illegaler Drogen.

Bei Umrechnung der jüngsten Ergebnisse von bundesweiten Repräsentativerhebungen[14] auf die Gesamtbevölkerung ergibt sich folgendes Bild: Rund 10 Millionen der 12- bis 59-Jährigen (dies sind knapp 20 % aller 12- bis 59-Jährigen in Deutschland) haben mindestens einmal in ihrem Leben illegale Drogen konsumiert (Lebenszeitprävalenz). Bei den Erwachsenen haben die Männer (23 %) gegenüber den Frauen (16 %) deutlich mehr Drogenerfahrung. In den letzten 12 Monaten vor der Befragung haben aus dieser Altersgruppe 6,5 % der Befragten illegale Drogen genommen. Dies sind ca. 3,5 Millionen Menschen. Bei dieser Befragung wird nicht unterschieden zwischen einmaligem, gelegentlichem und regelmäßigem Konsum. Es gilt aber zu berücksichtigen, dass Drogenkonsum in sehr vielen Fällen den einmaligen oder den nur sehr seltenen Konsum von Drogen bedeutet.

Gleichzeitig lässt sich allerdings festhalten, dass der regelmäßige Konsum von Drogen in Deutschland in den letzten Jahren relativ stark geblieben ist. Dies kann den Repräsentativbefragungen der BZgA entnommen werden. In der DAS von 1993/1994 erhielt man auf die Frage nach regelmäßigem Konsum („Haben Sie im letzten Jahr mehr als 20-mal Drogen genommen") bei den 12- bis 25-Jährigen in 4 % der Fälle eine positive

[13](BZgA - 2001), Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001 (Drogenaffinitätsstudie - DAS).

[14] *Kraus L. V Augustin R.* (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. IFT, München. *Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht - EBDD* (Hg.), 2001 - Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union

Antwort. Vier Jahre später, im Jahr 1997, erhielt man auf dieselbe Frage in 3 % der Fälle eine positive Antwort. Im Jahr 2001 wurde die Frage modifiziert. Gefragt wurde nicht mehr nach dem mehr als 20-maligen, sondern bereits nach dem über 10-maligen Konsum. Aufgrund der geringeren Konsumhäufigkeit würde man bei einem höheren Anteil der Befragten eine positive Antwort erwarten. Positive Antworten wurden aber nach wie vor bei nur 3 % der 12- bis 25-Jährigen gegeben.

Auch aus diesen Zahlen lässt sich unschwer ableiten, dass der Anteil der Personen, die einerseits gelegentliche oder sogar regelmäßige Drogenkonsumenten sind und die andererseits eine Fahrerlaubnis haben, nicht unerheblich ist.

	2000		2009	
	Menge	**Fälle**	**Menge**	**Fälle**
Heroin	612,2 kg	4.120	758,4 kg	6.183
Kokain	491,7 kg	2.677	1.707,0 kg	3.858
Amphetamin/Methamphetamin	264,4 kg	1.431	1.382,7 kg	8.081
Ecstasy[15]	853.796 KE[1]	2.080	521.272 KE	1.761
Cannabis	11.794,0 kg	11.311	6.518,0 kg	33.429
davon Cannabisharz (Haschisch)	7.513,1 kg	6.770	2.220,0 kg	9.294
davon Cannabiskraut (Marihuana)	4.280,9 kg	4.541	4.298,0kg	24.135

Tabelle 3: Sicherstellungsfälle und -mengen des Rauschgifthandels in Deutschland mit Bestimmung Deutschland[16] (Quelle: BKA-Rauschgiftjahresbericht 2009)

Auswirkungen von Drogenkonsum auf die Fahrtüchtigkeit

Die mit der Einnahme von Rauschgift verbundenen Auswirkungen auf die Fahrtauglichkeit lassen sich, im Gegensatz zum Alkohol, wegen der individuell sehr unterschiedlichen Drogenwirkung und der eigenständigen Wirkungen von Drogen-Stoffwechselprodukten kaum sicher vorhersehen. Das gilt in besonderem Maße für die Kombination unterschiedlicher Drogen oder von Rauschgift mit Alkohol. Diese sog. Multiintoxikationen können für den Konsumenten zu einer nicht mehr kalkulierbaren Gefahrenquelle für die Teilnahme am Straßenverkehr und seine Gesundheit werden. Hinzu kommt, dass sich viele Drogenkonsumenten gar nicht bewusst sind, dass nicht nur Alkohol, sondern auch Rauschgift und bestimmte Arzneimittel z. T. erheblichen und lang andauernden Einfluss auf die Fahrtauglichkeit haben.

[15] KE = Konsumeinheit; 1 KE = 0,333 g Wirkstoff
[16] soweit nachfolgend bei den einzelnen Betäubungsmitteln abweichende Mengen und Sicherstellungszahlen genannt werden, beruht dies darauf, dass dort auch sog. Transitfälle berücksichtigt sind.

Rechtliche Folgen

Die Teilnahme am Straßenverkehr unter Drogeneinfluss war - anders als bei Alkohol - bis zum 01.08.1998 nicht einmal mit einem Bußgeld bedroht, wenn es Dank glücklicher Umstände zu keinen Auffälligkeiten kam. Seither führt jedoch bereits jeder noch so geringfügige Nachweis bestimmter Drogen im Blut eines Kraftfahrers zu empfindlichen Geldbußen sowie zu einem Fahrverbot (§ 24 Abs. 2 StVG). Zusätzlich kommt ein Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz in Betracht.

Wer als Führerscheinbewerber oder Fahranfänger in den Verdacht gerät, Konsument harter Drogen (gewesen) zu sein, kann von der Führerscheinstelle aufgefordert werden, durch eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) seine Drogenfreiheit nachzuweisen. Das kann wegen der sehr langen Nachweismöglichkeit illegaler Drogen schwierig und sehr teuer werden.

Wer einen Führerschein hat und im Zusammenhang mit der Teilnahme am Straßenverkehr als Drogenkonsument auffällt, wird es schwer haben, seine Fahrerlaubnis zu behalten oder sie nach der Entziehung wieder zu bekommen. Der Staat betrachtet den Drogenkonsum grundsätzlich als Eignungsmangel, der jedenfalls bei sog. harten Drogen die Entziehung der Fahrerlaubnis wegen persönlicher Unzuverlässigkeit rechtfertigt.

Bezüglich Cannabis hat die 1. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts allerdings mit Beschluss vom 20. Juni 2002 - 1 BvR 2062/96 - entschieden, dass aus dem Konsum zwar erhebliche Gefahren für die Sicherheit des Straßenverkehrs hervorgehen können, dass aber je nach der Art und Intensität des Konsums zu unterscheiden sei, so dass weder ein pauschaler Gefährdungsausschluss noch eine pauschale Gefährdungsannahme gerechtfertigt sei.

Von unzureichender Kraftfahreignung in Folge drogenkonsumbedingter körperlich-geistiger Leistungsdefizite sei insbesondere auszugehen, wenn der Konsum von Drogen beim Betroffenen dazu geführt hat, dass seine Auffassungsgabe, seine Konzentrationsfähigkeit, sein Reaktionsvermögen oder seine Selbstkontrolle ständig unter dem für ein sicheres und verkehrsgerechtes Führen von Kraftfahrzeugen im Straßenverkehr erforderlichen Maß liegen. Fahruntauglichkeit sei ferner anzunehmen, wenn der Betroffene grundsätzlich außerstande ist, eine drogenkonsumbedingte zeitweilige Fahruntüchtigkeit rechtzeitig als solche zu erkennen oder trotz einer solchen Erkenntnis von der aktiven Teilnahme am Straßenverkehr abzusehen.

Die Fahrtüchtigkeit einer Person sei im akuten Haschischrausch und während der Dauer einer mehrstündigen Abklingphase aufgehoben. Dies gelte jedenfalls dann, wenn relevante Mengen THC in den Körper des Konsumenten gelangen oder wenn der Konsum von Haschisch mit demjenigen anderer berauschender oder betäubender Mittel (insbesondere Alkohol und Medikamente) kombiniert wird. In Ausnahmefällen könne der Konsum von Cannabis auch eine dauerhafte fahreignungsrelevante Absenkung der körperlich-geistigen Leistungsfähigkeit des Konsumenten nach sich ziehen. Diese Fälle seien in der Regel dadurch gekennzeichnet,

dass über einen längeren Zeitraum erheblicher Drogenmissbrauch geübt worden ist. Darüber hinaus werde der Eintritt chronischer Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit bei besonders gefährdeten Personengruppen - etwa bei Jugendlichen in der Entwicklungsphase oder bei Personen, die mit latent vorhandenen Psychosen belastet sind - als möglich angesehen.

In den übrigen Fällen bestehe dagegen nach heutiger Erkenntnis in aller Regel kein Anlass zu der Befürchtung, dass der Konsum von Haschisch bei den Betroffenen zu einer permanenten fahreignungsrelevanten Absenkung ihrer körperlich-geistigen Leistungsfähigkeit führt. Nach aktuellem Erkenntnisstand sei es bei einmaligem oder gelegentlichem Haschischkonsum auch nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Betroffene außerstande ist, eine drogenkonsumbedingte zeitweilige Fahruntüchtigkeit rechtzeitig als solche zu erkennen oder trotz einer solchen Erkenntnis von der aktiven Teilnahme am Straßenverkehr abzusehen. In der einschlägigen Fachliteratur werde zwar darauf hingewiesen, dass der Verlauf eines Haschischrauschs und die Dauer seines Abklingens von zahlreichen Faktoren bestimmt werden, weshalb sie vom Konsumenten im Vorhinein kaum zuverlässig abgeschätzt werden können. Es gebe allerdings keine hinreichend verlässlichen Anhaltspunkte dafür, dass der einmalige oder gelegentliche Cannabiskonsument im Regelfall drogenkonsumbedingt außerstande ist, die seine Fahrtüchtigkeit ausschließenden Wirkungen des Haschischkonsums als solche zu erkennen oder besserer Erkenntnis zuwider eine Teilnahme am Straßenverkehr zu unterlassen.

Der einmalige oder nur gelegentliche Cannabiskonsum ohne Bezug zum Straßenverkehr sei nicht als hinreichendes Verdachtselement für eine Verkehrsuntauglichkeit zu bewerten. Der einmalig festgestellte Haschischbesitz und die Weigerung der Teilnahme am Drogenscreening dürfe nicht als alleinige Grundlage der Entziehung der Fahrerlaubnis genommen werden.

Vor einer Verallgemeinerung dieser Grundsätze auch für andere Drogen kann nur nachdrücklich gewarnt werden.

Nachweis der Drogenbeeinflussung

Die Erkennung und der Nachweis von Drogenkonsum anlässlich von Unfällen und bei Verkehrskontrollen sind in den letzten Jahren durch gezielte Schulung von Polizeibeamten (z.B. Forschungsprojekt ROSITA[1]) und die Entwicklung geeigneter Schnelltestverfahren (z.B. DRUGWIPE, MAHSAN-Test, TRIAGE-Test, TOXI-QUICK) wesentlich erleichtert und verbessert worden.

In jüngsten Publikationen (u.a. Steinmeyer et al., 2001) zum praktischen Nutzwert von Drogenschnelltests bei polizeilichen Verkehrskontrollen im Ordnungswidrigkeitenbereich ist bereits eine hohe Erfolgsquote dieser Hilfsmittel für die Polizeibeamten dokumentiert. Bei 254 Fahrern wurden auf freiwilliger Basis mit deren Speichel, Schweiß oder Urin Drogenschnelltests durchgeführt, deren Ergebnisse in 97,6 % eine korrekte Hilfestellung für den Polizeibeamten ergaben, um eine schnelle Orientierung bezüglich des Anfangsverdachts zu erhalten und angemessene Maßnahmen durchzuführen. Natürlich kommt es bei solchen Schnelltestverfahren auch zu sog. falsch positiven und falsch negativen Ergebnissen, so dass zum sicheren forensischen Nachweis die qualitative und quantitative Bestimmung von Drogen im Blut erforderlich ist.

Nachdem einerseits gemäß § 24a Abs. 2 StVG inzwischen akzeptierte Grenzwerte für den Tatbestand einer Ordnungswidrigkeit bestehen, dennoch bislang für Betäubungsmittel keine Grenzwerte definiert wurden, ab denen eine relative oder absolute Fahruntauglichkeit anzunehmen ist, muss neben der quantitativen Bestimmung der Betäubungsmittelwirkstoffe im Blut auch eine Beurteilung von Auffälligkeiten, sei es im Zusammenhang mit der Fahrt, sei es im Rahmen polizeilicherseits und/oder ärztlicherseits durchgeführter Tests erfolgen. Bei letzteren ist jedoch eine Mitwirkung der jeweils betroffenen Person erforderlich, so dass nicht in allen Fällen hinreichende Kriterien für eine sichere Beurteilung der individuellen Fahrtauglichkeit zu erlangen sind.

Weil der Abbau der Betäubungsmittelwirkstoffe im menschlichen Körper – anders als bei Alkohol – nicht linear, sondern exponentiell erfolgt und daher in sog. Halbwertszeiten angegeben wird, ist ein Nachweis eines Drogenkonsums erheblich länger möglich. Zudem lagern sich die Wirkstoffe und auch bestimmte Abbauprodukte im Kopfhaar ab, wo sie noch Wochen später festgestellt werden können. Da die Wachstumsgeschwindigkeit des menschlichen Haars in ihren Mindest- und Höchstgrenzen bekannt ist, kann aus dem Ort der Ablagerung (Abstand von der Haarwurzel bis zu der Stelle, wo das Abbauprodukt gefunden wird), auch auf den ungefähren Einnahmezeitpunkt geschlossen werden.

Amphetamin

Herkunft

Amphetamin (Szenebezeichnung auch "Speed" oder "Pep") wird für den Drogenmarkt in illegalen Labors aus chemischen Grundstoffen in wechselnden Formen (Pulver, Kapseln, Tabletten oder Flüssigkeiten) künstlich hergestellt. Es ähnelt in seiner Zusammensetzung den für die Reizweiterleitung im menschlichen Nervensystem zuständigen Botenstoffen (Neurotransmittern) Adrenalin und Dopamin.

Methamphetamin

Methamphetamin wurde bereits 1934 entwickelt und unter dem Handelsnamen Pervitin® auf den Markt gebracht. Während es in den zurückliegenden Jahren vor allem im südostasiatischen Raum (Thailand und Myanmar) sowie Japan, Australien und den USA als Droge missbraucht wurde und in Europa vorwiegend in der Tschechei, wo eigene Produktionsstätten und Vertriebssysteme aufgebaut wurden, erlebt die Substanz derzeit im Zuge der Globalisierung auch der illegalen Märkte eine Renaissance in Europa, wo sie unter Szenebezeichnungen wie "Crystal Ice", "YABA" oder "Crystal Speed" gehandelt wird. "Crystal" ist dabei die Bezeichnung für kristallines Methamphetamin. Die Kristalle sind weiß bis beige und ungefähr halb so groß wie die des Zuckers.

Verwendung

Amphetamin wird häufig als Aufputschmittel benutzt, um bei lang andauernder körperlicher Anstrengung Ermüdungserscheinungen und Erschöpfungszustände zu kaschieren und so länger durchhalten zu können. Außerdem erhöht es das Selbstvertrauen und stärkt die Risikobereitschaft. Angstgefühle werden unterdrückt. Während des Krieges wurde es deshalb u. a. von Kampffliegern benutzt.

Verbreitung

Der Konsum von Amphetamin und Amphetamine-Type-Stimulants (ATS), wozu z.B. auch Methamphetamin und Ecstasy zählen, hat sich seit Beginn der 90iger Jahre epidemisch ausgebreitet und ist inzwischen nicht nur in Europa unter den sog. harten Drogen dominierend. Keine andere Stoffklasse von Drogen hat in derart kurzer Zeit eine solch starke Verbreitung gefunden.

Nach polizeilichen Erkenntnissen rangieren die ATS in den meisten europäischen Staaten inzwischen an zweiter Stelle der missbrauchten illegalen Drogen.

Die im Jahr 2009 in 8.081 Fällen sichergestellte Menge vom 1.383 kg Amphetaminen/Methamphetaminen ist im Vergleich zum Vorjahr um 7,8 % gestiegen. Die Sicherstellungsfallzahlen sind um 4,1 % zurückgegangen. Der Handel mit Crystal weitet sich in den Grenzregionen der an die Tschechische Republik angrenzenden Länder Bayern, Sachsen und Thüringen aus. Im Jahr 2009 wurden 446 Sicherstellungsfälle mit einer Gesamtmenge von 7,2 kg (im Vergleich: 2000: 4,2 kg) registriert.[17]

Konsum

Die bis Anfang der 90iger Jahre zumeist pulverförmigen Substanzen wurden geschnupft (gesnieft), aber auch als Beimischung in Getränken konsumiert.

In den letzten Jahren hat ein Wandel der Konsumform hin zu Tabletten stattgefunden, weil dies bzgl. Wirkung und "Handling" eher dem momentanen Zeitgeist entspricht.

ATS-haltige Tabletten haben den Vorteil eines quasi legalen Outfits, das durch Form, Farbgebung und Motivprägung zusätzlich verharmlost bzw. "getarnt" und sogar mit dem Image eines professionell hergestellten Markenprodukts versehen werden kann. Zugleich wird dadurch die Hemmschwelle zum Konsum gegenüber anderen Drogenformen wesentlich herabgesetzt: Man konsumiert keine (illegale) Droge durch Rauchen, Sniefen oder sogar Spritzen, sondern schluckt nur eine scheinbar harmlose und völlig legal aussehende Tablette.

[17] Quelle: BKA-Rauschgiftbericht 2009

Allgemeine Wirkung

Amphetamin unterdrückt Hunger- und Durstgefühl, Schmerzen und Müdigkeit. Das Mitteilungsbedürfnis und damit auch die Kontaktfähigkeit zu anderen wird gesteigert ("Laber-Flash"). Ein "Trip" kann bis zu 24 Stunden dauern. Das Wirkungsspektrum reicht von Euphorie und Erregungszuständen über Niedergeschlagenheit und Depressionen bis hin zu halluzinatorischen Effekten, Wahnvorstellungen, Psychosen und paranoiden Zuständen.

Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit

Amphetamin hat auf die Verkehrstüchtigkeit die gleichen Auswirkungen wie Ecstasy (vgl. S. 68).

Langzeitfolgen und Gefahren

Die Gefahr einer Suchtausbildung ist bei Amphetamin relativ gering. Es kommt auch bei längerem Gebrauch zu keiner körperlichen Abhängigkeit.

Zusammensetzung, Reinheitsgehalt und Dosierung sind für den Konsumenten nicht oder nur schwer zu überprüfen und machen deshalb die Rauschdauer und -intensität zu einem unkontrollierbaren Risiko.

Bei abklingender Wirkung bemerkt der Konsument die körperliche Erschöpfung. Er fühlt sich schlecht und wie "gerädert". Obwohl Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme für die Regeneration dringend erforderlich wären, stellt sich noch immer kein Hunger- und Durstgefühl ein, weil der Trip noch bis zum nächsten Tag nachklingt. Auch der benötigte Schlaf bleibt häufig aus, weil der Schlafrhythmus gestört ist.

Bei häufigem Gebrauch von Amphetamin drohen schwere geistige Störungen, völlige Konfusion und blinde, unkontrollierte Aggressionen (z. B. Amokläufe). Häufig kommt es zu Schlaflosigkeit.

Biogene Drogen

Herkunft

Biogene Drogen ("Naturdrogen", "Biodrogen", "Eco Drugs") sind Stoffe oder Zubereitungen, die überwiegend aus Pflanzen oder tierischen Organismen gewonnen und ohne weitere Bearbeitungsschritte direkt konsumiert werden und dann psychoaktive Wirkungen entfalten. Sie sind z. T. seit Jahrtausenden bekannt und wurden früher z. B. als "Hexen"- oder "Zauberdrogen" sowie bei rituellen Anlässen verwandt. Zwischenzeitlich waren sie in Vergessenheit geraten und erleben nun im Zuge der Techno- und New-Age-Bewegung aber auch der "Naturheilverfahren" und der Rückbesinnung auf naturverbundene Lebensformen eine Renaissance. Auch in alternativen Therapieverfahren (Naturheilkunde) kommen sie wieder zur Anwendung.

Mit ihrer Einfuhr in die Bundesrepublik Deutschland, dem Handel und Konsum verbindet sich weitgehend die Vorstellung, es handele sich um reine Naturprodukte und deshalb um "legale" Drogen, was jedoch seit der am 01.02.1998 in Kraft getretenen 10. Betäubungsmitteländerungsverordnung nicht mehr stimmt, wenn das Präparat eine der in der Verordnung oder in einer der Anlagen zum Betäubungsmittelgesetz aufgeführten Wirkstoffe enthält. Ferner kommen Verstöße gegen das Arzneimittelgesetz in Betracht. Aktuelle Beispiele sind:

Khat

Khat ("natural amphetamine") ist eine auf der arabischen Halbinsel und im östlichen Afrika sowohl im Alltagsleben als auch bei Feierlichkeiten gebräuchliche und dort sozial akzeptierte pflanzliche Droge, die in den meisten westeuropäischen Ländern, ebenso wie ihre Hauptwirkstoffe Cathinon und Cathin, dem Betäubungsmittelrecht unterliegt. Khat entwickelt bei den Konsumenten eine schwache psychische Abhängigkeit. Nach extensivem, langjährigem Konsum können psychotische Erkrankungen auftreten.

Im Jahr 2009 wurden in der Bundesrepublik in 121 Fällen insgesamt 29.004,5 kg Khat sichergestellt (Quelle: Bundeskriminalamt)

Blätterpilze

Psilocybinhaltige Pilze enthalten die halluzinogen wirkenden Stoffe Psilocybin und in geringer Konzentration Psilocin. Bei diesen Stoffen handelt es sich um Tryptaminderivate, die strukturell mit dem ebenfalls halluzinogen wirkenden LSD verwandt sind. Die am häufigsten missbrauchten halluzinogen wirkenden Pilzarten sind überwiegend psilocybin- bzw. psilocinhaltige Arten der Gattung Psilocybe (Kahlköpfe). Bei einer Dosis von etwa 3 bis 6 mg werden bereits erste Veränderungen in der Wahrnehmung festgestellt. Es kommt zu starken euphorischen Zuständen, visuellen und auditiven Halluzinationen. Daneben wird in der Szene auch mit Giftpilzen (Wirkstoff: Ibotensäure) experimentiert.

Im Jahr 2009 wurden in Deutschland in 263 Fällen insgesamt 12,2 kg psilocybinhaltige Pilze von der Polizei sichergestellt (Quelle: Bundeskriminalamt).

Smart Drugs

Dabei handelt es sich um Produkte, die von gesunden Erwachsenen präventiv in der Annahme konsumiert werden, dass dadurch Konzentrations- und Erinnerungsvermögen und die Intelligenz verbessert werden. Es sind in der Regel Gemische aus Vitaminen und/oder Mineralstoffen und/oder Aminosäuren und Energiespendern, denen zusätzlich psychotrop wirkende pflanzliche Bestandteile oder Extrakte beigemischt wurden. Darunter befinden sich pharmakologisch bedenkliche Zusätze an Ephedrin, Myristicin und Lysergsäureamid in Kombination mit Coffein, die auf den Verpackungen für den Laien nicht erkennbar deklariert werden, weil dort nur die Pflanzennamen aufgeführt sind. Die Wirkstoffgehalte sind indes apotheken- oder sogar verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durchaus vergleichbar, ohne dass die Produkte jemals adäquat geprüft und zugelassen wurden.

Wirkstoff

Das weltweite Potenzial an Pflanzen und Tieren mit psychoaktiven Inhaltsstoffen (sog. Sekundärstoffen) ist nicht abschließend bekannt. Man schätzt die Anzahl aller Sekundärstoffe auf etwa 500.000, von denen bislang nur etwa 100.000 erforscht sind. Die praktisch bedeutsamsten sind Meskalin, Psilocybin, Atropin, Scopolamin, Hyosciamin, Muscarin und Ibotensäure.

Allgemeine Wirkung

Die meisten Biodrogen verursachen beim Konsum Halluzinationen (vgl. dazu bei LSD; S. 79).

Die konkrete Wirkung ist meist nur schwer vorherzusehen und hängt sowohl von der persönlichen Verfassung des Konsumenten und der Konsumumgebung (dem "Setting") als auch von der Qualität der Droge (dem "Set") ab, die bei Pflanzen und Pilzen je nach Standort, Witterungsbedingungen während des Wachstums, der Erntezeit (Reifegrad) und dem Frischegrad beim Konsum durchaus unterschiedlich sein kann.

Langzeitfolgen und Gefahren

Die biogenen Drogen führen zu keiner körperlichen Abhängigkeit.

Über die psychischen Folgen bei Dauerkonsum ist bislang wenig bekannt. Werden derartige Drogen im Zusammenhang mit schamanistischen oder okkulten Ritualen benutzt, kann es bei psychisch labilen Personen zu schweren psychischen Krisen und Identitätsstörungen kommen.

Viele der Biodrogen sind in Pflanzen oder Tieren enthalten, die landläufig als "giftig" gelten. Weil vor dem Konsum die genaue Wirkstoffmenge durch einen Laien kaum bestimmt werden kann, besteht immer die Gefahr erheblicher gesundheitlicher Schäden, u. U. bis hin zum Tod.

Cannabis

Herkunft

Cannabis stammt ursprünglich vermutlich aus Zentralasien und ist seit dem 6. Jahrtausend v. Ch. bekannt.

Cannabis ist der Oberbegriff für verschiedene Produkte aus der Hanfpflanze (Cannabis sativa). Die getrockneten Blätter werden als Marihuana oder Cannabiskraut bezeichnet. Das aus den weiblichen Blüten und den Blättern gewonnene, gepresste Harz nennt man Haschisch oder Cannabisharz. Daneben gibt es auch Haschischöl (Cannabiskonzentrat), das in der Bundesrepublik Deutschland jedoch nahezu ohne Bedeutung ist.

Verwendung

Die Hanfpflanze wurde und wird u. a. als Nahrungsmittel, Medizin und Faserlieferant benutzt.

Konsum

Haschisch wird meistens pur oder mit Tabak vermischt in selbstgedrehten "Joints", Wasserpfeifen oder Rauchrohren (Shillums) geraucht, seltener in selbstgebackenen Plätzchen oder als Tee konsumiert.

Wirkstoff

Wirkstoffe der Cannabispflanze sind die Cannabinoide, insbesondere das Tetrahydrocannabinol (THC). Haschisch ist in seiner Wirkung stärker als das Marihuana. Eine noch stärke Wirkung hat das Cannabis-konzentrat (Haschischöl), bei dem die Wirkstoffe auf chemischem Wege angereichert wurden.

Allgemeine Wirkung

Innerhalb weniger Minuten nach der Inhalation eines "Joints" beginnen die Wirkungen des THC, bei oraler Aufnahme nach 30 bis 90 Minuten. Nach einer einzelnen Zigarette sind die subjektiven Cannabiswirkungen in der Regel nach 2 - 4 Stunden abgeklungen. Bei zweitgenannter Form der Aufnahme wird zwei bis drei mal weniger THC ins Blut aufgenommen als bei Inhalation. Allerdings bleibt das THC bei oraler Aufnahme länger (bis zu 30 Tage) im Körper.

Cannabis wirkt über spezielle Rezeptoren. Es wurden zwei Cannabisrezeptoren identifiziert. Der erste Rezeptor (CB1) befindet sich u.a. in verschiedenen Gehirnregionen, der zweite (CB2) in Zellen der Milz.

Beim *typischen* Rauschverlauf treten beruhigende, entspannende und stimmungsbelebende Effekte auf. Es kommt zu Veränderungen der Sinneswahrnehmungen, des Farb- und Geräuschempfindens sowie des Raum- und Zeitgefühls. Auch Konzentrationsmängel, Apathie und Antriebsmangel können die Folge sein.

Beim *atypischen* Rauschverlauf können zusätzlich folgende Wirkungen auftreten: psychopathologische Störungen (Dysphorie, Angst, Panik), innere Unruhe, gesteigerter Antrieb, Verwirrtheit.

Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit

Cannabiskonsum führt zu massiven Leistungsbeeinträchtigungen im Bereich des Zeitgefühls, der optischen und akustischen Wahrnehmung, sowie des Reaktions- und Konzentrationsvermögens.

In der Studie von Johannes G. Ramaekers, Günther Berghaus, Margriet van Laar und Olaf H. Drummer[18] wurden die Auswirkungen des Cannabiskonsums auf die Fahrtauglichkeit untersucht. Danach ist eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit zu bejahen. Bei Dauerkonsum von Cannabis kann es zu dauerhafter Fahruntüchtigkeit kommen, die aber nach einer gewissen Dauer der Abstinenz wieder nachlässt, sodass die Fahrtüchtigkeit wiedererlangt werden kann.

---

[18] *Johannes G. Ramaekers, Günther Berghaus, Margriet van Laar und Olaf H. Drummer*: "Performance impairment and risk of motor vehicle crashes after cannabis use" Ministry of Public Health of Belgium: Cannabis 2002 Report.Technical Report of the International Scientific Conference, Brussels, Belgium, 25/23/2002 (ISBN: 90-807056-1-6); August 2002

Besondere Gefahren bestehen im Mischkonsum von Alkohol und Cannabis im Straßenverkehr. Diese Gefahren sind größer als bei einer Beschränkung auf eine Droge. Es gibt auch noch keinen mit dem Atemalkoholtest vergleichbares Verfahren zur Bestimmung des THC-Gehalts im Körper. So produzieren die derzeitigen Testmethoden noch viele Falschmeldungen in beide Richtungen. Cannabis beeinflusst auch nicht alle Bereiche der Fahreignung. Hauptsächlich betrifft es die Bereiche wie beispielsweise Geschwindigkeit, nicht jedoch das Einschätzen von Abständen.

Aus den Rausch-Effekten des Cannabis resultieren folgende Leistungseinschränkungen im Straßenverkehr:

1. Störungen des Zeitgefühls,
2. Störungen der Bewegungskoordination,
3. Verlängerung der Reaktions- und Entscheidungszeit (z. B. Fehleinschätzungen der für Überholvorgänge erforderlichen Zeit),
4. Einschränkung des verkehrsrelevanten Hörvermögens im Sinne der "Signalentdeckung" (schwache Gehörreize können aus irrelevanten Hintergrundgeräuschen nicht mehr zuverlässig herausgefiltert werden),
5. Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit,
6. Herabsetzung des Farbunterscheidungsvermögens,
7. verschlechtertes Erkennen von zentralen und peripheren Lichtsignalen und von Details in bewegten Objekten,
8. Verschlechterung der dynamischen Sehschärfe für bewegte Objekte sowie
9. Verschlechterung des räumlichen Sehens.

Bei experimentellen Untersuchungen ergaben sich nach Cannabiskonsum die folgenden allgemeinen Ausfallerscheinungen (beim Test im Fahrsimulator und im realen Fahrversuch auf der Straße), die die o.g. Leistungsminderungen zusammenfassen:

1. Leistungsminderungen bei der Fahrkoordination
2. Leistungsminderungen beim "Tracking" (= Fähigkeit, einen Zeiger auf einem bewegten Ziel zu halten). Trackingaufgaben erfordern häufig Hand-Auge-Koordinationen.
3. Leistungsminderungen bei der "Vigilanz" (= Fähigkeit, seltene Signale bei einer ereignisarmen oder langweiligen Aufgabe zu entdecken und zu beantworten)
4. Leistungsminderungen bei der "Perzeption" (= Vorgang des Auffassens, des Erkennens eines Gegenstandes und zugleich die Vorbereitung für seine Aufbewahrung als Erfahrung)

Bei gleichzeitigem Alkohol-Konsum verstärken sich die Wirkungen des Cannabis. Es kommt darüber hinaus häufiger zu Sprachstörungen, Gangstörungen und verlangsamten Denkabläufen im Vergleich zum ausschließlichen Cannabis-Konsum.

Der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zur Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit nach Cannabiskonsum ergibt sich aus den im Auftrag des Bundesverfassungsgerichts aus Anlass seiner Entscheidung vom 20.06.2002 erstellten Gutachten von Prof. Dr. Berghaus und von Prof. Dr. Krüger.

Verbreitung

Cannabis wird in der Bundesrepublik Deutschland von schätzungsweise 2,1 Mio. Drogenkonsumenten genommen, davon sind etwa 270.000 Dauerkonsumenten. Cannabis ist die in der Bundesrepublik Deutschland am häufigsten gebrauchte und gehandelte illegale Droge.

Im Jahr 2009 wurden in 33.429 Fällen insgesamt 6.518 kg Cannabis (Haschisch und Marihuana) sichergestellt (Quelle: Bundeskriminalamt).

Langzeitfolgen und Gefahren

Psychisch: Die Studie von Catherine Hanak, Juan Tecco, Paul Verbanck and Isy Pelc[19] fand heraus, dass es zu keinen chronischen Psychosen beim Absetzen von Cannabis kommt. Bei Personen, die bereits an psychischen Erkrankungen leiden, kann der Konsum allerdings akute psychotische Reaktionen hervorrufen auch verbunden mit Halluzinationen. Starker Cannabiskonsum kann Auswirkungen auf die Entwicklung akuter Psychosen haben. Unklar ist, ob es eine chronische spezifische cannabisbezogene Psychose gibt. Für das Vorliegen des Amotivationssyndrom sehen die Forscher keine Beweise. Ungeklärt ist auch die Frage, ob Stimmungsprobleme vor dem Cannabiskonsum vorhanden oder dessen Folge sind. Auch ist bei Menschen eine physische Abhängigkeit von Cannabis nicht zu beobachten, wohl aber eine psychische, wenngleich das Abhängigkeitspotenzial geringer eingeschätzt wird als das von Tabak oder Alkohol. Diese Abhängigkeitsentwicklung hängt wiederum von der Dosis, Frequenz und Dauer des Konsums ab. Noch gibt es aber keine einheitlichen Kriterien für "schweren Konsum" und es fehlen Kenntnisse über die Wechselwirkungen des Konsums anderer Substanzen wie z.B. Alkohol oder Kokain.

Physisch: Cannabis hat bei durchschnittlichem Konsum keinen klinisch relevanten Effekt auf irgendwelche Teile des menschlichen Organismus, außer den Lungen. Der Teer des Rauchs von Marihuana enthält 50 % mehr karzinogene (krebserregende) Stoffe als die vergleichbare Menge ungefilterter Tabak. Das Rauchen von Cannabis ist ein potenzieller Risikofaktor für eine Lungenerkrankung. Cannabisraucher sind dabei noch stärker gefährdet als Zigarettenraucher.

[19] *Catherine Hanak, Juan Tecco, Paul Verbanck and Isy Pelc:* "Cannabis, mental health and dependence" Ministry of Public Health of Belgium: Cannabis 202 Report. Technical Report of the International Scientific Conference, Brussels, Belgium, 25/23/2002 (ISBN: 90-807056-1-6); August 2002

Crack

Herkunft

Crack ist Mitte der 80iger Jahre in amerikanischen Großstadtslums vermutlich zufällig bei dem Versuch entdeckt worden, Kokain durch Zusatz von Backpulver zu strecken, wodurch Kokainhydrochlorid in Kokainbase umgewandelt wird. Es handelt sich um eine Masse aus gelblich-weißen Brocken, die beim Erhitzen ein knackendes Geräusch erzeugen, von dem sich der Name ableitet.

Verwendung

Crack ist das Kokain der "Armen".

Konsum

Crack wird ausschließlich geraucht und wirkt schon nach wenigen Sekunden schlagartig auf die Nervenzellen des Gehirns.

Allgemeine Wirkung

Die Wirkung ähnelt der von Kokain, hält aber nur ungefähr 10 Minuten an.

Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit

Die Auswirkungen von Crack auf die Verkehrstüchtigkeit ähneln ebenfalls denen von Kokain.

Verbreitung

Crack gewinnt in der Bundesrepublik Deutschland zunehmend an Bedeutung. Im Jahr 2009 wurde es in 1.111 Fällen mit einer Menge von 4,6 kg sichergestellt (Quelle: Bundeskriminalamt).

Im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, erstellte Dr. Heino Stöver von der Universität Bremen die Studie "Crack-Konsum in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote", die am 31.08.2001 in Berlin vorgestellt wurde.

Langzeitfolgen und Gefahren

Crack hat ein hohes Suchtpotenzial, das durch die kurze Wirkungsdauer der Droge, die zu fortwährendem Konsum reizt, noch verstärkt wird.

Bei nachlassender Drogenwirkung brechen die angenehme emotionale Befindlichkeit und die Pseudo-Konzentration des Konsumenten zusammen. Es treten schwere Depressionen mit verstärkter Neigung zu Gewalttätigkeiten und Aggressionshandlungen auf.

Bei längerem Konsum kommt es zu Lungenentzündung, Bluthochdruck, Appetitlosigkeit, Hautjucken und paranoiden sowie zu schizophrenieähnlichen Zuständen mit irreparablen Hirnschädigungen.

Ecstasy

Herkunft

Ecstasy ist zu einer Sammelbezeichnung für stimulierende synthetische Drogen aus der Gruppe der ß-Phenylethylamin-Derivate einschließlich Amphetamin und Methamphetamin geworden, die in illegalen chemischen Laboratorien zumeist in Form von Kapseln oder Tabletten hergestellt werden.

Die anfänglich differenzierenden Bezeichnungen wie "ADAM" oder "XTC" für MDMA-haltige Tabletten und "EVE" oder "Love Pills" für MDEA-haltige Tabletten waren nur Insidern und sog. Trendsettern bekannt. Mit der aufkommenden Vielzahl von Motiv-Prägungen auf den Tabletten setzte sich als gängige und einprägsame Sammelbezeichnung der Begriff "Ecstasy" durch.

Der Wirkstoff MDMA wurde schon 1912 von Chemikern der Fa. E. Merck als Appetitzügler synthetisiert und zum Patent angemeldet, aber nie als Medikament fabriziert. 1953 testete die US-Armee die Substanz vergeblich als "Psycho-Kampfstoff" und "Wahrheitsdroge". Ab den 70iger Jahren tauchte sie dann als Straßendroge in den USA auf.

Das seit einiger Zeit in der Szene erhältliche "Liquid Ecstasy" hat mit dem hier beschriebenen Ecstasy nichts zu tun.

Verwendung

Ecstasy wird vor allem von Jugendlichen und Heranwachsenden im Zusammenhang mit Disco-Besuchen und Techno-Partys konsumiert. Es wird wegen seiner stimulierenden bis aufputschenden Wirkung geschätzt, die es ermöglichen soll, nächtelang zu tanzen und zu feiern.

Weil sich die volle Wirkung erst ein bis zwei Stunden nach der Einnahme einstellt, wird die Droge oftmals bereits vor Antritt der Fahrt zur Veranstaltung "zum Aufwärmen" eingenommen, um schon beim Eintreffen "gut drauf" zu sein. Später wird bei Nachlassen der Wirkung "nachgeschmissen". Das ist eine der Ursachen für die sog. "Disco-Unfälle" junger Kraftfahrer.

Verbreitung

Nach polizeilichen Erkenntnissen rangieren synthetische Drogen, darunter insbesondere Ecstasy, in den europäischen Staaten inzwischen an zweiter Stelle der missbrauchten illegalen Drogen. Mit 14 Mio. Tabletten (davon 1,47 Mio. in Deutschland) erreichten die Sicherstellungsmengen in Europa im Jahre 1999 einen neuen Höchststand. Dieser Trend setzte sich im Jahr 2000 fort, scheint jedoch aktuell eher rückläufig. Die Anzahl der Sicherstellungen ging im Jahr 2009 um knapp 35 % auf 1.761 Fälle gegenüber dem Vorjahr zurück. Die Sicherstellungsmenge belief sich auf 521.272 KE (Konsumeinheiten), ein Rückgang um knapp 31 % im Vergleich zum Vorjahr (Quelle: Bundeskriminalamt).

Konsum

Ecstasy wird meist in Form bunter Pillen vertrieben, die mit eingeprägten Symbolen bekannter Automobilhersteller oder Abbildungen populärer Comicfiguren als Quasi-Markenzeichen verziert sind, von denen sich die szenetypischen Handelsnamen ableiten (z. B. "Mitsubishi").

Wirkstoff

Bei "XTC" handelt sich um eine sog. Designerdroge, deren Hersteller versuchen, durch geringfügige Abwandlungen (Drogen-"Design") der chemischen Struktur des ß-Phenylethylamins neue Suchtmittel zu kreieren, die einerseits einen verbesserten Wirkungsgrad aufweisen und andererseits (noch) nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterfallen (was bei den nachgenannten Wirkstoffen jedoch der Fall ist).

Wirkstoffe sind z. B.:

- 3,4-Methylendioxy-metamphetamin (MDMA),
- 3,4-Methylendioxy-N-ethylamphetamin (MDE),
- 4-Brom-2,5-dimethoxy-phenethylamin (BDMPEA),
- 3,4-Methylendioxy-amphetamin (MDA).

Diese werden entweder allein benutzt (Monopräparate) oder sowohl untereinander als auch mit Coffein, Amphetamin, Metamphetamin oder Ephedrin kombiniert (Kombipräparate), um die aufputschende Wirkung noch zu vergrößern. Auch Atropin, Yohimbin, Lidocain, Testosteron, Chinin, Chloramphenicol und Paracetamol wurden schon als "Begleitstoffe" in Ecstasy-Tabletten festgestellt, mutmaßlich um die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes zu umgehen, wofür dann aber Verstöße gegen das Arzneimittelgesetz in Betracht kommen.

Auch aus Gründen der Profitmaximierung ist der Gehalt an Amphetamin bzw. Methamphetamin in letzter Zeit von den Produzenten kontinuierlich gesteigert worden und liegt aktuell zumeist zwischen 30 bzw. 24 mg pro Tablette. Dagegen sind MDA und DOB als Wirkstoffe kaum noch enthalten.

Die Zusammensetzung der Pillen kann selbst bei gleichen "Marken" (auch hier gibt es bereits Produktpiraterie) sehr unterschiedlich sein, weshalb die Wirkung nie sicher vorhergesagt werden kann. Auch werden teilweise Placebos oder legale Arzneifertigwaren (Vitamine, Analgetika, Tranquillantien) als angebliches Ecstasy vertrieben. Der Käufer kann deshalb nie wirklich sicher sein, was er einnimmt.

Nachweis

Die in Ecstasy enthaltenen Wirkstoffe können im Blutserum für einige Stunden, im Urin 1 bis 3 Tage und im Haar über mehrere Monate nachgewiesen werden.

Allgemeine Wirkung

Die subjektiv empfundene Wirkung von "XTC" ist stark von der Umgebung und der Stimmungslage bei der Einnahme, dem sog. "Setting", abhängig.

Möglich sind Euphorie, gestärktes Selbstvertrauen (auch im Umgang mit dem anderen Geschlecht), Ausgeglichenheit und ein Gefühl von Harmonie und "sozialer Liebe", gesteigertem Wachsein und Entspannung, aber auch Panikattacken mit räumlicher Desorientierung, allgemeiner Übererregung und manchmal mit Beziehungswahn, die von Todesangst, Schwindel und Übelkeit begleitet werden.

In der ersten Stunde nach der Einnahme kommt es zu einem Blutdruckanstieg und zu einer Pulsfrequenzerhöhung. Bei den meisten Konsumenten sind unter der akuten Drogenwirkung Pupillenerweiterungen (Blendwirkung!), Schweißausbrüche, unkontrolliertes Augenzucken, erhöhte Muskeleigenreflexe und leichte Koordinationsstörungen nachweisbar. Darüber hinaus werden Mundtrockenheit, Hitze- und Kältewallungen, Sensibilitätsstörungen, Herzrasen, Muskeltremor und -verspannungen, Schwindel, Kopfschmerzen,

Appetitlosigkeit und Harndrang angegeben. Eine häufig beobachtete unerwünschte Wirkung ist die Kieferklemme (Trismus), die nicht selten mit Zähneknirschen (Bruxismus) einhergeht. Manche Konsumenten entwickeln Übelkeit und Erbrechen.

Auch nach Abklingen der Akutphase verbleiben gelegentlich Taubheitsgefühle, Brechreiz, Kieferklemme und Zähneknirschen. Oftmals kommt es dann zu einer raschen und tiefgreifenden psychischen und physischen Erschöpfung. Arterielle Blutdrucksenkung und Muskelschmerzen treten an die Stelle des anfänglichen Übererregungssyndroms. In dieser Situation wird oft eine weitere Pille "nachgeschmissen" oder versucht, den "Kater" durch Konsum von Haschisch oder Alkohol zu mildern ("chill out").

Auch nach vollständigem Abklingen der psychotischen Symptomatik kann es in Einzelfällen zu sog. "Flashbacks" kommen. Dabei treten nach einem mehrwöchigen symptomfreien Intervall Wahn- und andere Psychosephänomene erneut auf. Solche "Flashbacks" halten nur wenige Minuten, manchmal aber auch tagelang an.

Die häufigste Komplikation ist eine Störung der Körperwärmeregulation (Hyperpyrexie). Grund hierfür ist der Aufenthalt der Konsumenten in überhitzten Räumen (z. B. Discotheken) bei ständiger Bewegung (z. B. stundenlanges ununterbrochenes Tanzen), was zu einem entsprechend hohen Flüssigkeitsverlust führt. Die deshalb dringend gebotene Flüssigkeitszufuhr unterbleibt, weil durch die Drogenwirkung auch das natürliche Durstgefühl unterdrückt wird. Es kommt nach einer hochgradigen "Austrocknung" des Körpers durch anfängliches starkes Schwitzen zu einem lebensbedrohlichen Anstieg der Körpertemperatur. Bei Untersuchungen wiesen solche Personen Temperaturen zwischen 40 und 43 °C auf.

Zumeist geht damit eine sich in den Adern ausbreitende Blutgerinnung einher, die äußerlich durch Blutungen im Nasen- und Bauchraum in Erscheinung treten kann; in vielen Fällen ist damit eine Abschwächung der Muskelreflexe verbunden. Akutes Nierenversagen kann als zusätzliche Komplikation hinzutreten. Kreislaufstörungen werden bei Ecstasy-Konsumenten ebenfalls häufig erwähnt. Auch Fälle von plötzlichem Herztod nach Ecstasy-Einnahme sind bekannt.

Im Bereich des zentralen Nervensystems gehören zerebrale Krampfanfälle zu den häufigsten Komplikationen, die typischerweise in der Frühphase der Rauschwirkung auftreten. Im Vorfeld eines solchen Anfalls klagen die Konsumenten über psychomotorische Unruhe, Muskeltremor, visuelle Halluzinationen und andere neuropsychologische Erscheinungen. Wahrscheinlich ist das Anfallsereignis unabhängig von der eingenommenen MDMA-Dosis, denn ein Teil der erkrankten Konsumenten wies sehr niedrige Serumspiegel auf. Örtlich begrenzte Hirninfarkte sind eine weitere mögliche Komplikation, wenngleich weit seltener.

Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit

Die Fähigkeit zum Führen von Kraftfahrzeugen ist durch die vorbeschriebenen Wahrnehmungs- und Koordinationsstörungen zweifellos deutlich eingeschränkt. Sowohl unter der akuten Drogenwirkung als auch als Spätfolge sind zudem unangemessener Leichtsinn oder Selbstüberschätzung zu verzeichnen, was Unfälle mit Todesfolge nach sich gezogen hat. Der gleichzeitige Genuss von Alkohol und Designer-Drogen wirkt stark risikoverstärkend.

Langzeitfolgen und Gefahren

Die gewünschte Wirkung von Ecstasy geht bei häufigerem Konsum verloren, was eine gefährliche Steigerung der Dosis erforderlich macht.

Klinische Forschungsergebnisse[20] deuten darauf hin, dass Ecstasy keineswegs die harmlose "Glücks- und Partydroge" ist, für die sie bis vor relativ kurzer Zeit noch gehalten wurde. Bereits der Konsum von wenigen Tabletten (u. U. schon eine einzige "Wochenendration"!) kann zu irreparablen organischen Hirnschäden führen, die sich allerdings nicht sofort, sondern erst nach längerer Zeit offenbaren. Davon betroffen sind in erster Linie die Hirnregionen, die für das Lernvermögen, das Arbeits-, Kurzzeit- und das mittelfristige Gedächtnis zuständig sind. Die Droge führt zu Störungen des Glukosestoffwechsels im Gehirn, wodurch es zu einer Überproduktion des Botenstoffes Serotonin bei gleichzeitiger Degeneration der Nervenendfasern kommt, die für den anschließenden Abbau dieses Stoffes zuständig sind. Im EEG lassen sich bei Ecstasy-Konsumenten Muster nachweisen, wie sie sonst erst im hohen Alter oder bei Demenzerkrankungen auftreten.

Zu den häufigsten psychiatrischen Folgeerkrankungen in Zusammenhang mit dem Ecstasy-Konsum gehören *atypische* (Affektverflachung, Kontakt- und Denkstörungen) und *paranoide* Psychosen (Verfolgungs- und Beziehungswahn), die nach einem gewissen Zeitraum spontan ausheilen oder auf Dauer bestehen bleiben, depressive Syndrome, Panikstörungen, Depersonalisationssyndrome und unterschiedliche Verhaltensauffälligkeiten, wie Leichtsinn und Überschätzung.

Ein wichtiger Einflussfaktor bei den beschriebenen Komplikationen und Folgewirkungen ist nach heutigem Kenntnisstand die kumulative MDMA-Gesamtdosis, das heißt also die jemals konsumierte Gesamtmenge an Reinsubstanz. Die psychiatrisch erkrankten Konsumenten weisen in aller Regel zyklische Gebrauchsmuster auf. Fast ausnahmslos hatten sie eine kumulative Dosis von mindestens 40 bis 50 Tabletten Ecstasy eingenommen.

Des Weiteren begünstigt eine fortwährende Tendenz zur Überdosierung die psychiatrischen Komplikationen. Es liegen Beschreibungen über Konsumenten vor, die über einen längeren Zeitraum bis zu 10 Tabletten pro Anlass einnahmen und in der Folge paranoide Psychosen bzw. depressive Syndrome entwickelten. Es ist zu befürchten, dass sich die katastrophalen Spätfolgen der momentanen "XTC-Welle" in einigen Jahren bei den derzeitigen Konsumenten gehäuft zeigen werden.

---

[20] *Rainer Thomasius,* "Ecstasy - Wirkungen, Risiken, Interventionen - Ein Leitfaden für die Praxis" herausgegeben vom Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1999

Liquid Ecstasy

Herkunft

Bei dem seit einiger Zeit erhältlichen Liquid Ecstasy (wörtlich übersetzt: "flüssiges Ecstasy") handelt es sich um eine meist in flüssiger Form konsumierte (daher der Name), synthetisch hergestellte Droge mit dem Wirkstoff Gamma-Hydroxybuttersäure (4-Hydroxybuttersäure; auch GHB), die chemisch mit dem herkömmlichen Ecstasy nichts gemein hat. Wegen ihres leicht salzigen Geschmacks ist die Droge in der Szene auch als "salty water" bekannt.

Liquid Ecstasy wird vor allem in der Disco- und Techno-Szene als "Partydroge" teilweise bewusst zur Wirkungsverstärkung anderer illegaler Drogen eingesetzt ("Nachbrenner-Effekt"), womit erhebliche gesundheitliche Gefahren verbunden sind, weil z. B. die atemlähmende Wirkung des GHB diejenige von Opiaten (Heroin, Morphium) noch verstärkt und so schon zu Todesfällen geführt hat.

GHB ist biochemisch mit dem für die Reizweiterleitung im menschlichen Nervensystem zuständigen Botenstoff (Neurotransmitter) Dopamin, dem sog. "Glückshormon", verwandt. Deshalb ähnelt die Drogenwirkung von GHB derjenigen von Amphetamin, teilweise aber auch der von Ecstasy.

Allgemeine Wirkung

Bei isolierter Einnahme von Liquid Ecstasy tritt bei Dosierungen von 0,75 bis 1,5 g zunächst eine euphorische und entspannende Wirkung auf. Bei höherer Dosierung bis zu 2,5 g kommt es zu Schläfrigkeit und bei mehr als 2,5 g zu komaähnlichem Tiefschlaf. Als Nebenwirkung treten Übelkeit, Erbrechen, Hypotonie (Bluthochdruck), Atemnot, Verwirrtheit und Krämpfe auf. Die Rauschmittelwirkung beginnt bei Aufnahme über den Mund nach ca. 15 Minuten und kann ca. 3 Stunden, in Einzelfällen aber auch wesentlich länger andauern.

Die Wirkung von Liquid Ecstasy ist stark dosisabhängig und kann massiv durch den Beikonsum anderer illegaler Drogen und auch durch Alkohol beeinflusst werden.

Heroin

Herkunft

Bei Heroin handelt es sich um ein halbsynthetisches Opiat, das als weißes bis braunes, manchmal körniges Pulver mittels chemischer Verfahren aus dem getrockneten milchigen Saft der angeritzten Kapsel der Schlafmohnpflanze (Papaver somniferum) gewonnen wird. Zwischenprodukt des Herstellungsverfahrens ist Morphinbase. Das Umwandlungsverhältnis von Rohopium zu Heroin beträgt 10 zu 1.

Verwendung

Heroin wurde nach seiner Entdeckung zunächst an Stelle von Morphium als vermeintlich nicht süchtig machendes Heilmittel (Schmerzmittel) aber bald auch schon als Rauschmittel verwendet.

Konsum

Heroin wird meist in gelöster Form intravenös oder subkutan gespritzt, seltener auch inhaliert, auf Folie geraucht oder geschnupft (gesnieft).

Wirkstoff

Der Wirkstoff des Heroins ist wie bei Morphium das Morphin.

Allgemeine Wirkung

Nach der Einnahme von Heroin tritt beim Konsumenten kurzfristig ein sehr starker "Kick", vergleichbar einem vielfach verstärkten Orgasmus, mit Euphorie, manchmal auch Dysphorie, Hochgefühl, Losgelöstheit, gesteigertem Selbstwertgefühl, allgemeinem Wohlbefinden und Gleichgültigkeit gegenüber Außenreizen auf. Das unwiderstehliche Verlangen nach Wiederholung dieses Zustandes einerseits und die Angst vor erheblichem körperlichem Unbehagen im Zusammenhang mit den immer rascher auftretenden Entzugserscheinungen andererseits ist Hauptursache der sich schnell entwickelnden Sucht. Nach dem "Kick" wirkt die Droge auch beruhigend, einschläfernd und schmerzlindernd. Es kommt zu einer Verlängerung der Reaktionszeit und Konzentrationsschwäche. Wegen der Gewöhnung des Körpers an das Rauschgift wird Heroin in immer höheren Dosen benötigt.

Das Atemzentrum wird unter der akuten Drogeneinwirkung gehemmt, was bei Überdosierung schnell zum Tode führen kann.

Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit

Heroinkonsum hat in den folgenden psychophysischen Bereichen eklatante Auswirkungen auf die Verkehrssicherheit:

1. Es kommt zu Pupillenerweiterung und Tränenfluss, gelegentlicher Wahrnehmung von Doppelbildern und Sehstörungen.
2. Eine "laufende Nase" kann zur Entzugssymptomatik gehören; Niesattacken in Abständen von Minuten bis Stunden sind die Folge.
3. Der Entzug kann einen gesteigerten Würgereflex während der ersten Tage auslösen.
4. Ein Zwang zum häufigen Gähnen geht mit vermehrtem Speichelfluss einher.
5. Die Atemfrequenz und die bronchiale Schleimproduktion sind gesteigert; es stellt sich ein quälender Husten ein.
6. Die Herzfrequenz kann gesteigert oder vermindert sein. Herzrhythmusstörungen, Blutdruckerhöhung und Kollapsgefahr stellen sich ein.
7. Es besteht eine Tendenz zu Gänsehaut, vermehrtem Schwitzen mit kalter, feuchter Haut, Schüttelfrost und Hitzewallungen.
8. Unkontrolliertes Muskelzittern und Muskelzuckungen, Gelenk-, Knochen- und Muskelschmerzen gehören zum Entzugssyndrom.
9. Opiathunger erzeugt u. a. Ängstlichkeit, ausgeprägte Ruhelosigkeit, Nervosität, Reizbarkeit, Aggressivität, Schlaflosigkeit und Schlafstörungen, Verstimmungszustände, Depressionen, Dysphorie und Krampfanfälle.
10. Eine verminderte Harnausscheidung, häufigeres Wasserlassen, Spontanejakulation und -orgasmus gehören ebenfalls zu den Folgen des Opiathungers.
11. Schließlich lässt sich eine leicht erhöhte Körpertemperatur beobachten.

Im Straßenverkehr fallen Morfin-/Heroinabhängige immer wieder durch Schlangenlinienfahren, übermäßige Ermüdung, Erschöpfung bis zur Apathie, fahriges bis unruhiges und unstetes Verhalten und allgemeine psychomotorische Verlangsamung auf.

Der gleichzeitige Genuss von Alkohol und Heroin wirkt risikoverstärkend, kommt jedoch bei Opiat-Konsumenten relativ selten vor.

Einer BASt-Untersuchung von 1993 zufolge sind Personen, die den Heroin-Ersatzstoff Methadon konsumieren (= Substitution), in der Regel wegen ihrer Persönlichkeitsstörungen und deren Bewertung für das Verkehrsverhalten fahruntüchtig und weniger wegen psycho-physischer Auffälligkeiten (vgl. auch 3.12 der Begutachtungsrichtlinien).

Verbreitung

Heroin war lange Zeit die in der Bundesrepublik Deutschland am weitesten verbreitete harte Droge. Während in

den westlichen Bundesländern der Trend in den letzten Jahren leicht rückläufig ist, verzeichnen die östlichen Bundesländer derzeit einen starken Anstieg der Konsumentenzahlen.

Im Jahr 2009 wurden in Deutschland in 6.183 Fällen insgesamt 758,4 kg Heroin sichergestellt. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Fallzahl um 6,9 % gefallen. Die Sicherstellungsmenge ist um über 50 % gestiegen (Quelle: Bundeskriminalamt).

Langzeitfolgen und Gefahren

Heroin macht sehr schnell physisch und psychisch abhängig bis hin zum körperlichen und geistigen Verfall. Es ist nach Crack die Droge mit dem höchsten Suchtpotenzial.

Heroin verursacht etwa 6 - 8 Stunden nach dem letzten Konsum schwere, quälende Entzugserscheinungen in Form des "Opiathungers" (u. a. Nervosität, Schlaflosigkeit, Gewichtsverlust, Schüttelfrost, Schweißausbrüche, Erbrechen, schmerzhafte Muskelkrämpfe und Gliederschmerzen). Etwa 8 - 12 Stunden nach der letzten Drogenzufuhr kommen körperliche und weitere psychische Entzugssymptome hinzu, die in den ersten 24 Stunden zunehmen, etwa 72 Stunden anhalten und in den nächsten 5 - 10 Tagen allmählich abnehmen. Der Höhepunkt der Entzugserscheinungen tritt nach ca. 36 - 72 Stunden ein.

Der wiederholte Konsum führt rasch zu Persönlichkeitsveränderungen wie Reizbarkeit, Aggressivität und Suizidgedanken. Das Leben des Abhängigen dreht sich nur noch um die Beschaffung der Droge bzw. der dafür benötigten Geldmittel, die oftmals nur durch Straftaten (sog. Beschaffungskriminalität) oder Prostitution erlangt werden können. Das geht häufig mit einer sozialen Verelendung des/der Süchtigen einher.

Körperlich führt Heroinkonsum zu bleibenden Gehirn- und Leberschäden sowie Magen- und Darmstörungen. Bei Verwendung unreiner Spritzbestecke besteht die permanente Gefahr von Abszessen, Hepatitis- und AIDS-Infektion.

Kokain

Herkunft

Kokain ist ein weißes, kristallines Pulver, das unter Verwendung chemischer Substanzen aus den Blättern der Koka-Pflanze gewonnen wird, die vor allem in Südamerika und auf den indonesischen Inseln wächst. Heute wird es hauptsächlich in Peru und Bolivien angebaut und viermal jährlich geerntet.

Verwendung

Schon die Inkas kauten Kokablätter bei religiösen Zeremonien. Noch heute ist diese Konsumform bei der Andenbevölkerung u. a. zur Bekämpfung der Höhenkrankheit weit verbreitet. Ende des 19. Jahrhunderts kam Kokain nach Europa, wo es zunächst auch als Medizin eingesetzt wurde.

Konsum

Kokain wird überwiegend durch Schupfen (Sniefen) konsumiert. Seltener wird es in Schleimhäute eingerieben oder als wässrige Lösung gespritzt, in Konfekt gegessen, in Getränke gemischt oder als Beimischung in Tabak geraucht.

Wirkstoff

Die getrockneten Koka-Blätter werden in einer ersten Stufe durch chemische Aufbereitung zur sog. Kokapaste verarbeitet. In weiteren Verarbeitungsschritten wird Kokainbase und schließlich Kokainhydrochlorid (KHC) hergestellt. Aus 10 kg Kokapaste lassen sich 4 kg Kokainbase und daraus wiederum 2 kg Kokainhydrochlorid gewinnen.

Allgemeine Wirkung

Kokain bewirkt Halluzinationen, die bei Erstkonsumenten zumeist tiefe Angst und Panikzustände auslösen und daher als überaus unangenehm empfunden werden. Der Konsument meint, ein Heer von Flöhen, Spinnen oder kleinen Tierchen bewege sich unter seiner kribbelnden Haut.

Erst nach längerem Konsum hat Kokain eine stark euphorisierende und stimulierende Wirkung mit Rede- und Bewegungsdrang, die jedoch nicht lange anhält und deshalb zum fortgesetzten Konsum und einer ständigen Erhöhung der Dosis reizt. Hunger-, Durst- und Müdigkeitsgefühle werden betäubt. Während es deshalb schnell zu einer starken psychischen Abhängigkeit kommt, bleibt eine physische Abhängigkeit aus.

Körperliche Begleiterscheinungen des Kokainkonsums sind u. a. Pupillenerweiterung, hervortretende Augen und Pulsbeschleunigung. Das euphorische Gefühl stärkt das momentane Selbstbewusstsein mit der Gefahr der Selbstüberschätzung und erhöht den Bewegungsdrang.

Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit

Für die Verkehrstüchtigkeit sind beim Kokainkonsum die drei Stadien des Kokainrausches von besonderer Bedeutung:

1. Das "euphorische Stadium" zeichnet sich aus durch ausgeprägte Euphorie, Einschränkung der Kritikfähigkeit und des Urteilsvermögens, Antriebssteigerung, erhöhte Risikobereitschaft, Distanzlosigkeit, Abbau von Hemmungen, Unruhe, Reizbarkeit und ein gesteigertes Selbstwertgefühl. Parallel dazu sind Fahrigkeit, mangelnde Konzentration und reduzierte Aufmerksamkeit zu beobachten. Aus dieser Gesamtbefindlichkeit resultiert für den Kokain konsumierenden Kraftfahrer eine gefährliche Diskrepanz zwischen subjektiv gesteigertem Leistungsgefühl (z. B. durch Antriebssteigerung oder Abbau von Hemmungen) bei gleichzeitig herabgesetztem Leistungsvermögen (z. B. durch Fahrigkeit, mangelnde Konzentration und reduzierte Aufmerksamkeit).
2. Das euphorische Stadium kann in ein ausgeprägtes "Rauschstadium" übergehen. In diesem kann es zu Trugwahrnehmungen sowie Beziehungs- und Verfolgungswahn kommen.
3. Im daran anschließenden "depressiven Stadium" kommt es schließlich zu Müdigkeit, Erschöpfung, Ungeduld und Reizbarkeit.

Aus dieser Symptomkonstellation resultiert, dass Kokain in jedem Rauschstadium ein unkalkulierbares Verkehrsrisiko darstellt.

Der Genuss von Alkohol verstärkt die Risiken des Kokainkonsums.

Verbreitung

Im Jahr 2009 wurde in Deutschland in 3.858 Fällen Kokain sichergestellt, ein Rückgang um 2,5% gegenüber dem vorangegangenen Erfassungszeitraum (2008). Mit 1.707 kg stieg die Sicherstellungsmenge deutlich um nahezu 60 % (Quelle: Bundeskriminalamt).

Langzeitfolgen und Gefahren

Psychisch: Verfolgungswahn, Depressionen in "nüchternem" Zustand. Etwa eine Stunde nach Beginn des Rauschzustandes fängt der "Kater" an. Der Konsument fühlt sich depressiv, abgespannt, missmutig und schläfrig. In dieser Phase kommt es gelegentlich zu Suiziden. Um aus dieser Verstimmung herauszukommen, besteht das starke Verlangen nach dem nächsten Rausch (starke psychische Abhängigkeit).

Physisch: Herzrhythmus-Störungen, Herzschwäche und/oder Atemlähmung, Leberschäden, nach längerem Gebrauch auch körperlicher Verfall.

LSD

Herkunft

LSD (Lysergsäurediethylamid) wurde 1943 zufällig von dem Baseler Chemie-Unternehmen Sandoz entdeckt. Es wurde ursprünglich auf chemischem Weg aus den Alkaloiden des Mutterkorns, einem Pilzbefall an Getreide, gewonnen, kann mittlerweile aber auch vollsynthetisch hergestellt werden. Das damit produzierte Medikament Delysid® wurde 1966 verboten.

1961 wurde LSD durch einen Dozenten der Havard-Universität in den USA in den Mittelpunkt einer neuen Religion gestellt und so zur Kultdroge der "Flower-Power-Bewegung" und von zahlreichen Pop-Musikern und Künstlern der 60iger und 70iger Jahre des vorigen Jahrhunderts als Inspirationshilfe benutzt.

Konsum

LSD wird als Flüssigkeit in einer Menge von etwa 100 Mikrogramm pro "Trip" auf eine Trägersubstanz (z. B. Zuckerwürfel, Gelatine, Löschpapier) geträufelt und in dieser Form vertrieben und beim Konsum mitsamt der Trägersubstanz geschluckt (gegessen). Die Wirkung tritt etwa 45 Minuten später ein und hält 8 bis 12 Stunden an. Seltener wird LSD auch in einer Lösung gespritzt. Dann beginnt "die Reise" bereits nach wenigen Minuten.

Eine Aufnahme des Wirkstoffes durch die Haut, z. B. durch Klebebilder oder "Tattoos" ist entgegen vielfacher Behauptungen nicht möglich. Der Eindruck könnte dadurch entstanden sein, dass entsprechende Bildchen mit der Zunge angefeuchtet wurden, um sie aufkleben zu können.

Verbreitung

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Sicherstellungsmenge von LSD im Jahr 2009 deutlich angestiegen. In 237 Fällen wurden in Deutschland 20.705 LSD-Trips sichergestellt (Quelle: Bundeskriminalamt).

Allgemeine Wirkung

LSD wirkt auf das limbische und retikuläre System im Gehirn, wo die emotionalen Reaktionen des Menschen (z. B. Freude, Trauer, Angst, Ekel, Liebe, Hass) auf äußere Sinnesreize (Hören, Sehen, Riechen, Schmecken, Fühlen) gesteuert werden. Die Produktion von Serotonin, einem u. a. für den Schlaf wichtigen Botenstoff (Neurotransmitter), wird unterbunden.

Durch die Einnahme von LSD kommt es zu Halluzinationen. Die persönliche Identität, Bilder, Begriffe, Träume und Wirklichkeit sowie die Sinneswahrnehmungen werden gestört, was u. a dazu führen kann, dass Farben "gehört" und Töne "geschmeckt" werden. Die Pupillen werden stark erweitert, weswegen helles Licht als unerträglich empfunden wird.

Weitere Auswirkungen des LSD-Konsums sind

1. Starke Halluzinationen erzeugen massive Störungen des Raum- und Zeitgefühls.
2. In Abhängigkeit von der psychischen Ausgangslage des Konsumenten, die durch LSD verstärkt wird, kann die Stimmung zwischen euphorisch und depressiv wechseln.
3. Schweißausbrüche, Kälteschauer, Schwindel, Bewegungsstörungen und andere körperliche Ausfallerscheinungen wechseln sich ab.
4. Beim "Horror-Trip" kommt es zu panikartigen Zuständen, Verfolgungswahn bis zur Todesangst.
5. Selbstüberschätzung und Sinnestäuschungen steigern die (oft unbeabsichtigte) Suizidgefahr z. B. dadurch, dass ein LSD-Konsument plötzlich glaubt, mit seinem Fahrzeug Hindernisse "überfliegen" zu können.
6. Ähnlich wie beim Cannabiskonsum kann es auch durch LSD noch Wochen oder Monate nach dem letzten Konsum zu so genannten "Echo-Psychosen" (= Flashbacks) kommen.
7. Körperlich kann es zu Übelkeit, Erbrechen und Kältegefühl kommen. Atmung, Kreislauf, Herzschlag, Darmbewegung und Hautdurchblutung werden merkbar beeinflusst.

Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit

LSD ist als stärkstes Rauschgift der Gruppe der Halluzinogene für eine völlige Verzerrung und (halluzinatorische) Manipulation der Realität verantwortlich (s. o). Eine auf einem LSD-Trip befindliche Person ist deshalb für die aktive Verkehrsteilnahme völlig ungeeignet.

Auch im Falle des LSD-Konsums wirkt der zusätzliche Genuss von Alkohol erheblich risikoverstärkend.

Langzeitfolgen und Gefahren

LSD macht nicht körperlich süchtig. Es gibt entgegen anders lautenden Behauptungen auch keine Entzugserscheinungen.

Die größten Gefahren bestehen während des "Trips", weil es durch die Sinnestäuschungen und das gestörte Reaktionsverhalten zu schweren Unfällen oder gar zum Tod des Konsumenten kommen kann. So wird immer wieder von Menschen berichtet, die im LSD-Rausch aus dem Fenster gesprungen sind, weil sie glaubten, fliegen zu können. Bei sog. "Horror-Trips" kann es zu Suiziden kommen. Überdosierung kann zum Herzversagen und dadurch zum Tod führen.

Eine weitere, nicht zu unterschätzende Gefahr besteht durch die Möglichkeit einer sog. Nachhall-Psychose ("Flashback"). Das ist ein Rauschzustand, der erst Wochen oder sogar Monate nach dem eigentlichen LSD-Rausch völlig überraschend auftreten kann.

Rechtsfolgen

Rechtsfolgen

Rechtsfolgen

Wegen der damit verbundenen erheblichen Gefahren für Leib und Leben anderer Verkehrsteilnehmer sowie für fremde Sachwerte ist die Teilnahme am Straßenverkehr unter Alkohol- und/oder unter Einfluss illegaler Drogen schon bei geringfügigen Verstößen als Ordnungswidrigkeit mit Geldbuße und bei

schwerwiegenderen Vorfällen als Straftat mit Geld- oder sogar mit Freiheitsstrafe bedroht, selbst wenn nichts passiert. Kommt es unter dem Einfluss berauschender Mittel zu einem Unfall mit fremdem Personenschaden oder gar mit tödlichen Folgen für einen anderen Verkehrsteilnehmer, droht zusätzlich eine Verurteilung wegen fahrlässiger Körperverletzung oder fahrlässiger Tötung. War der Grad der Berauschtheit so erheblich, dass der Verkehrssünder deswegen schuldunfähig war oder ist dies jedenfalls nicht auszuschließen, erfolgt eine Bestrafung wegen vorsätzlichen oder fahrlässigen Vollrausches.

In allen Fällen tritt zusätzlich zur eigentlichen Strafe oder Geldbuße ein vorübergehendes Fahrverbot oder sogar die Entziehung der Fahrerlaubnis sowie eine Eintragung in das Verkehrszentralregister („Verkehrssünderkartei") hinzu. Straftaten werden daneben auch im Bundeszentralregister („Vorstrafenregister") erfasst. Der Betreffende gilt als vorbestraft. Überschreitet die verhängte Geldstrafe die Zahl von 90 Tagessätzen oder wurde Freiheitsstrafe ausgesprochen, erscheint dies auch in einem Führungszeugnis, das heute oftmals bei Bewerbungen um eine neue Arbeitsstelle verlangt wird.

Das Fahrverbot oder die Entziehung der Fahrerlaubnis können über die allgemein damit verbundenen Unannehmlichkeiten hinaus bei Personen, die beruflich auf den Führerschein angewiesen sind (z.B. Taxi- oder Busfahrer), die - unter Umständen sogar fristlose - Kündigung des Arbeitsverhältnisses zur Folge haben. Zu diesen straf- oder bußgeldrechtlichen Konsequenzen kommen bei Unfällen immer auch zivilrechtliche Folgen. Den Geschädigten steht gegen den Unfallverursacher ein Anspruch auf Schadenersatz, bei Verletzung oder Tötung von Personen auch ein Schmerzensgeld zu. Zwar kommt dafür zunächst die jeweilige Kfz-Haftpflichtversicherung auf. Diese kann und wird den Versicherungsnehmer jedoch ihrerseits in Regress nehmen, d.h. sämtliche an das Opfer oder die Hinterbliebenen ausgezahlten Versicherungsleistungen von ihm zurückfordern, wenn er den Unfall - und sei es auch nur fahrlässig - dadurch verursacht hat, dass er berauschende Mittel zu sich genommen hatte.
Die nachfolgende Übersicht gibt einen Überblick über die einschlägigen Straf und Bußgeldvorschriften

und zeigt die möglichen Rechtsfolgen auf (Gesetzesstand: 01.05.2014).

Führen eines Kraftfahrzeugs im Straßenverkehr ...	**Vorschrift**	**Rechtsfolgen**
... mit 0,3 ‰ oder mehr Alkohol oder illegalen Drogen im Blut *und* darauf beruhenden Ausfallerscheinungen (relative Fahruntauglichkeit), jedoch *ohne konkrete Gefährdung* anderer Personen oder fremder Sachen von bedeutendem Wert	Straftat gem. § 316 StGB (vorsätzliche oder fahrlässige Trunkenheit im Verkehr)	Sowohl bei vorsätzlicher wie auch bei fahrlässiger Begehungsweise Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr; in der Regel Entziehung der Fahrerlaubnis oder zumindest Fahrverbot bis zu 3 Monaten; 3 Punkte im FAER *)
... mit 0,3 ‰ oder mehr Alkohol oder illegalen Drogen im Blut *und* darauf beruhender *konkreter Gefährdung* anderer Personen oder fremder Sachen von bedeutendem Wert (Unfall oder Beinaheunfall)	Straftat gem. § 315c Abs. 1 Nr. 1a StGB (vorsätzliche oder fahrlässige Gefährdung des Straßenverkehrs)	Bei *vorsätzlicher* Begehungsweise *und vorsätzlicher* Gefährdung: Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren Bei *vorsätzlicher* Begehungsweise aber *"nur" fahrlässiger* Gefährdung oder bei sowohl *fahrlässiger* Begehungsweise wie auch *fahrlässiger* Gefährdung: Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu 2 Jahren; Bei allen Varianten in der Regel Entziehung der Fahrerlaubnis oder zumindest Fahrverbot bis zu 3 Monaten; 3 Punkte im FAER *)

Führen eines Kraftfahrzeugs im Straßenverkehr ...	**Vorschrift**	**Rechtsfolgen[21]**
... mit 0,25 mg/l oder mehr Alkohol in der Atemluft *oder* 0,5 Promille oder mehr Alkohol im Blut oder mit einer Alkoholmenge im Körper, die zu einer solchen Atem- oder Blutalkoholkonzentration führt	Ordnungswidrigkeit nach § 24a Abs. 1 StVG	Bei *fahrlässiger* Begehungsweise: Regelgeldbuße von 500 €; 1 Monat Fahrverbot; 2 Punkte im FAER *) Bei *vorsätzlicher* Begehungsweise: ist der Regelsatz zu verdoppeln. Im ersten Wiederholungsfall: 1.000 € Regelgeldbuße; 3 Monate Fahrverbot; 2 Punkte im FAER *) Bei jedem weiteren Wiederholungs--fall: 1.5 € Regelgeldbuße; 3 Monate Fahrverbot; 2 Punkte im FAER *)

*) FAER = Fahreignungsregister: Löst seit 01.05.2014 das Verkehrszentralregister VZR) ab

[21] Bundeseinheitlicher Tatbestandskatalog i.d.F.v. 01.02.2009

Führen eines Kraftfahrzeugs im Straßenverkehr ...	**Vorschrift**	**Rechtsfolgen**[22]
... unter der Wirkung von Cannabis (Haschisch, Marihuana), Heroin, Morphin, Kokain, Amphetamin oder Designeramphetamin (MDE oder MDMA). Eine solche Wirkung wird unwiderlegbar vermutet, wenn eines dieser Betäubungsmittel im Blut nachgewiesen werden kann. Einen Grenzwert wie bei Alkohol gibt es bislang nicht.	Ordnungswidrigkeit nach § 24a Abs. 2 StVG	Bei *fahrlässiger* Begehungsweise: Regelgeldbuße von 500 €; 1 Monat Fahrverbot; 2 Punkte im FAER *) Bei *vorsätzlicher* Begehungsweise: ist der Regelsatz zu verdoppeln. Im ersten Wiederholungsfall: 1.000 € Regelgeldbuße; 3 Monate Fahrverbot; 2 Punkte im FAER *) Bei jedem weiteren Wiederholungsfall: 1.5 € Regelgeldbuße; 3 Monate Fahrverbot; 2 Punkte im FAER *)
… in der Probezeit / vor Vollendung des 21. Lebensjahres …ein alkoholisches Getränk zu sich genommen .. … Fahrt unter der Wirkung eines alkoholischen Getränks angetreten	Ordnungswidrigkeit nach § 24c Abs. 1,2 StVG	Bei *fahrlässiger* Begehungsweise : Regelgeldbuße von 250 €; 1 Punkt im FAER *) Bei *vorsätzlicher* Begehungsweise ist der Regelsatz zu verdoppeln.

Führen eines Kraftfahrzeugs im Straßenverkehr ...	**Vorschrift**	**Rechtsfolgen**
... mit 1,1 ‰ oder mehr Alkohol im Blut (absolute Fahruntauglichkeit)	Straftat gem. § 316 StGB (Trunkenheit im Verkehr)	Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr; in der Regel Entziehung der Fahrerlaubnis oder zumindest Fahrverbot bis zu 3 Monaten; 3 Punkte im FAER *)
... mit 1,6 ‰ oder mehr Alkohol im Blut **oder** 0,8 mg/l oder mehr Alkohol in der Atemluft	Wie bei 1,1 ‰, jedoch ist zur Wiedererlangung einer Fahrerlaubnis eine erfolgreiche medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) erforderlich ("Idiotentest"), § 13 Nr. 2 c FeV.	

*) FAER = Fahreignungsregister: Löst seit 01.05.2014 das Verkehrszentralregister VZR) ab

22 Bundeseinheitlicher Tatbestandskatalog i.d.F.v. 01.02.2009

Medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU)

Werden der Fahrerlaubnisbehörde (Führerscheinstelle) Tatsachen bekannt, die berechtigte Zweifel an der körperlichen, geistigen oder charakterlich-sittlichen Eignung eines Führerscheininhabers oder -bewerbers begründen, kann die Fahrerlaubnisbehörde vom diesem im Interesse der Verkehrssicherheit verlangen, dass das Gutachten einer amtlich anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung innerhalb einer angemessenen Frist beigebracht wird.

Im Jahr 2008 erfolgten nach Angaben der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) 103.137 Begutachtungen, von denen mehr als die Hälfte (57.931) wegen Alkoholauffälligkeit im Straßenverkehr und knapp ein Fünftel (18.159) wegen Betaübungsmittelfragestellungen angeordnet wurden. 51% der MPU-Ergebnisse waren positiv, 35 % der Kandidaten scheiterten und bei 14% der Klienten wurde eine Nachschulung empfohlen.

Untersuchungsanlässe

Die MPU kann angeordnet werden bei

- Bedenken gegen die körperliche oder geistige Eignung des Fahrerlaubnisbewerbers,
- Befreiung von den Vorschriften über das Mindestalter,
- erheblichen Auffälligkeiten bei der Fahrprüfung,
- Straftaten im Zusammenhang mit dem Straßenverkehr oder bei hohem Aggressionspotential,
- Beantragung der Neuerteilung einer Fahrerlaubnis nach wiederholter Entziehung,
- Beantragung der Neuerteilung einer Fahrerlaubnis nach Entziehung aufgrund des Punktesystems,
- erneuter Zuwiderhandlung in der Probezeit nach Neuerteilung einer zuvor entzogenen Fahrerlaubnis,
- Alkoholauffälligkeit,
- Betäubungs- und Arzneimittelmissbrauch.

Alkoholauffälligkeit

Bei Anzeichen von *Alkoholabhängigkeit* ordnet die Fahrerlaubnisbehörde die Beibringung eines *ärztlichen* Gutachtens an. Ansonsten ist bei alkoholbedingten Eignungszweifeln ein MPU-Gutachten beizubringen, wenn

- Anhaltspunkte für Alkoholmissbrauch vorliegen,
- Zuwiderhandlungen im Straßenverkehr unter Alkohol *wiederholt* begangen wurden oder
- ein motorisiertes Fahrzeug im Straßenverkehr bei einer Blutalkoholkonzentration von mindestens 1,6 ‰ geführt wurde (Radfahrer ab 1,7 ‰).

Betäubungs- und Arzneimittelmissbrauch

Auch bei Anhaltspunkten für Betäubungs- und Arzneimittelmissbrauch ist zur Klärung von sich daraus ergebenden Eignungszweifeln grundsätzlich ein *ärztliches* Gutachten beizubringen. Im Rahmen der Neuerteilung einer Fahrerlaubnis nach vorherigem Entzug wegen Missbrauchs von Betäubungs- und Arzneimitteln ist dagegen die Beibringung eines MPU-Gutachtens erforderlich.

Anordnung der Begutachtung

In allen genannten Fällen hat die Verwaltungsbehörde nicht das Recht, das Gutachten selbst einzuholen oder gar den Probanden zwangsweise begutachten zu lassen. Sie kann lediglich von dem Fahrerlaubnisbewerber oder Führerscheininhaber die Beibringung eines entsprechenden Gutachtens verlangen und dabei die zu klärenden Fragen festlegen. Es bleibt jedoch die freie Entscheidung des Betroffenen, ob und durch welche Stelle er sich begutachten lässt. Allerdings kann nur zwischen anerkannten und entsprechend zertifizierten Untersuchungsstellen gewählt werden.

Die Anordnung, ein Gutachten einer MPU-Stelle beizubringen, ist keine rechtlich selbständige Maßnahme der Verwaltungsbehörde und damit kein anfechtbarer Verwaltungsakt. Nur die auf dem Gutachten oder auf der Weigerung, ein solches beizubringen, beruhende Entziehung einer Fahrerlaubnis oder die versagte Neuerteilung kann mit Rechtsmitteln anfochten werden. Erst im Zuge dieses Verwaltungsrechtsstreits wird dann auch geprüft, ob die Begutachtung tatsächlich angeordnet werden durfte.

Der Auftrag zur Begutachtung muss vom Probanden selbst erteilt werden, der auch für die Kosten aufkommen muss. Diese liegen je nach der Art der zu begutachtenden Mängel sowie dem erbrachten Arbeitseinsatz in der Regel zwischen 200 € und 400 €, können je nach Fragestellung der Fahrerlaubnisbehörde aber auch bis zu 700 € betragen. Die genauen Beträge ergeben sich aus der bundeseinheitlichen Gebührenordnung für Maßnahmen im Straßenverkehr.

Weigert sich der Betroffene, sich untersuchen zu lassen, oder bringt er der Fahrerlaubnisbehörde das von ihr geforderte Gutachten nicht fristgerecht bei, darf sie wegen der darin zum Ausdruck kommenden mangelnden Mitwirkungsbereitschaft bei ihrer Entscheidung über die (Neu-) Erteilung oder Entziehung einer Fahrerlaubnis auf die Nichteignung des Betroffenen schließen.

Vorbereitung auf die MPU

Ist die MPU wegen krankheitsbedingter Eignungszweifeln angeordnet worden, sollte schon mehrere Wochen vorher eine haus- oder fachärztliche Untersuchung erfolgen. Ergeben sich dabei positive Untersuchungsbefunde, so sollte man beim Arzt Informationen hinsichtlich der notwendigen Behandlung und einer evtl. nötigen Umstellung der Lebensweise einholen und erforderlichenfalls bereits mit der Therapie beginnen, damit man bei der MPU darauf hinweisen kann, dass man die erforderlichen Schritte schon eingeleitet hat.

Bei Alkohol- oder Drogenfragestellungen sollten die Leberwerte sowie Drogenabstinenznachweise immer schon vorher durch den Hausarzt überprüft werden. Sind die festgestellten Werte nur wegen der Einnahme von Medikamenten oder bestehender Krankheiten erhöht, so empfiehlt es sich dringend, sich dies von seinem Arzt bescheinigen zu lassen, damit bei der MPU gar nicht erst ein falscher Verdacht (z. B. "Säuferleber") aufkommt. Die Bescheinigung sollte dann dem Arzt und Psychologen anlässlich der MPU vorgelegt werden.

Auch wenn eine MPU nicht wegen Vorliegens krankheitsbedingter Eignungsbedenken angeordnet wurde, ist es ratsam, sich vorher durch den Haus- oder einen Facharzt gründlich untersuchen zu lassen, weil im Rahmen der MPU immer auch eine verkehrsmedizinische Untersuchung erfolgt.

Weiterhin ist es zu empfehlen, vor Durchführung der MPU einen mit der Materie besonders vertrauten Verkehrspsychologen aufzusuchen und sich von diesem eingehend informieren und beraten zu lassen. Wenn nötig kann man sich auch einer individuellen Verkehrstherapie unterziehen. Nach Abschluss der Behandlung sollte der Psychologe um die Erstellung eines ausführlichen Schulungsberichts zur Vorlage bei der Gutachterstelle und Fahrerlaubnisbehörde gebeten werden.

Zu warnen ist vor einer Vielzahl unseriöser Anbieter von Vorbereitungskursen auf die MPU. Hier bedarf es einer sehr sorgfältigen Prüfung und Auswahl, damit nicht nur zusätzliches Geld ausgegeben wird, ohne davon einen wirklichen Nutzen zu haben. Eine Erfolgsgarantie kann niemand geben. Auch der B.A.D.S. kann und will deshalb insoweit keine Empfehlungen aussprechen.

Durchführung der MPU

Weil die Anordnung der MPU nicht in das Belieben der Verwaltungsbehörde gestellt ist, sondern stets einen konkreten Anlass voraussetzt, ist die Untersuchung streng anlassbezogen und unter Verwendung der von der Fahrerlaubnisbehörde zugesandten Unterlagen über den Betroffenen vorzunehmen. Der Gutachter hat sich bei seiner Tätigkeit an die durch die Fahrerlaubnisbehörde vorgegebene Fragestellung zu halten. Gegenstand der Untersuchung ist deshalb nicht die gesamte Persönlichkeit des Betroffenen, sondern sind nur diejenigen Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die für die Kraftfahreignung unter Berücksichtigung der Fragestellung von Bedeutung sind (Prinzip der Anlassbezogenheit der Begutachtung).

Auch bei Eignungszweifeln im Zusammenhang mit Alkohol oder Drogen ist das voraussichtliche künftige Verhalten des Betroffenen Gegenstand der Untersuchung. Bei Alkoholmissbrauch muss untersucht werden, ob der Betroffene den Konsum von Alkohol einerseits und das Führen von Kraftfahrzeugen im Straßenverkehr andererseits zuverlässig voneinander trennen kann oder ob Abstinenz gefordert werden muss. Das Gutachten kann empfehlen, dass durch geeignete und angemessene Auflagen später überprüft wird, ob sich eine günstige Prognose bestätigt. Das Gutachten kann auch geeignete Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung empfehlen (Nachschulungskurse).

Die Untersuchung muss nach anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen vorgenommen werden. Vor ihrem Beginn hat der Gutachter den Betroffenen über Gegenstand und Zweck der Untersuchung aufzuklären. Über die Untersuchung sind Aufzeichnungen anzufertigen.

Die Untersuchung erfolgt mit dem Ziel, die von der Führerscheinbehörde gehegten Eignungszweifel auszuräumen. Es soll geklärt werden, ob der Bewerber künftig wieder ein Kraftfahrzeug wird fahren dürfen bzw. können. Untersuchungsablauf und -inhalt richten sich nach der von der Führerscheinbehörde angegebenen Fragestellung (z. B. bei vorausgegangenem Alkoholdelikt: „Ist zu erwarten, dass der Klient in Zukunft ein Kraftfahrzeug unter Alkoholeinfluss führen wird?").

Der Untersuchte muss wissen, dass die Führerscheinbehörde seine Führerscheinakte der MPU-Stelle zugeschickt hat. Arzt und Psychologe kennen also aus dem Aktenstudium alle seinen Führerschein betreffenden Einzelheiten (Erteilung, Entzug, Neuerteilung, Blutuntersuchungsprotokoll und -ergebnis etc., ggf. Vorgutachten) sowie die begangenen - auch die im Straf- oder Verkehrszentralregister bereits gelöschten - Gesetzesverstöße. Anhand der Akten, deren Inhalt bis zu 10 Jahre zurückreichen darf, ergeben sich für die Untersuchenden bereits wesentliche Anhaltspunkte für die Beurteilung. Das Leugnen oder Verschweigen aktenkundiger Tatsachen erweckt keinen guten Eindruck.

Ist beispielsweise aus dem Untersuchungsprotokoll des die Blutprobe entnehmenden Arztes ersichtlich, dass sich jemand bei einer Blutalkoholkonzentration (BAK) von 1,3 ‰ noch unauffällig verhalten hat, so führt das zu der Vermutung, dass eine intensive und evtl. langjährige Alkoholgewöhnung zu dieser Alkoholverträglichkeit geführt hat. Personen, die selten oder wenig Alkohol trinken, haben bei einer BAK von 1,3 ‰ bereits Ausfallerscheinungen.

Die MPU setzt sich aus einem medizinischen und einem psychologischen Teil zusammen.

Medizinische Untersuchung

Hierbei werden körperliche Befunde ermittelt, aus denen beispielsweise auf erhöhten Alkoholkonsum geschlossen werden kann.

So stellt der Arzt Fragen nach schweren zurückliegenden oder gegenwärtigen Erkrankungen (Diabetes, TBC, Alkoholismus etc.) in der Familie des Untersuchten wie auch bei ihm selbst. Bei Alkoholfahrern interessieren insbesondere die früheren und heutigen Konsumgewohnheiten im Zusammenhang mit den jeweiligen Lebensumständen.

Es empfiehlt sich, evtl. vorhandene Nachweise über Erkrankungen (Arzt- und Krankenhausberichte, Angaben über Medikamente), Bescheide über Erwerbsunfähigkeit oder andere wichtige Unterlagen mitzunehmen und dem Arzt vorzulegen.

Im Rahmen internistischer Untersuchungen werden Herz und Kreislauf (Blutdruck), Seh- und Hörorgane sowie das vegetative Nervensystem auf Lebererkrankungen etc. geprüft. Dabei kann anhand sog. Alkoholmarker auch sehr schnell nachgewiesen werden, ob in der zurückliegenden Zeit Alkoholmissbrauch betrieben wurde.

Erst durch Alkoholabstinenz über einen längeren Zeitraum verschwinden die wichtigsten körperlichen Symptome, die auf vermehrten Alkoholkonsum schließen lassen. Es kommt aber wesentlich auf das mit dem Arzt und Psychologen hinsichtlich der früheren und jetzigen Alkoholkonsumgewohnheiten geführte Gespräch an.

Leistungstests

Durch Tests anhand von Geräten und Testbögen erfolgt eine Prüfung von

- Leistungsfähigkeit und des Verhaltens unter Leistungsdruck
- Schnelligkeit und Genauigkeit der optischen Wahrnehmung
- Reaktionsvermögen (Genauigkeit, Schnelligkeit und Sicherheit) bei schnell wechselnden optischen und akustischen Signalen
- Konzentration
- allgemeiner Leistungsfähigkeit in einer Stresssituation etc.

Erforderlichenfalls finden eine Prüfung des theoretischen Verkehrswissens anhand von Fragebögen und/oder eine kurze Fahrverhaltensbeobachtung statt.

Untersuchungsgespräch durch den Psychologen

Anlässlich der Lebenslaufanalyse werden persönliche Daten wie etwa Elternhaus, Ausbildung, Beruf, Familienstand, Kinder, finanzielle Verhältnisse, Freizeitgestaltung, Konsumgewohnheiten u. a. erfasst. Danach geht es um die Erforschung von Ablauf und Ursachen der Gesetzesverstöße aus Sicht des Betroffenen sowie der daraus gezogenen Lehren.

Bei Alkoholfahrten interessiert dabei im besonderen:

- Eigene Darstellung des Tathergangs
- Erörterung der früheren und jetzigen Trinkgewohnheiten (Häufigkeit und Art des Alkoholgenusses); wurde regelmäßig Alkohol getrunken oder nur bei besonderem Anlass? Gründe und Motive für den Alkoholkonsum? in welcher Umgebung und mit welchen Leuten wurde Alkohol getrunken? Hat sich die Einstellung zum Trinken von Alkohol zwischenzeitlich geändert? Wann und in welcher Menge wurde zuletzt Alkohol getrunken? Wann und warum

wurde der Alkoholkonsum reduziert bzw. eingestellt?

- Kenntnis über die Wirkung von Alkohol auf das Fahrverhalten,
- Berechnung der BAK bei bestimmten Trinkmengen, Alkoholsorten und Körpergewicht,
- Dauer des Alkoholabbaus etc.,
- Restalkoholproblematik.

Es empfiehlt sich dringend, sich bereits vor der Untersuchung mit den früheren und heutigen Alkoholkonsumgewohnheiten auseinanderzusetzen (Notizen machen!). Während der MPU sollte mit dem Psychologen ehrlich, offen und selbstkritisch über eigene Trinkgewohnheiten gesprochen werden. Ein (in der Regel zum Zeitpunkt des Delikts bestehendes) Alkoholproblem sollte keinesfalls verharmlost werden.

Der Unterschied zwischen der früheren und jetzigen Einstellung zum Alkohol und den damit zusammenhängenden Problemen muss deutlich gemacht werden. Allein die Behauptung, man werde sich in Zukunft anders verhalten, genügt nicht. Vielmehr soll anhand konkreter Beispiele glaubhaft gemacht werden, auf welche Weise eine völlige Einstellung des Alkoholkonsums oder ein beherrschtes und „kontrolliertes" Trinkverhalten erreicht wurde.

Es müssen stichhaltige Gründe angegeben werden, die zur Abstinenz bzw. Reduzierung des Alkoholkonsums führten (z. B. Gefahr des beruflichen Abstiegs, des Zerfalls der Familie, gesundheitliche Störungen etc.). Der innere Kampf gegen die Versuchung, rückfällig zu werden, soll dabei beschrieben werden.

Verhalten vor und während der MPU

Für das Verhalten unmittelbar vor und während der MPU sollten folgende allgemeine Hinweise und Ratschläge beachtet werden:

- Unbedingt im ausgeruhten Zustand erscheinen (z. B. nicht im Anschluss an eine Nachtschicht); wer müde ist, kann sich schlechter konzentrieren.
- Auf keinen Fall vorher Alkohol trinken und keine Aufputsch- oder Beruhigungsmittel einnehmen - diese setzen die Fähigkeit zum klaren Denken und schnellen folgerichtigen Reaktionen herab.
- Am besten überhaupt keine Medikamente einnehmen; sollte dies krankheitsbedingt dennoch erforderlich sein, empfiehlt es sich, den untersuchenden MPU-Arzt vor dem Beginn der eigentlichen Begutachtung darüber zu informieren.
- Vorher nicht zu üppig essen - das Blut wird im Kopf und nicht im Magen gebraucht.
- Weder zu aufdringliche noch zu legere Kleidung tragen und besonnen, aber auch nicht unterwürfig auftreten.
- Rechtzeitig und nicht erst in letzter Minute oder gar verspätet zum Termin erscheinen.
- Ruhig bleiben, auch wenn man vor Prüfungsbeginn längere Zeit warten muss. Ablenkung suchen, z. B. durch Lesen oder leises Musikhören (Walkman, MP3-Player o.ä.).

- Bei Lampenfieber bzw. Prüfungsangst daran denken, dass eine Vielzahl der untersuchten Kraftfahrer die MPU besteht (Erfolgsquote schon bei erstmaliger Begutachtung rund 30 %) und daher für fahrtauglich befunden wird.
- Keinesfalls Zweifel am Sinn der Untersuchung äußern. Auch Gutachter schätzen es nicht, wenn man Sinn und Zweck ihrer Tätigkeit in Frage stellt. Zudem deuten solche Äußerungen auf ein mangelndes Problembewusstsein hin.
- Die Probleme, die Anlass für die MPU gegeben haben, nicht auf andere abwälzen, sondern eigene Fehler zugeben (Problembewusstsein).
- Keine Schuldvorwürfe gegen Polizei, Justiz, Behörden oder die Untersuchungsstelle aussprechen oder sich als "Pechvogel" hinstellen, weil man sonst möglicherweise als "uneinsichtig" und "unkritisch" angesehen wird.
- Die Wahrheit sagen und so Widersprüche vermeiden.
- Auf eventuelle Suggestivfragen vorbereitet sein.

Form und Inhalt des Gutachtens

Das Gutachten muss allgemeinverständlich abgefasst, nachvollziehbar und nachprüfbar sein.

Nachvollziehbar bedeutet, dass das Gutachten schlüssig und aus sich selbst heraus verständlich aufgebaut sein muss, also alle wesentlichen Befunde wiedergibt und die zur Beurteilung führenden Schlussfolgerungen darstellt.

Insbesondere im Hinblick auf die vorgegebene Fragestellung der Behörde muss das Gutachten in allen wesentlichen Punkten vollständig sein. Der Umfang eines Gutachtens richtet sich nach der Befundlage. Bei eindeutiger Befundlage wird das Gutachten knapper, bei komplizierter Befundlage ausführlicher erstattet.

Das Gutachten muss wissenschaftlich nachprüfbar sein. Deshalb müssen die Untersuchungsverfahren, die zu den Befunden geführt haben, angegeben werden. Dagegen ist es nicht erforderlich, die wissenschaftlichen Grundlagen für die Erhebung und Interpretation der Befunde im Einzelnen wiederzugeben.

Im Gutachten muss dargestellt und unterschieden werden zwischen der Vorgeschichte und dem gegenwärtigen Befund.

Bei ausländischen Führerscheininhabern oder Fahrerlaubnisbewerbern, die der deutschen Sprache in Wort und Schrift nicht ausreichend mächtig sind, kann die MPU unter Hinzuziehung eines von der Begutachtungsstelle für Fahreignung amtlich bestellten und beeidigten Dolmetschers oder Übersetzers, durchgeführt werden. Entsprechende Listen liegen bei den Untersuchungsstellen auf. Auch diese Kosten trägt jedoch der Betroffene.

Wer den Betroffenen vor der MPU bereits in einem Kurs zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung oder in einem Aufbauseminar betreut hat oder nach der Begutachtung voraussichtlich betreuen wird, darf die Begutachtung nicht durchführen, um Befangenheit oder andere Interessenkonflikte auszuschließen.

Umgang mit negativen Gutachten

Kommt es zu einem negativen Gutachten, muss man es der Fahrerlaubnisbehörde nicht übergeben, weil es dort sonst zur Führerscheinakte genommen wird und darin bis zu deren Vernichtung verbleibt, was bis zu 10 Jahre dauern kann. Die Neu- oder Wiedererteilung einer Fahrerlaubnis könnte damit in Zukunft zumindest wesentlich erschwert werden. Dies ist insoweit auch ausgeschlossen, als das Gutachten grundsätzlich an den Untersuchten versandt wird. Nur auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin wird es der Fahrerlaubnisbehörde direkt zugestellt.

Zwar verlangt die Führerscheinbehörde immer die Aushändigung des Gutachtens. Sie kann dies aber nicht erzwingen. Allerdings kann sie eine erneute Begutachtung verweigern, wenn das verlangte Vorgutachten nicht vorgelegt wird. Im Falle eines negativen Gutachtens sollte der Antrag auf (Neu-) Erteilung der Fahrerlaubnis zurückgenommen werden. Damit endet das Führerscheinerteilungsverfahren, womit auch die Forderung der Fahrerlaubnisbehörde auf Übergabe des MPU-Gutachtens hinfällig wird. Die MPU kann immer wiederholt werden.

Ein negatives Gutachten sollte genau und selbstkritisch durchgelesen, am besten mit dem Gutachter besprochen werden, weil man daraus entnehmen kann, welche Fehler nicht mehr gemacht und welche Argumente und Beweise bei einer Wiederholung der MPU vorgebracht werden sollten, damit die Untersuchung das nächste Mal positiv ausfällt.

Häufig empfiehlt es sich, sich an einen erfahrenen Diplom-Psychologen (Verkehrspsychologen) zu wenden, mit ihm das Gutachten durchzugehen und sich von ihm beraten zu lassen. Erforderlichenfalls kann man sich bei ihm auch einer Nachschulung oder einer verkehrstherapeutischen Einzelbehandlung unterziehen. Dabei wird man Ratschläge erhalten, wie man seine Chancen für die erneute Begutachtung verbessern kann.

Die MPU-Gutachter empfehlen in Fällen, in denen das Gutachten negativ ist, öfters auch die Teilnahme an einem Nachschulungskurs für alkoholauffällige Kraftfahrer. Hilfreich und von den MPU-Gutachtern ebenfalls vielfach empfohlen kann auch der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe für Alkoholgefährdete oder -abhängige (z. B. Anonyme Alkoholiker) sein.

Neben dem allgemeinen Aufbauseminar kennt das Gesetz auch besondere Kurse nach Alkohol- und Drogenfahrten sowie spezielle Schulungen für Fahranfänger. Jedes Seminar findet in Gruppen statt und kostet zwischen 200 € und 300 €.

Die Teilnahme an einem Aufbauseminar erfolgt grundsätzlich nur einmal in fünf Jahren. Diese Einschränkung gilt allerdings dann nicht, wenn der Betroffene bisher lediglich an einem allgemeinen Aufbauseminar teilgenommen hat und nunmehr ein Aufbauseminar für Fahranfänger oder das besondere Aufbauseminar in Betracht kommt.

Allgemeine Aufbauseminare

Allgemeine Aufbauseminare werden durch Fahrlehrer mit einer speziellen Zusatzausbildung durchgeführt. In Gruppengesprächen werden Verkehrsverstöße und deren Ursachen diskutiert, um so eine Änderung des Fahrverhaltens der Teilnehmer zu erreichen. Die Kurse bestehen aus vier Sitzungen von jeweils 135 Minuten und einer Fahrprobe von mindestens 30 Minuten. Die vollständige Teilnahme ist Pflicht, um die Bescheinigung zu erhalten; eine Prüfung findet nicht statt.

Aufbauseminar für Fahranfänger

Aufbauseminare für Fahranfänger entsprechen in Inhalt und Umfang den allgemeinen Aufbauseminaren. Da sie allerdings speziell auf Führerscheinneulinge mit geringer Erfahrung ausgerichtet sind, geht es hier insbesondere darum, bei den Teilnehmern das Risikobewusstsein zu fördern und die Gefahrerkennung zu verbessern.

Aufbauseminare wegen Alkohol- oder Drogenfahrten

Besondere Aufbauseminare wegen Alkohol- oder Drogenfahrten werden von Diplom-Psychologen gehalten. Hier werden die Gründe für das Fehlverhalten diskutiert und Möglichkeiten für deren Beseitigung besprochen. Der Kurs besteht aus einem Vorgespräch und drei Sitzungen zu je 180 Minuten; ferner müssen Kursaufgaben angefertigt werden. Nach Alkohol- oder Drogenfahrten kommen sowohl für Fahranfänger als auch für erfahrene Verkehrsteilnehmer nur die besonderen Aufbauseminare in Betracht.

Anhang

Straf- und Bußgeldvorschriften

(Stand: 01.01.2010)

§ 24a StVG [0,5 Promille-Grenze]

(1) Ordnungswidrig handelt, wer im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug führt, obwohl er 0,25 mg/l oder mehr Alkohol in der Atemluft oder 0,5 Promille oder mehr Alkohol im Blut oder eine Alkoholmenge im Körper hat, die zu einer solchen Atem- oder Blutalkoholkonzentration führt.

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

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

(4) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 3.000 Euro geahndet werden.

(5) Das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung 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.

Anlage zu § 24a StVG

Liste der berauschenden Mittel und Substanzen

Berauschende Mittel	**Substanzen**
Cannabis	Tetrahydocannabinol (THC)
Heroin	Morphin
Morphin	Morphin
Cocain	Coca
Cocain	Benzoylecgonin
Amphetamin	Amphetamin
Designer-Amphetamin	Methylendioxyamphetamin (MDA)
Designer-Amphetamin	Methylendioxyethylamphetamin (MDE)
Designer-Amphetamin	Methylendioxymethamphetamin (MDMA)
Metamphetamin	Metamphetamin

§ 24c StVG [Alkoholverbot für Fahranfänger und Fahranfängerinnen]

(1) Ordnungswidrig handelt, wer in der Probezeit nach § 2a oder vor Vollendung des 21. Lebensjahres als Führer eines Kraftfahrzeuges im Straßenverkehr alkoholische Getränke zu sich nimmt oder die Fahrt antritt, obwohl er unter der Wirkung eines solchen Getränks steht.
(2) Ordnungswidrig handelt auch, wer die Tat fahrlässig begeht.
(3) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße geahndet werden.

§ 25 StVG [Fahrverbot] (Auszug)

(1) Wird gegen den Betroffenen wegen einer Ordnungswidrigkeit nach § 24, die er unter grober oder beharrlicher Verletzung der Pflichten eines Kraftfahrers begangen hat, eine Geldbuße festgesetzt, so kann ihm die Verwaltungsbehörde oder das Gericht in der Bußgeldentscheidung für die Dauer von einem Monat bis zu drei Monaten verbieten, im Straßenverkehr Kraftfahrzeuge jeder oder einer bestimmten Art zu führen. Wird gegen den Betroffenen wegen einer Ordnungswidrigkeit nach § 24a, eine Geldbuße festgesetzt, so ist in der Regel auch ein Fahrverbot anzuordnen.

(2) Das Fahrverbot wird mit der Rechtskraft der Bußgeldentscheidung wirksam. ...

(3) ... bis (8)

§ 315c StGB [Gefährdung des Straßenverkehrs]
(Auszug)

(1) Wer im Straßenverkehr

1. ein Fahrzeug führt, obwohl er

   a) infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel oder ...

   b) ...

   nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, oder

2. ...

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.

§ 316 StGB [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.

§ 44 StGB [Fahrverbot] (Auszug)

(1) Wird jemand wegen einer Straftat, die er bei oder im Zusammenhang mit dem Führen eines Kraftfahrzeugs oder unter Verletzung der Pflichten eines Kraftfahrzeugführers begangen hat, zu einer Freiheitsstrafe oder einer Geldstrafe verurteilt, so kann ihm das Gericht für die Dauer von einem Monat bis zu drei Monaten verbieten, im Straßenverkehr Kraftfahrzeuge jeder oder einer bestimmten Art zu führen. Ein Fahrverbot ist in der Regel anzuordnen, wenn in den Fällen einer Verurteilung nach § 315c Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a, Abs. 3 oder § 316 die Entziehung der Fahrerlaubnis nach § 69 unterbleibt.

(2) ...bis (4)

§ 69 StGB [Entziehung der Fahrerlaubnis]
(Auszug)

(1) Wird jemand wegen einer rechtswidrigen Tat, die er bei oder im Zusammenhang mit dem Führen eines Kraftfahrzeugs oder unter Verletzung der Pflichten eines Kraftfahrzeugführers begangen hat, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so entzieht ihm das Gericht die Fahrerlaubnis, wenn sich aus der Tat ergibt, dass er zum Führen von Kraftfahrzeugen ungeeignet ist. Einer weiteren Prüfung nach § 62 bedarf es nicht.

(2) Ist die rechtswidrige Tat in den Fällen des Absatzes 1 ein Vergehen

1. der Gefährdung des Straßenverkehrs (§ 315c),
2. der Trunkenheit im Verkehr (§ 316),
3. ...
4. des Vollrausches (§ 323a), der sich auf eine Tat nach den Nummern 1 bis 3 bezieht,

so ist der Täter in der Regel als ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen anzusehen.

(3) Die Fahrerlaubnis erlischt mit der Rechtskraft des Urteils. Ein von einer deutschen Behörde erteilter Führerschein wird im Urteil eingezogen.

§ 69a StGB [Sperre für die Erteilung einer Fahrerlaubnis] (Auszug)

(1) Entzieht das Gericht die Fahrerlaubnis, so bestimmt es zugleich, dass für die Dauer von sechs Monaten bis zu fünf Jahren keine neue Fahrerlaubnis erteilt werden darf (Sperre). Die Sperre kann für immer angeordnet werden, wenn zu erwarten ist, dass die gesetzliche Höchstfrist zur Abwehr der von dem Täter drohenden Gefahr nicht ausreicht. Hat der Täter keine Fahrerlaubnis, so wird nur die Sperre angeordnet.

(2) ...

(3) Das Mindestmaß der Sperre beträgt ein Jahr, wenn gegen den Täter in den letzten beiden Jahren vor der Tat bereits einmal eine Sperre angeordnet worden ist.

(4) ...bis (7) ...

Fahrerlaubnisverordnung (Auszug)

§ 3 [Einschränkung und Entziehung der Zulassung]

(1) Erweist sich jemand als ungeeignet oder nur noch bedingt geeignet zum Führen von Fahrzeugen oder Tieren, hat die Fahrerlaubnisbehörde ihm das Führen zu untersagen, zu beschränken oder die erforderlichen Auflagen anzuordnen.

(2) Rechtfertigen Tatsachen die Annahme, dass der Führer eines Fahrzeugs oder Tieres zum Führen ungeeignet oder nur noch bedingt geeignet ist, finden die Vorschriften der §§ 11 bis 14 entsprechend Anwendung.

§ 11 FeV [Eignung] (Auszug)

(1) Bewerber um eine Fahrerlaubnis müssen die hierfür notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllen. 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. Außerdem dürfen die Bewerber nicht erheblich oder nicht wiederholt gegen verkehrsrechtliche Vorschriften oder Strafgesetze verstoßen haben, so dass dadurch die Eignung ausgeschlossen wird. Bewerber um die Fahrerlaubnis der Klasse D oder D1 und er Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung gem. § 48 müssen auch die Gewähr dafür bieten, dass sie der besonderen Verantwortung bei der Beförderung von Fahrgästen gerecht werden.

(2) 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. 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. 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
3. Arzt mit der Gebietsbezeichnung "Arbeitsmedizin" oder der Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin"
4. Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Rechtsmedizin“ oder
5. Arzt in einer Begutachtungsstelle für Fahreignung, der die Anforderungen nach Anlage 14 erfüllt

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

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

1. wenn nach Würdigung der Gutachten gemäß Absatz 2 oder Absatz 4 ein medizinisch-psychologisches Gutachten zusätzlich erforderlich ist,
2. ...
3. ...
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.
6. ... bis 9.

Unberührt bleiben medizinisch-psychologische Begutachtungen nach § 2 a 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) 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. 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. Der Betroffene hat die Fahrerlaubnisbehörde darüber zu unterrichten, welche Stelle er mit der Untersuchung beauftragt hat. 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. Die Untersuchung erfolgt auf Grund eines Auftrages durch den Betroffenen.

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

(6) 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. Der Betroffene ist hierauf bei der Anordnung nach Absatz 6 hinzuweisen.

(7) ...

(10) Hat der Betroffene an einem Kurs teilgenommen, um festgestellte Eignungsmängel zu beheben, genügt in der Regel zum Nachweis der Wiederherstellung der Eignung statt eines erneuten medizinischpsychologischen Gutachtens eine Teilnahmebescheinigung, wenn

1. der betreffende Kurs nach § 70 anerkannt ist,
2. auf Grund eines medizinisch-psychologischen Gutachtens einer Begutachtungsstelle für Fahreignung die Teilnahme des Betroffenen an dieser Art von Kursen als geeignete Maßnahme angesehen wird, seine Eignungsmängel zu beheben, und
3. die Fahrerlaubnisbehörde der Kursteilnahme nach Nummer 2 zugestimmt hat.

(11) Die Teilnahmebescheinigung muss

1. den Familiennamen und Vornamen, den Tag und Ort der Geburt und die Anschrift des Seminarteilnehmers,
2. die Bezeichnung des Seminarmodells und
3. Angaben über Umfang und Dauer des Seminars

enthalten. Sie ist vom Seminarleiter und vom Seminarteilnehmer unter Angabe des Ausstellungsdatums zu unterschreiben. Die Ausstellung der Teilnahmebescheinigung ist vom Kursleiter zu verweigern, wenn der Teilnehmer nicht an allen Sitzungen des Kurses teilgenommen oder die Anfertigung von Hausaufgaben verweigert hat.

§ 13 FeV [Klärung bei Eignungszweifeln bei Alkoholproblematik]

Zur Vorbereitung von Entscheidungen über die Erteilung oder Verlängerung der Fahrerlaubnis oder über die Anordnung von Beschränkungen oder Auflagen ordnet die Fahrerlaubnisbehörde an, dass

1. ein ärztliches Gutachten (§ 11 Abs. 2 Satz 3) beizubringen ist, wenn Tatsachen die Annahme von Alkoholabhängigkeit begründen oder
2. ein medizinisch-psychologisches Gutachten beizubringen ist, wenn

    a) nach dem ärztlichen Gutachten zwar keine Alkoholabhängigkeit, jedoch Anzeichen für Alkoholmissbrauch vorliegen oder sonst Tatsachen die Annahme von Alkoholmissbrauch begründen,

    b) wiederholt Zuwiderhandlungen im Straßenverkehr unter Alkoholeinfluss begangen wurden,

    c) ein Fahrzeug im Straßenverkehr bei einer Blutalkoholkonzentration von 1,6 Promille oder mehr oder einer Atemalkoholkonzentration von 0,8 mg/l oder mehr geführt wurde,

    d) die Fahrerlaubnis aus einem der unter Buchstabe a bis c genannten Gründe entzogen war oder

    e) sonst zu klären ist, ob Alkoholmissbrauch nicht mehr besteht.

    Im Falle des Satzes 1 Nr. 2 Buchstabe b sind Zuwiderhandlungen, die ausschließlich gegen § 24c des Straßenverkehrsgesetzes begangen worden sind, nicht zu berücksichtigen.

§ 14 Fahrerlaubnisverordnung [Klärung von Eignungszweifeln im Hinblick auf Betäubungsmittel und Arzneimittel]

(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.

Die Beibringung eines ärztlichen Gutachtens kann angeordnet werden, wenn der Betroffene

Betäubungsmittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes widerrechtlich besitzt oder besessen hat. 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 durch die Fahrerlaubnisbehörde oder ein Gericht entzogen war
2. zu klären ist, ob Abhängigkeit oder Einnahme nach Absatz 1 nicht mehr vorliegt oder
3. wiederholt Zuwiderhandlungen im Straßenverkehr nach § 24a des Straßenverkehrsgesetzes begangen wurden. § 13 Nr. 2 Buchstabe b bleibt unberührt.

§ 20 FeV [Neuerteilung einer Fahrerlaubnis]

(1) Für die Neuerteilung einer Fahrerlaubnis nach vorangegangener Entziehung oder nach vorangegangenem Verzicht gelten die Vorschriften für die Ersterteilung. § 15 findet vorbehaltlich des Absatzes 2 keine Anwendung.

(2) Die Fahrerlaubnisbehörde ordnet eine Fahrerlaubnisprüfung an, wenn Tatsachen vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass der Bewerber die nach § 16 Abs. 1 und § 17 Abs. 1 erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten nicht mehr besitzt.

(3) Eine Fahrerlaubnis ist nicht zu erteilen, wenn dem Bewerber zuvor in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eine EU- oder EWR-Fahrerlaubnis vorläufig oder rechtskräftig von einem Gericht oder sofort vollziehbar oder bestandskräftig von einer Verwaltungsbehörde entzogen worden ist. Satz 1 gilt nicht soweit die Gründe für die Entziehung nicht mehr bestehen.

(4) Zum Nachweis, dass die Gründe für die Entziehung nach Absatz 3 nicht mehr bestehen, hat der Bewerber eine Bescheinigung der Stelle, welche die frühere EU- oder EWR-Fahrerlaubnis im betreffenden Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erteilt hatte, bei der nach Landesrecht zuständigen Behörde vorzulegen. Die Absätze 1 und 2 bleiben unberührt.

(5) Unberührt bleibt die Anordnung einer medizinisch-psychologischen Untersuchung nach § 11 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5.

§ 36 FeV [Besondere Aufbauseminare nach § 2b Abs. 2 Satz 2 des Straßenverkehrsgesetzes]

(1) Inhaber von Fahrerlaubnissen auf Probe, die wegen Zuwiderhandlungen nach § 315 c Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a, den §§ 316, 323 a des Strafgesetzbuches oder §§ 24 a, 24c des Straßenverkehrsgesetzes an einem Aufbauseminar teilzunehmen haben, sind, auch wenn sie noch andere Verkehrszuwiderhandlungen begangen haben, einem besonderen Aufbauseminar zuzuweisen.

(2) Ist die Fahrerlaubnis wegen einer innerhalb der Probezeit begangenen Zuwiderhandlung nach § 315 c Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a, den §§ 316, 323 a des Strafgesetzbuches oder §§ 24 a, 24c des Straßenverkehrsgesetzes entzogen worden, darf eine neue Fahrerlaubnis unbeschadet der übrigen Voraussetzungen nur erteilt werden, wenn der Antragsteller nachweist, dass er an einem besonderen Aufbauseminar teilgenommen hat.

(3) Das besondere Aufbauseminar ist in Gruppen mit mindestens sechs und höchstens zwölf Teilnehmern durchzuführen. Es besteht aus einem Kurs mit einem Vorgespräch und drei Sitzungen von jeweils 180 Minuten Dauer in einem Zeitraum von zwei bis vier Wochen sowie der Anfertigung von Kursaufgaben zwischen den Sitzungen. An einem Tag darf nicht mehr als eine Sitzung stattfinden.

(4) In den Kursen sind die Ursachen, die bei den Teilnehmern zur Anordnung der Teilnahme an einem Aufbauseminar geführt haben, zu diskutieren und Möglichkeiten für ihre Beseitigung zu erörtern. Wissenslücken der Kursteilnehmer über die Wirkung des Alkohols und anderer berauschender Mittel auf die Verkehrsteilnehmer sollen geschlossen und individuell angepasste Verhaltensweisen entwickelt und erprobt werden, um insbesondere Trinkgewohnheiten zu ändern sowie Trinken und Fahren künftig zuverlässig zu trennen. Durch die Entwicklung geeigneter Verhaltensmuster sollen die Kursteilnehmer in die Lage versetzt werden, einen Rückfall und weitere Verkehrszuwiderhandlungen unter Alkoholeinfluss oder dem Einfluss anderer berauschender Mittel zu vermeiden. Zusätzlich ist auf die Problematik der wiederholten Verkehrszuwiderhandlungen einzugehen.

(5) Für die Durchführung von Einzelseminaren nach § 2 b Abs. 1 des Straßenverkehrsgesetzes gelten die Absätze 3 und 4 mit der Maßgabe, dass die Gespräche in drei Sitzungen von jeweils 90 Minuten Dauer durchzuführen sind.

(6) Die besonderen Aufbauseminare dürfen nur von Kursleitern durchgeführt werden, die von der zuständigen obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten oder der nach Landesrecht zuständigen Stelle oder von dem für die in § 26 genannten Dienstbereiche jeweils zuständigen Fachminister oder von ihm bestimmten Stellen anerkannt worden sind. Die amtliche Anerkennung als Kursleiter darf nur erteilt werden, wenn der Bewerber folgende Voraussetzungen erfüllt:

1. Abschluss eines Hochschulstudiums als Diplom-Psychologe oder eines gleichwertigen Master-Abschlusses in Psychologie,

2. Nachweis einer verkehrspsychologischen Ausbildung an einer Universität oder gleichgestellten Hochschule oder bei einer Stelle, die sich mit der Begutachtung oder Wiederherstellung der Kraftfahreignung befasst,

3. Kenntnisse und Erfahrungen in der Untersuchung und Begutachtung der Eignung von Kraftfahrern, die Zuwiderhandlungen gegen Vorschriften über das Führen von Kraftfahrzeugen unter Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln begangen haben,
4. Ausbildung und Erfahrung als Kursleiter in Kursen für Kraftfahrer, die Zuwiderhandlungen gegen Vorschriften über das Führen von Kraftfahrzeugen unter Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln begangen haben,
5. Vorlage eines sachgerechten, auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelten Seminarkonzeptes und
6. Nachweis geeigneter Räumlichkeiten sowie einer sachgerechten Ausstattung.

Außerdem dürfen keine Tatsachen vorliegen, die Bedenken gegen die Zuverlässigkeit des Kursleiters begründen. Die Anerkennung kann mit Auflagen, insbesondere hinsichtlich der Aufsicht über die Durchführung der Aufbauseminare sowie der Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen, verbunden werden.

(7) Die Aufsicht obliegt den nach Absatz 6 Satz 1 für die Anerkennung zuständigen Behörden oder Stellen; diese können sich hierbei geeigneter Personen oder Stellen bedienen.

§ 43 FeV [Besondere Aufbauseminare nach § 4 Abs. 8 Satz 4 des Straßenverkehrsgesetzes]

Inhaber von Fahrerlaubnissen, die wegen Zuwiderhandlungen nach § 315 c Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a, den §§ 316, 323 a des Strafgesetzbuches oder §§ 24a, 24c des Straßenverkehrsgesetzes an einem Aufbauseminar teilzunehmen haben, sind auch wenn sie noch andere Verkehrszuwiderhandlungen begangen haben, einem besonderen Aufbauseminar nach § 36 zuzuweisen.

§ 46 FeV [Entziehung, Beschränkung, Auflagen]

(1) Erweist sich der Inhaber einer Fahrerlaubnis als ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen, hat ihm die Fahrerlaubnisbehörde die Fahrerlaubnis zu entziehen. 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. Bei Inhabern ausländischer Fahrerlaubnisse schränkt die Fahrerlaubnisbehörde das Recht, von der ausländischen Fahrerlaubnis im Inland Gebrauch zu machen, so weit 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) Die Fahrerlaubnis ist auch zu entziehen, wenn der Inhaber sich als nicht befähigt zum Führen von Kraftfahrzeugen erweist. 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. § 11 Abs. 6 bis 8 ist entsprechend anzuwenden.

(5) Bei einer ausländischen Fahrerlaubnis hat die Entziehung die Wirkung einer Aberkennung des Rechts, von der Fahrerlaubnis im Inland Gebrauch zu machen.

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

Anlage 15 (zu § 11 Abs. 5, § 66)

Grundsätze für die Durchführung der Untersuchungen und die Erstellung der Gutachten

1. Die Untersuchung ist unter Beachtung folgender Grundsätze durchzuführen:

   a) Die Untersuchung ist anlassbezogen und unter Verwendung der von der Fahrerlaubnisbehörde zugesandten Unterlagen über den Betroffenen vorzunehmen. Der Gutachter hat sich an die durch die Fahrerlaubnisbehörde vorgegebene Fragestellung zu halten.

   b) Gegenstand der Untersuchung sind nicht die gesamte Persönlichkeit des Betroffenen, sondern nur solche Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die für die Kraftfahreignung von Bedeutung sind (Relevanz zur Kraftfahreignung).

   c) Die Untersuchung darf nur nach anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen vorgenommen werden.

   d) Vor der Untersuchung hat der Gutachter den Betroffenen über Gegenstand und Zweck der Untersuchung aufzuklären.

   e) Über die Untersuchung sind Aufzeichnungen anzufertigen.

   f) In den Fällen der §§ 13 und 14 ist Gegenstand der Untersuchung auch das voraussichtliche künftige Verhalten des Betroffenen, insbesondere ob zu erwarten ist, dass er nicht oder nicht mehr ein Kraftfahrzeug unter Einfluss von Alkohol oder Betäubungsmitteln/Arzneimitteln führen wird. Hat Abhängigkeit von Alkohol oder Betäubungsmitteln/Arzneimitteln

vorgelegen, muss sich die Untersuchung darauf erstrecken, dass die Abhängigkeit nicht mehr besteht. Bei Alkoholmissbrauch, ohne dass Abhängigkeit vorhanden war oder ist, muss sich die Untersuchung darauf erstrecken, ob der Betroffene den Konsum von Alkohol einerseits und das Führen von Kraftfahrzeugen im Straßenverkehr andererseits zuverlässig voneinander trennen kann. Dem Betroffenen kann die Fahrerlaubnis nur dann erteilt werden, wenn sich bei ihm ein grundlegender Wandel in seiner Einstellung zum Führen von Kraftfahrzeugen unter Einfluss von Alkohol oder Betäubungsmitteln/ Arzneimitteln vollzogen hat. Es müssen zum Zeitpunkt der Erteilung der Fahrerlaubnis Bedingungen vorhanden sein, die zukünftig einen Rückfall als unwahrscheinlich erscheinen lassen. Das Gutachten kann auch geeignete Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung empfehlen.

g) In den Fällen des § 2 a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 5 oder des § 4 Abs. 10 Satz 3 des Straßenverkehrsgesetzes oder des § 11 Abs. 3 Nr. 4 oder 5 dieser Verordnung ist Gegenstand der Untersuchung auch das voraussichtliche künftige Verhalten des Betroffenen, ob zu erwarten ist, dass er nicht mehr erheblich oder nicht mehr wiederholt gegen verkehrsrechtliche Bestimmungen oder gegen Strafgesetze verstoßen wird. Es sind die Bestimmungen von Buchstabe f Satz 4 bis 7 entsprechend anzuwenden.

2. Das Gutachten ist unter Beachtung folgender Grundsätze zu erstellen:

a) Das Gutachten muss in allgemeinverständlicher Sprache abgefasst sowie nachvollziehbar und nachprüfbar sein. Die Nachvollziehbarkeit betrifft die logische Ordnung (Schlüssigkeit) des Gutachtens. Sie erfordert die Wiedergabe aller wesentlichen Befunde und die Darstellung der zur Beurteilung führenden Schlussfolgerungen.

Die Nachprüfbarkeit betrifft die Wissenschaftlichkeit der Begutachtung. Sie erfordert, dass die Untersuchungsverfahren, die zu den Befunden geführt haben, angegeben und, soweit die Schlussfolgerungen auf Forschungsergebnisse gestützt sind, die Quellen genannt werden. Das Gutachten braucht aber nicht im Einzelnen die wissenschaftlichen Grundlagen für die Erhebung und Interpretation der Befunde wiederzugeben.

b) Das Gutachten muss in allen wesentlichen Punkten insbesondere im Hinblick auf die gestellten Fragen (§ 11 Abs. 6) vollständig sein. Der Umfang eines Gutachtens richtet sich nach der Befundlage. Bei eindeutiger Befundlage wird das Gutachten knapper, bei komplizierter Befundlage ausführlicher erstattet.

c) Im Gutachten muss dargestellt und unterschieden werden zwischen der Vorgeschichte und dem gegenwärtigen Befund.

3. Die medizinisch-psychologische Untersuchung kann unter Hinzuziehung eines beeidigten oder öffentlich bestellten oder vereidigten Dolmetschers oder Übersetzers, der von der Begutachtungsstelle für Fahreignung bestellt wird, durchgeführt werden. Die Kosten trägt der Betroffene.

4. Wer mit Unternehmen oder sonstigen Institutionen vertraglich verbunden ist, die

- Personen hinsichtlich der typischen Fragestellungen in der Begutachtung von Begutachtungsstellen für Fahreignung im Sinne von § 66 zur Klärung von Zweifeln an der Kraftfahreignung in Gruppen oder einzeln beraten, behandeln, betreuen oder auf die Begutachtung vorbereiten
- Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung anbieten,

oder wer solche Maßnahmen in eigener Person anbietet, darf keine Person zur Klärung von Zweifeln an der Kraftfahreignung in Begutachtungsstellen für Fahreignung untersuchen oder begutachten.

Begutachtungsrichtlinien (Auszug)

3.11 Alkohol

3.11.1 Missbrauch

Leitsätze

Bei Alkoholmissbrauch sind die Voraussetzungen, die an den Führer eines Kraftfahrzeugs im Straßenverkehr gestellt werden, nicht erfüllt.

Missbrauch liegt vor, wenn ein Bewerber oder Inhaber einer Fahrerlaubnis das Führen eines Kraftfahrzeuges und einen die Fahrsicherheit beeinträchtigenden Alkoholkonsum nicht hinreichend sicher trennen kann, ohne bereits alkoholabhängig zu sein. In einem solchen Falle ist der Betroffene nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen zu entsprechen.

Von Missbrauch ist insbesondere in folgenden Fällen auszugehen:

in jedem Fall (ohne Berücksichtigung der Höhe der Blutalkoholkonzentration), wenn wiederholt ein Fahrzeug unter unzulässig hoher Alkoholwirkung geführt wurde,

> nach einmaliger Fahrt unter hoher Alkoholkonzentration (ohne weitere Anzeichen einer Alkoholwirkung),
>
> wenn aktenkundig belegt ist, dass es bei dem Betroffenen in der Vergangenheit im Zusammenhang mit der Verkehrsteilnahme zu einem Verlust der Kontrolle des Alkoholkonsums gekommen ist.

War die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen nicht gegeben, so kann sie nur dann als wiederhergestellt gelten, d. h. es muss nicht mehr mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit mit einer Fahrt unter Alkoholeinfluss gerechnet werden, wenn die folgenden Voraussetzungen gegeben sind:

a) Das Alkoholtrinkverhalten wurde ausreichend geändert. Das ist der Fall,

> wenn Alkohol nur noch kontrolliert getrunken wird, so dass Trinken und Fahren zuverlässig getrennt werden können, oder
>
> wenn Alkoholabstinenz eingehalten wird. Diese ist zu fordern, wenn aufgrund der Lerngeschichte anzunehmen ist, dass sich ein konsequenter kontrollierter Umgang mit alkoholischen Getränken nicht erreichen lässt.

b) Die vollzogene Änderung im Umgang mit Alkohol ist stabil und motivational gefestigt. Das ist anzunehmen, wenn folgende Feststellungen getroffen werden können:

Die Änderung erfolgte aus einem angemessenen Problembewusstsein heraus; das bedeutet auch, dass ein angemessenes Wissen zum Bereich des Alkoholtrinkens und Fahrens nachgewiesen werden muss, wenn das Änderungsziel kontrollierter Alkoholkonsum ist.

Die Änderung ist nach genügend langer Erprobung und der Erfahrensbildung (in der Regel ein Jahr, mindestens jedoch 6 Monate) bereits in das Gesamtverhalten integriert.

Die mit der Verhaltensänderung erzielten Wirkungen werden positiv erlebt.
Der Änderungsprozess kann nachvollziehbar aufgezeigt werden.

Eine den Alkoholmissbrauch eventuell bedingende Persönlichkeitsproblematik wurde erkannt und entscheidend korrigiert.

Neben den inneren stehen auch die äußeren Bedingungen (Lebensverhältnisse, berufliche Situation, soziales Umfeld) einer Stabilisierung des geänderten Verhaltens nicht entgegen.

c) Es lassen sich keine körperlichen Befunde erheben, die auf missbräuchlichen Alkoholkonsum hindeuten. Wenn Alkoholabstinenz zu fordern ist, dürfen keine körperlichen Befunde vorliegen, die zu einem völligen Alkoholverzicht im Widerspruch stehen.

d) Verkehrsrelevante Leistungs- oder Funktionsbeeinträchtigungen als Folgen früheren Alkoholmissbrauchs fehlen. Zur Bewertung der Leistungsmöglichkeiten wird auf die Kapitel 2.5 (Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit) und 3.13 (Intellektuelle Leistungseinschränkungen) verwiesen.

e) Bei Alkoholmissbrauch eines Kranken mit organischer Persönlichkeitsveränderung (infolge Alkohols oder bei anderer Verursachung) ist das Kapitel 3.10.2 (Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen) zu berücksichtigen. Bei Alkoholmissbrauch eines Kranken mit affektiver oder schizophrener Psychose sind zugleich die Kapitel 3.10.4 (Affektive Psychosen) und 3.10.5 (Schizophrene Psychosen) zu berücksichtigen.

f) Nach Begutachtung in einer amtlich anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung wird die Wiederherstellung der Fahreignung angenommen, wenn sich die noch feststellbaren Defizite durch einen anerkannten und evaluierten Rehabilitationskurs für alkoholauffällige Kraftfahrer beseitigen lassen.

Die Wiederherstellung der Fahreignung durch einen dieser evaluierten Rehabilitationskurse ist angezeigt, wenn die Gutachter eine stabile Kontrolle über das Alkoholtrinkverhalten für so weitgehend erreichbar halten, dass dann die genannten Voraussetzungen erfüllt werden können. Sie kommt, soweit die intellektuellen und kommunikativen Voraussetzungen gegeben sind, in Betracht,

- wenn eine erforderliche Verhaltensänderung bereits vollzogen wurde, aber noch der Systematisierung und Stabilisierung bedarf oder

- wenn eine erforderliche Verhaltensänderung erst eingeleitet wurde bzw. nur fragmentarisch zustande gekommen ist, aber noch unterstützend begleitet, systematisiert und stabilisiert werden muss oder auch,
- wenn eine erforderliche Verhaltensänderung noch nicht wirksam in Angriff genommen worden ist, aber aufgrund der Befundlage, insbesondere aufgrund der gezeigten Einsicht in die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung sowie der Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstkritik und Selbstkontrolle, erreichbar erscheint.

Die Fähigkeit, ein Fahrzeug sicher zu führen, gilt dann als wiederhergestellt, wenn das vertragsgerechte Absolvieren des Kurses durch eine Teilnahmebescheinigung nachgewiesen wird.

Die besonderen Anforderungen und Risiken für Fahrer der Gruppe 2 sind insbesondere gemäß Anlage 5 zur FeV zu berücksichtigen.

Hinter dem Missbrauch kann sich Abhängigkeit verbergen (siehe folgenden Abschnitt).

Begründung

siehe Kapitel 3.11.2

3.11.2 Abhängigkeit

Leitsätze

Wer vom Alkohol abhängig ist, kann kein Kraftfahrzeug führen. Diagnostische Leitlinien der Alkoholabhängigkeit nach ICD 10 sind:

"Die sichere Diagnose «Abhängigkeit» sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums,

nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.

4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).

5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.

6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist."

War die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen wegen Abhängigkeit nicht gegeben, so kann sie nur dann wieder als gegeben angesehen werden, wenn durch Tatsachen der Nachweis geführt wird, dass dauerhafte Abstinenz besteht.

Als Tatsache zu werten ist in der Regel eine erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung, die stationär oder im Rahmen anderer Einrichtungen für Suchtkranke erfolgen kann. In der Regel muss nach der Entgiftungs- und Entwöhnungszeit eine einjährige Abstinenz nachgewiesen werden, und es dürfen keine sonstigen eignungsrelevanten Mängel vorliegen.

Hierzu sind regelmäßige ärztliche Untersuchungen erforderlich einschließlich der relevanten Labordiagnostik, unter anderen Gamma-GT, GOT, GPT, MCV, CDT und Triglyzeride. Bei Verdacht auf chronischen Leberschaden, z. B. nach langjährigem Alkoholmissbrauch, nach Hepatitis oder bei anderen relevanten Erkrankungen ist die Labordiagnostik entsprechend zu erweitern. Die Laboruntersuchungen müssen von Laboratorien durchgeführt werden, deren Analysen den Ansprüchen moderner Qualitätssicherung genügen (z. B. erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen). Sämtliche Laboruntersuchungen können nur in Verbindung mit allen im Rahmen der Begutachtung erhobenen Befunden beurteilt werden.

Die besonderen Anforderungen und Risiken für die Fahrer der Gruppe 2 sind gemäß Anlage 5 zur Fahrerlaubnis-Verordnung zu berücksichtigen.

Begründung

Bereits Blutalkoholkonzentrationen mit Werten ab 0,3 ‰ können zu einer Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit und zur Veränderung der Stimmungslage mit Kritikminderung führen, so dass ein erhöhtes Verkehrsrisiko von derart beeinflussten Kraftfahrern ausgeht. Bei 0,8 ‰ liegt das Risiko in der Regel um das Vierfache höher als bei nüchternen Verkehrsteilnehmern. Fahruntüchtigkeit liegt bei jedem Kraftfahrzeugfahrer mit Werten höher als 1 ‰ vor.

Werden Werte um oder über 1,5 ‰ bei Kraftfahrern im Straßenverkehr angetroffen, so ist die Annahme eines chronischen Alkoholkonsums mit besonderer Gewöhnung und Verlust der kritischen Einschätzung des Verkehrsrisikos anzunehmen. Bei solchen Menschen pflegt in der Regel ein Alkoholproblem vorzuliegen, das die Gefahr weiterer Alkoholauffälligkeit im Straßenverkehr in sich birgt. Auch wiederholte Auffälligkeiten unter Alkohol im Straßenverkehr innerhalb weniger Jahre begründen einen solchen Verdacht, selbst wenn die Werte wesentlich geringer sind.

Ferner besteht, wegen der allgemeinen Verfügbarkeit des Alkohols, bei Alkoholabhängigkeit und -missbrauch generell eine hohe Rückfallgefahr, so dass im Einzelfall strenge Maßstäbe anzulegen sind, bevor eine positive Prognose zum Führen von Kraftfahrzeugen gestellt werden kann.

Diese erfordert tragfähige Strategien für die Entwicklung der Kontrolle über den Alkoholkonsum als Voraussetzung zur Trennung von Alkoholkonsum und Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr, wie sie z. B. in geeigneten Kursen oder Therapien vermittelt werden. In der Regel hat in solchen Fällen eine sorgfältige Auseinandersetzung mit den Ursachen und der Entwicklung des früheren Alkoholmissbrauchs zu erfolgen.

Häufiger Alkoholmissbrauch führt zur Gewöhnung an die Giftwirkung und damit zur Unfähigkeit einer realistischen Einschätzung der eigenen Alkoholisierung und des hierdurch ausgelösten Verkehrsrisikos.

Im Spätstadium des chronischen Missbrauchs kann es insbesondere zu Störungen fast aller Organsysteme, und zwar vorwiegend zu hepatischen, gastrointestinalen und kardialen Manifestationen kommen. In der Regel erweisen sich jedoch bei der Begutachtung die psychischen und psychosozialen Ursachen und Folgen des chronischen Alkoholmissbrauchs als weit bedeutsamer. Es kann zu krankhaften Persönlichkeitsveränderungen mit abnormer Entwicklung der affektiven und emotionalen Einstellung gegenüber der Umwelt kommen, wobei Selbstüberschätzung, Gleichgültigkeit, Nachlässigkeit, Erregbarkeit, Reizbarkeit etc. zu beobachten sind.

Besteht eine Alkoholabhängigkeit, so ist die Fähigkeit zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen generell aufgehoben. Voraussetzung einer positiven Prognose ist eine erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung mit entsprechender Nachsorge.

3.12 Betäubungsmittel und Arzneimittel

3.12.1 Sucht (Abhängigkeit) und Intoxikationszustände

Leitsätze

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. Dies gilt nicht, wenn die Substanz aus der bestimmungsgemäßen Einnahme eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels herrührt.

Wer regelmäßig (täglich oder gewohnheitsmäßig) Cannabis konsumiert, ist in der Regel nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Ausnahmen sind nur in seltenen Fällen möglich, wenn eine hohe Wahrscheinlichkeit gegeben ist, dass Konsum und Fahren getrennt werden und wenn keine Leistungsmängel vorliegen.

Wer gelegentlich Cannabis konsumiert, ist in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden, wenn er Konsum und Fahren trennen kann, wenn kein zusätzlicher Gebrauch von Alkohol oder anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen und wenn keine Störung der Persönlichkeit und kein Kontrollverlust vorliegen.

Wer von anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen, z. B. Tranquilizer, bestimmten Psychostimulanzien, verwandte Verbindungen bzw. deren Kombinationen (Polytoxikomanie), abhängig ist, wird den gestellten Anforderungen beim Führen von Kraftfahrzeugen nicht gerecht (zur Abhängigkeit wird auf die Definition in Kapitel 3.11.2 hingewiesen).

Wer, ohne abhängig zu sein, missbräuchlich oder regelmäßig Stoffe der oben genannten Art zu sich nimmt, die die körperlich-geistige (psychische) Leistungsfähigkeit eines Kraftfahrers ständig unter das erforderliche Maß herabsetzen oder die durch den besonderen Wirkungsablauf jederzeit unvorhersehbar und plötzlich seine Leistungsfähigkeit oder seine Fähigkeit zu verantwortlichen Entscheidungen (wie den Verzicht auf die motorisierte Verkehrsteilnahme) vorübergehend beeinträchtigen können, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden.

Sind die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen ausgeschlossen, so können sie nur dann wieder als gegeben angesehen werden, wenn der Nachweis geführt wird, dass kein Konsum mehr besteht. Bei Abhängigkeit ist in der Regel eine erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung zu fordern, die stationär oder im Rahmen anderer Einrichtungen für Suchtkranke erfolgen kann.

Nach der Entgiftungs- und Entwöhnungszeit ist in der Regel eine einjährige Abstinenz durch ärztliche Untersuchungen nachzuweisen (auf der Basis von mindestens vier unvorhersehbar anberaumten Laboruntersuchungen innerhalb dieser Jahresfrist in unregelmäßigen Abständen). Zur Überprüfung der Angaben über angebliche "Suchtstofffreiheit" können insbesondere bei einer Reihe von Pharmaka und Betäubungsmitteln auch Haare in die Analytik einbezogen werden (unter Umständen abschnittsweise).

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. Hierzu gehören u. a. eine mehr als einjährige Methadonsubstitution, eine psychosoziale stabile Integration, die Freiheit von Beigebrauch anderer psychoaktiver Substanzen, incl. 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. 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 Einzelfalles 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.

Begründung

Menschen, die von einem oder mehreren der oben genannten Stoffe abhängig sind, können für die Zeit der Wirkung eines Giftstoffes oder sogar dauernd schwere körperlich-geistige (psychische) und die Kraftfahrleistung beeinträchtigende Schäden erleiden. So können als Folge des Missbrauchs oder der Abhängigkeit krankhafte Persönlichkeitsveränderungen auftreten, insbesondere Selbstüberschätzung, Gleichgültigkeit, Nachlässigkeit, Erregbarkeit und Reizbarkeit. Es kommt schließlich zur Entdifferenzierung und Depravation der gesamten Persönlichkeit.

Bei einigen Drogen kann es sehr schnell zu schweren Entzugssymptomen kommen, die innerhalb weniger Stunden nach der Einnahme auftreten und die die Fahrtauglichkeit erheblich beeinträchtigen. Dies gilt insbesondere für Heroin wegen der bekannten kurzen Halbwertzeit.

Außerdem kann die langdauernde Zufuhr größerer Mengen dieser toxischen Stoffe zu Schädigungen des zentralen Nervensystems führen.

Die besondere Rückfallgefahr bei der Abhängigkeit rechtfertigt die Forderung nach Erfüllung bestimmter Voraussetzungen. Im Allgemeinen wird man hierfür den Nachweis einer erfolgreichen Entwöhnungsbehandlung verlangen müssen. Der Erfolg ist nicht schon bei Abschluss der Entwöhnungsbehandlung zu erkennen, sondern erst nach Ablauf des folgenden, besonders rezidivgefährdeten Jahres.

Es ist im Übrigen für die angemessene Begründung einer positiven Verkehrsprognose wesentlich, dass zur positiven Veränderung der körperlichen Befunde einschließlich der Laborbefunde ein tief greifender und stabiler Einstellungswandel hinzutreten muss, der es wahrscheinlich macht, dass der Betroffene auch in Zukunft die notwendige Abstinenz einhält.

3.12.2 Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

Leitsätze

Bei nachgewiesenen Intoxikationen und anderen Wirkungen von Arzneimitteln, die die Leistungsfähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges beeinträchtigen, ist bis zu deren völligem Abklingen die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen nicht gegeben.

Werden Krankheiten und Krankheitssymptome mit höheren Dosen psychoaktiver Arzneimittel behandelt, so können unter Umständen Auswirkungen auf das sichere Führen von Kraftfahrzeugen erwartet werden, und zwar unabhängig davon, ob das Grundleiden sich noch auf die Anpassungs- und Leistungsfähigkeit eines Betroffenen auswirkt oder nicht.

Begründung

Die Beurteilung der Anpassungs- und Leistungsfähigkeit eines Kraftfahrers an die Erfordernisse beim Führen eines Kraftfahrzeuges im Zusammenhang mit einer Arzneimittelbehandlung muss in jedem Falle sehr differenziert gesehen werden. Vor allem ist zu beachten, dass eine ganze Reihe Erkrankungen, die von sich aus die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen ausschließen können, durch Arzneimittelbehandlung so weit gebessert oder sogar geheilt werden, dass erst durch die Behandlung die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen wieder erreicht werden können. Entscheidend für die Beurteilung ist aber, ob eine Arzneimitteltherapie, insbesondere auch die Dauertherapie, zu schweren und für das Führen von Kraftfahrzeugen wesentlichen Beeinträchtigungen der psycho-physischen Leistungssysteme führt. Medikamentöse Behandlungen, in deren Verlauf erhebliche unerwünschte Wirkungen wie Verlangsamung und Konzentrationsstörungen auftreten, schließen die Eignung in jedem Falle aus. Ob solche Intoxikationen vorliegen, wird vor allem dann zu prüfen sein, wenn ein chronisches Grundleiden zu behandeln ist, das mit Schmerzen oder starken "vegetativen" Beschwerden einhergeht (auch chronische Kopfschmerzen, Trigeminusneuralgien, Phantomschmerzen, Schlafstörungen usw.). Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang aber nicht nur Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel (Tranquilizer), Antikonvulsiva, Neuroleptika und Antidepressiva oder Antiallergika, bei denen im Falle des Auftretens von Intoxikationserscheinungen qualitativ vergleichbare Gefahrensymptome zu berücksichtigen sind, sondern auch andere, zur Dauerbehandlung eingesetzte Stoffe mit anderen gefährlichen Nebenwirkungen bzw. Intoxikationssymptomen (siehe Kapitel 3.10.4 Affektive Psychosen und 3.10.5 Schizophrene Psychosen).

Die meisten Herz-Kreislauf-Erkrankungen benötigen eine Langzeitbehandlung mit zum Teil sehr unterschiedlich wirkenden Arzneimitteln. So sind besondere Umstände der Behandlung bei der Eignungsbeurteilung eines Herz-Kreislauf-Kranken zu berücksichtigen. Hier sei lediglich noch auf die am häufigsten vorkommenden Gefahrenlagen hingewiesen:

Antikoagulantien führen zu einer Verzögerung der Blutgerinnung und bringen die Gefahr akuter Blutungen mit sich. Eine sorgfältige ärztliche Überwachung bei Behandlung mit Antikoagulantien ist demnach bei Fahrerlaubnisinhabern erforderlich. Sie sollte durch ein entsprechendes ärztliches Attest in angemessenen Abständen bestätigt werden.

Die Arzneimittel der Digitalisgruppe können gelegentlich zu bedrohlichen Rhythmusstörungen führen. Seltener kann es zu Sehstörungen und akuten psychischen Störungen bei älteren Menschen kommen. Auch in diesen Fällen sind also die regelmäßige ärztliche Überwachung und ihr Nachweis in angemessenen, im Einzelfall festzulegenden Zeitabständen erforderlich.

Antihypertonika verursachen als Nebenwirkung bei zu starker Senkung des Blutdrucks Schwindel- und Ohnmachtsneigung.

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

Was die Tranquilizer angeht, ist zu unterscheiden: einerseits der eigentliche Missbrauch mit der Gefahr von Abhängigkeit (höhere Dosen, steigende Dosis, Einnahme regelmäßig auch am Tage), andererseits der regelmäßige abendliche Gebrauch kleiner Mengen. Letzterer führt zwar in der Regel nicht zur Fahrunsicherheit, kann aber zu Abhängigkeit führen, da bereits nach einigen Monaten der Einnahme selbst kleiner Mengen eine Abhängigkeit (low dose dependence) eintreten kann, erkennbar an eindeutigen Entziehungssymptomen.

Kontakt

Der B.A.D.S. untergliedert sich in 19 Landessektionen, die die Aufgaben unserer Organisation in ihrem Zuständigkeitsbereich wahrnehmen

Landessektion Bayern-Nord

Fürther Straße 212
90429 Nürnberg
Tel. 0911 - 3217354
Fax 0911 - 3217355
nordbayern@bads.de

Landessektion Nordbaden

Hebelstraße 57
68775 Ketsch
Tel. 06202 - 61757
Fax 06202 - 970806
nordbaden@bads.de

Landessektion Sachsen-Anhalt

Am Birngarten 28a
39116 Magdeburg
Tel. 0391- 613509
Fax 0391- 56390911
sachsenanhalt@bads.de

Landessektion Bayern-Süd

Sonnenstraße 16/III.
80331 München
Tel. 089 - 59 32 83
Fax 089 - 55 42 71
bayernsued@bads.de

Landessektion Nordhessen

Röderbachweg 11
36088 Hünfeld-
Kirchhasel
Tel. u. Fax 06652 - 5754
nordhessen@bads.de

Landessektion Schleswig-Holstein

Flackstrom 25
25704 Meldorf
Tel. 04832 - 3179
Fax 04832 - 556845
bads-sh@web.de

Landessektion Berlin-Brandenburg

Pfalzburger Straße 28
10717 Berlin
Tel. 030 - 892 10 37
Fax 030 - 861 00 30
berlinbb@bads.de

Landessektion Nordrhein-Westfalen

Schmitskamp 8
48624 Schöppingen
Tel. 02555 - 2259
Fax 02555 - 984144
nrw@bads.de

Landessektion Südbaden

Alte Weinstraße 5
79415 Bad Bellingen
Tel. 07635 - 0336
Fax 07635 - 825 0337
suedbaden@bads.de

Landessektion Bremen

Dulonweg 43
28277 Bremen
Tel. 0421 - 8480084
Fax 0421 - 8480044
bremen@bads.de

Landessektion Rheinland-Pfalz

Teichstraße 5
66978 Leimen
Tel. 06397-993830
Fax 06397-993831
rheinlandpfalz@bads.de

Landessektion Südhessen

Stetteritzring 40
64380 Roßdorf-
Gundernhausen
Tel. 06162 - 68 32
Fax 06162 - 69 83
suedhessen@bads.de

Landessektion Hamburg

Arnold-Heise-Str.26
20249 Hamburg
Tel. 040 - 44 07 16
Fax 040 - 410 76 16
hamburg@bads.de

Landessektion Saar

Lampennesterstraße 41
66292 Riegelsberg
Tel. 06806 - 46973
Fax 06806 - 4979086
saar@bads.de

Landessektion Thüringen

Am Kirschberg 11
98617 Stedtlingen
Tel. und Fax 036943 - 63558
thueringen@bads.de

Landessektion Mecklenburg-Vorpommern

Langenwiesen 1
18059 Papendorf
Tel. 0381 - 4009498
Fax 0381 - 4560513
mv@bads.de

Landessektion Sachsen

Poisenwaldstraße 2
01734 Rabenau
Tel. 0351 - 6415963
Fax 0351 - 6416906
bads-sachsen@t-online.de

Landessektion Württemberg

Spindlershofweg 31
75365 Calw
Tel. 07051 - 50982
Fax 07051 - 967230
wuerttemberg@bads.de

Landessektion Niedersachsen

Südstraße 7
30989 Gehrden
Tel. 05108 - 4807
Fax 05108 - 643517
niedersachsen@bads.de