

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“



Rechtliche Anforderungen an die Verwertbarkeit von Screenings und Befunden

Referent:
Regierungsamtmann Thomas Hofstätter

17.10.2012 | Kongresshaus Berchtesgaden | Veranstalter:

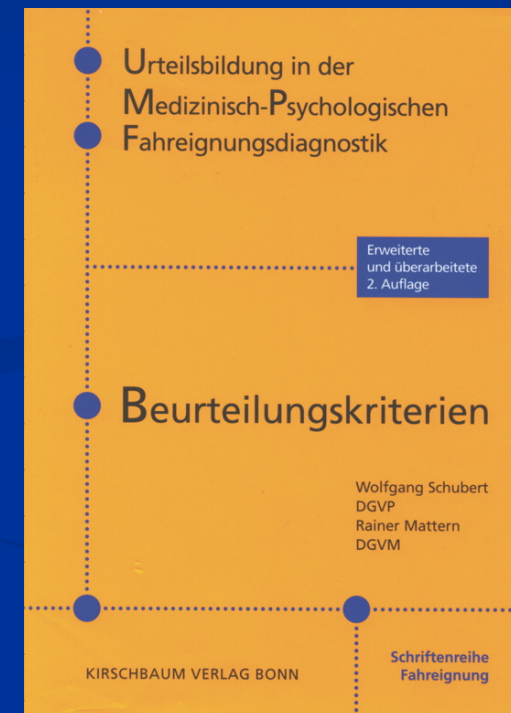


Caritasverband
der Erzdiözese
München und Freising e.V.

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Die Beurteilungskriterien (BK, 2. Auflage 2009) sind in den Anforderungen der Bundesanstalt für das Straßenwesen (BASt) als verbindliches Regelwerk aufgeführt und somit die Grundlage für die Fahreignungsbegutachtung.

Am 31.12.2010 ist die Übergangsregelung für die BK in der 1. Auflage aus dem Jahr 2005 ausgelaufen. Somit können seit dem 01.01.2011 Befunde, die den BK der überarbeiteten und erweiterten 2. Auflage nicht entsprechen, nicht mehr anerkannt werden.





Wesentliche Änderungen

Alkohol Hypothesen 1 und 2 :
Abstimmung (Angleichung) mit den Drogenhypothesen,
Aktualisierung u. a. von Abstinenzzeiträumen und Therapiekonzepten

Drogen Bei den Kriterien der Hypothese 3:
Ausführliche Beschreibung des Konsummusters

Alkohol und Drogen Kapitel 7.1 der BT:
Kriterien der CTU-Hypothesen zur
toxikologischen Untersuchung werden präzisiert
und Nachweisgrenzen benannt.



Alkohol

Hauptproblem bezüglich der Beurteilung der Anforderungen an Screenings und Befunde ist zunächst die richtige Einordnung der jeweils vorliegenden Alkoholproblematik.

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Die Beurteilungskriterien sehen folgende Einstufung in Schweregrade einer Alkoholproblematik vor:



Hypothese A1 : Alkoholabhängigkeit

Hypothese A2 : Alkoholmissbrauch

Hypothese A3 : Alkoholgefährdung



15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Legaldefinition „Alkoholabhängigkeit“ :

Die Alkoholabhängigkeit (auch Alkoholkrankheit, Äthylismus, Dipsomanie, Potomanie, Trunksucht, Alkoholsucht oder Alkoholismus genannt) ist die Abhängigkeit von der psychotropen Substanz Ethanol.

Im Verlauf können sich Beschaffung und Konsum von Alkohol zum lebensbestimmenden Inhalt entwickeln. Typisch sind Zwang zum Konsum, fortschreitender Verlust der Kontrolle über das Trinkverhalten, Vernachlässigung früherer Interessen zu Gunsten des Trinkens, Leugnen des Suchtverhaltens, Entzugserscheinungen bei vermindertem Konsum, Toleranz gegenüber Alkohol („Trinkfestigkeit“) sowie Veränderungen der Persönlichkeit.

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Abgrenzung

Alkoholabhängigkeit – Alkoholmissbrauch :

In den Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV wird unterschieden zwischen Abhängigkeitssyndrom (F10.2 bzw. 303.90) und schädlichem Gebrauch von Alkohol /Alkoholmissbrauch (F10.1 bzw. 305.00).

Letzteres bezeichnet – als schwächere Variante des Missbrauchsverhaltens – einen Alkoholkonsum mit nachweislich schädlicher Wirkung (körperlich oder psychisch), ohne dass eine Abhängigkeit vorliegt.

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Die **ICD-10** definiert sechs Kriterien, von denen drei oder mehr mindestens einen Monat lang (oder bei kürzerer Dauer: innerhalb eines Jahres wiederholt) gleichzeitig vorhanden sein müssen, um die Diagnose eines **Abhängigkeitssyndroms** (F10.2) stellen zu können:

- Starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren (sog. „Craving“).
- Verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf Menge, Beginn oder Ende des Konsums (d. h. es wird oft mehr Alkohol oder über einen längeren Zeitraum konsumiert als geplant, oder es bestehen der anhaltende Wunsch oder wiederholte Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren).
- Körperliche Entzugerscheinungen bei Konsumstopp oder Konsumreduktion.
- Nachweis einer Toleranz (um die gewünschte Wirkung hervorzurufen, sind zunehmend größere Mengen an Alkohol erforderlich, oder es treten bei fortgesetztem Konsum der gleichen Menge deutlich geringere Effekte auf).
- Einengung auf Alkohol, d. h. Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, oder ein erhöhter Zeitaufwand, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- Anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutig schädlicher Folgen (wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Alkoholkonsums oder eine Verschlechterung der kognitiven Funktionen), obwohl der Betroffene sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.

Im Gegensatz zu früheren ICD-Versionen müssen die „klassischen“ Symptome der körperlichen Abhängigkeit, d. h. *Toleranz* und *Entzugerscheinungen* nicht mehr unbedingt vorhanden sein, wenn ausreichend andere Symptome zutreffen.



15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Vom Abhängigkeitssyndrom unterschieden wird der schädliche Gebrauch von Alkohol oder **Alkoholmissbrauch** (F10.1).

Diese Diagnose wird vergeben, wenn bisher kein Abhängigkeitssyndrom vorliegt, jedoch dem Betroffenen (oder seinem sozialen Umfeld) körperliche oder psychische Schäden durch seinen Alkoholkonsum entstanden sind (z. B. Unfall). Hierunter fallen auch negative Konsequenzen in zwischenmenschlichen Beziehungen infolge von eingeschränkter Urteilsfähigkeit oder problematischem Verhalten des Betroffenen. Für die Diagnose muss das schädliche Gebrauchsmuster seit mindestens einem Monat bestehen oder über ein Jahr hinweg mehrfach aufgetreten sein.

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Eine **Alkoholgefährdung** liegt vor, wenn die Trinkmengen gesteigert werden (über dem „normalen“ Trinkmengenverhalten liegen) und / oder häufiger (über der „normalen“ Trinkhäufigkeit) zum Glas gegriffen wird, wie zum Beispiel

- bei einem Entlastungstrinken („um die Sorgen des Alltags besser verdrängen / um besser Einschlafen zu können“) oder
- zur regelmäßigen Entspannung / Stressbewältigung etc.

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Hypothese A1 – Abstinenzzeiten und –nachweise bei Alkoholabhängigkeit

Bei stationärer Behandlung:

1 Jahr nach Abschluss der Therapie

Bei ambulanter Behandlung:

1 Jahr, davon mindestens 6 Monate nach Abschluss der Therapie
(neu: Nachsorgekontakte gelten nicht als Therapie)



15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Neu: bei medikamentöser Behandlung (z. B. Acamprosat*): 1 Jahr, davon mindestens 6 Monate nach Absetzen der Medikation; bei Dauermedikation (12-24 Monate): nach Absetzen der Medikation

(*Acamprosat dämpft eine durch den Botenstoff Glutamat ausgelöste Übererregbarkeit des Gehirns, indem es die Rezeptoren der Nervenzellen besetzt und dadurch das Andocken von Glutamatmolekülen verhindert. Da Alkoholranke besonders viel Glutamat im Gehirn aufweisen (der Grund ist unklar), wird Acamprosat in der (ambulanten) Therapie der Alkoholkrankheit eingesetzt, um die Lust auf Alkohol zu reduzieren.)

Abstinenznachweise sind über EtG-Kontrollen zu erbringen, mit 6 EtG-Urinscreenings bzw. 4 EtG-Haaranalysen à 3 Monate.

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Hypothese A2 – Abstinenzzeiten und –nachweise bei Alkoholmissbrauch

Der Abstinenzzeitraum beträgt „in der Regel“ 12 Monate (unter besonders günstigen Umständen: mindestens 6 Monate).

Abstinenznachweise sind über EtG-Kontrollen zu erbringen mit 6 (bzw. 4) EtG-Urinscreenings oder 4 (bzw. 2) EtG-Haaranalysen à 3 Monate.

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Hypothese A3 – Abstinenzzeiten und –nachweise bei Alkoholgefährdung

Die Kunden haben ein sog. „Trinkkonzept“, d.h.

- entweder sie konsumieren Alkohol reduziert (Stichwort „kontrolliertes Trinken“),
- oder sie praktizieren eine (zeitlich begrenzte) Trinkpause und lassen sich einen späteren Alkoholkonsum offen,
- oder sie verzichten auf Alkohol.

Alkoholverzicht bzw. Trinkpause können, müssen aber nicht (im Unterschied zu den Hypothesen A1 und A2) objektiv nachgewiesen werden. Die Laborwerte vom Untersuchungstag müssen unauffällig sein. Notwendig sind zusätzliche unauffällige Fremdbefunde (nur gültig mit Stempel und Unterschrift von Praxis / Klinik / Arzt).

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Drogen

Die Rechtsprechung des BayVGH sieht – ohne Ausnahme – die Führung eines Abstinenzbeleges über 1 Jahr bei vorliegender Drogenproblematik vor.

Nachfolgend sind die Anforderungen nach BK dargestellt:

Hauptproblem bezüglich der Beurteilung der Anforderungen an Screenings und Befunde ist auch hier die richtige Einordnung der jeweils vorliegenden Drogenproblematik.

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Die Beurteilungskriterien sehen folgende Einstufung in Schweregrade einer Drogenproblematik vor:



Hypothese D1 : Drogenabhängigkeit

Hypothese D2 : Fortgeschrittene Drogenproblematik

Hypothese D3 : Drogengefährdung



15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Von **Drogenabhängigkeit** kann ausgegangen werden, wenn sie entweder bereits fremddiagnostisch festgestellt wurde (vgl. Kriterium D 1.1 N) oder interdisziplinär aus den Befunden der medizinisch-psychologischen Untersuchung abgeleitet werden kann (vgl. Kriterium D 1.2 N).

Die Einschätzung des Klienten selbst, seine Drogenproblematik stelle eine Abhängigkeit dar, genügt für die Diagnose nicht.

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Die Einstufung eines Drogenkonsums als „**fortgeschrittene Drogenproblematik**“ setzt die Erfüllung zumindest eines der nachfolgenden Kriterien (D 2.1 – D 2.3) voraus:

- Das frühere Drogenkonsumverhalten des Klienten stellte ein „**fehlangepasstes Muster von Substanzgebrauch** dar, das sich in wiederholten und deutlich nach-teiligen Konsequenzen manifestiert hat“ (Substanzmissbrauch nach DSM-IV4).
- Dem Drogenkonsum des Klienten lag wiederholt oder dauerhaft eine **problematische Motivation** zu Grunde und/oder es fehlte das grundsätzliche Bedürfnis zu einer angemessenen Verhaltens- und Wirkungskontrolle.
- Der Klient weist eine **polyvalente Drogenproblematik** auf oder er konsumierte (auch) als hoch suchtpotent bekannte Drogen oder Drogen, deren Wirkungsverlauf, Wirkstoffkonzentration oder Konsumrisiko als unkontrollierbar eingestuft werden muss.

Die Kriterien für eine Drogenabhängigkeit (Hypothese D1) dürfen zudem nie erfüllt gewesen sein.

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Die Einstufung eines Drogenkonsums als „**Drogengefährdung**“ setzt die Erfüllung der Kriterien D 3.1 und D 3.2 voraus:

- Der Klient konsumierte häufiger oder gewohnheitsmäßig ausschließlich Cannabis und/oder nur gelegentlich eine Droge mit einer höheren Suchtpotenz und Gefährlichkeit als Cannabis.
- Der Klient verfügt noch über die Kompetenz, auf negative Konsequenzen seines Drogenkonsums angemessen zu reagieren.

Für den Bereich des reinen Cannabiskonsums ist auch die in den Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung und in der Anlage 4 FeV verwendete Kategorie des „regelmäßigen Konsums“ hier einzuordnen.

Die Kriterien für eine fortgeschrittene Drogenproblematik (Hypothese D 2) bzw. für eine Drogenabhängigkeit (Hypothese D 1) dürfen zudem nie erfüllt gewesen sein.

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

Hypothese D1 – Abstinenzzeiten und –nachweise bei Drogenabhängigkeit

- Bei stationärer Behandlung: 1 Jahr nach Abschluss der Therapie (neu: Nachsorgekontakte gelten nicht als Therapie)
- Bei ambulanter Behandlung: 1 Jahr, davon mindestens 6 Monate nach Abschluss der Therapie
- Bei Substitutionstherapie (Methadon, Subutex): 1 Jahr, auch während laufender Substitution möglich
- Keine Hinweise auf Suchtverlagerung: konsequente Drogen- und Alkoholabstinenz
- zusätzlich zu erfolgreich absolviertem Abstinenzkontrollprogramm: Drogen- und EtG-Urintest am Untersuchungstag unauffällig

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“



Hypothese D2 – Abstinenzzeiten und –nachweise bei fortgeschrittener Drogenproblematik

- **In der Regel 1 Jahr**
- **Bei ambulanter Maßnahme: 1 Jahr, davon mindestens 6 Monate nach Abschluss der Maßnahme**
- **Bei ambulanter Langzeitmaßnahme: nennenswert mehr als 1 Jahr, davon mindestens 1 Jahr seit Beginn der Maßnahme**

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“



Hypothese D3 – Abstinenzzeiten und –nachweise bei Drogengefährdung

- In der Regel 1 Jahr
- Im Ausnahmefall (zuvor sporadischer Konsum, keine physischen oder psychischen Beeinträchtigungen durch den vorangegangenen Konsum feststellbar etc.) 3-6 Monate, wobei 3 Monate in der Praxis extrem selten als ausreichend erachtet werden.

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

CTU

Die CTU-Hypothesen (Chemisch-Toxikologische Untersuchung) und die CTU-Kriterien finden sich in den Beurteilungskriterien, 2. Auflage auf S. 172 ff. :

- CTU 1: Ablauf und forensische Sicherung von Drogen- und Alkohol-(EtG-)Kontrollprogrammen
- CTU 2: Probengewinnung und Übermittlung ans Labor
- CTU 3: Laborkriterien
- CTU 4: Befundmitteilung und -interpretation

Nur Befunde, die den aktuellen CTU-Kriterien entsprechen, sind verwertbar !



CTU 1 : Ablauf und forensische Sicherung

- Zu Beginn eines Abstinenzkontrollprogramms: Festlegung des Zeitraums und Erläuterung der Bedingungen
- Bei 6 Monaten sind mindestens 4 Urinscreenings anzusetzen, bei 12 Monaten mindestens 6 Urinscreenings. Als Alternative bieten sich Haaranalysen an
- Beim Drogenprogramm: Verzicht auf Mohn, Cannabisprodukte und „Passivrauchen“; beim EtG-Programm: Verzicht auf alkoholhaltige Lebensmittel und Medikamente sowie auf „alkoholfreie“ Getränke
- Unvorhersehbare Einbestellung in unregelmäßigen Abständen
- Probenabgabe spätestens am Folgetag der Einbestellung
- Bei versäumtem Termin, d. h. bei unentschuldigtem Fehlen: Abbruch des Kontrollprogramms! In begründeten Ausnahmefällen (z. B. plötzliche Erkrankung, Unfall): Beibringen eines Attestes

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

CTU 2 : Probengewinnung und -übermittlung

- Im Rahmen der Probengewinnung: Befragen nach möglicher Aufnahme kritischer Substanzen (z. B. durch „Passivrauchen“ oder alkoholhaltige Lebensmittel)
- Probengewinnung unter direkter Sicht eines Arztes oder entsprechend eingewiesenen Fachpersonals
- Bei Verdacht auf Manipulation: sofortige Kontrolle von Temperatur des Urins, pH-Wert und Dichte
- Sofortiges Umfüllen und Etikettieren, Kunde bestätigt Kennzeichnung durch seine Unterschrift
- Versand ans Labor in geeignetem Behältnis und mit vollständig ausgefülltem Anforderungsbogen

15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

CTU 3 : Laborkriterien

- Das Labor ist nicht nur allgemein nach DIN EN ISO/IEC 17025 akkreditiert, sondern auch ausdrücklich „für forensische Zwecke“
- Akkreditierungsurkunde wird auf Verlangen vorgelegt
- Sowohl Hinweis gebende Verfahren (CEDIA, einfache Chromatographie) als auch beweisende Verfahren (GC/MS, LC/MS) möglich - grundsätzlich werden keine Schnelltests mit Sticks oder Teststreifen durchgeführt
- Einhaltung (= Unterschreiten) der Cut-Off-Werte
- Drogenscreenings sind polytoxikologisch angelegt auf Cannabinoide, Opiate, Kokain, Amphetamine, Amphetamin-derivate, Methadon und Benzodiazepine
- Bei Opiate-Konsum: erweiterte Analyse auf Buprenorphin, Tilidin und Tramadol
- Ausreichend lange Asservierung der Proben-Restmengen (bei positiven Nachweisen: mindestens 6 Monate)

CTU 4 : Befundmitteilung und Interpretation

- Befundbericht kann eindeutig zugeordnet werden
- Bericht enthält Erhebungsdatum, verwendete Untersuchungstechnik(en), untersuchte Substanzen und Grenzwerte (Cut-Off-Werte)
- Bei Urinproben: Angabe des Kreatininwertes (zum Ausschluss einer Probenverdünnung)
- Im Befundbericht ist vermerkt, ob es sich um eine Einzeluntersuchung oder um einen Teil eines Programms handelt (mit Angabe der Laufzeit und der Gesamtzahl der Screenings)
- Programmunregelmäßigkeiten sind im Abschlussbericht dokumentiert



15. Oberbayerische Tagung „Alkohol & Drogen im Straßenverkehr“

CTU: Negativbeispiel

Cut-Off-Werte zu hoch (trotz Akkreditierung des Labors nach DIN 17025)

Probe verdünnt

Durchgeführt vom Hausarzt (keine Angaben zur Einhaltung der CTU-Kriterien), unterschrieben „i.V.“

| | | | |
|---|--------------------------|---------------------|-----------------|
| med. | | Patient: | |
| | | Ext.-Nr: | |
| | | Geb.-Dat: | 14.12.1984 Mann |
| #01 /GZYK 10818 | Ausg.-D.: 15.03.11/21:19 | Seite: | 1 |
| 15.03.2011 43156 | | | |
| BEFUND | | | |
| Untersuchung | Messwert | Dimension | Richtwert |
| Eingesandtes Material Eingang am 15.03.2011/14:15 | | | |
| Urin | | | |
| Drogenscreening gross | | Eing: 30. März 2011 | |
| Amphetamine | negativ | ANH: [redacted] | |
| Barbiturate | negativ | Bef: [redacted] | |
| Benzodiazepine | negativ | | |
| Haschisch/Cannab. quant. | < 20 µg/l | bis 20 negativ | |
| Kokain quantitativ | < 300 µg/l | bis 300 negativ | |
| Methadon quantitativ | 100 ng/ml | bis 100 negativ | |
| Opiate | negativ | i.V. am 31.03.11 | |
| Tricycl. Antidepr. qual. | negativ | | |
| Kreatinin im Urin (Jaffé) | 0.14 g/l | > 0.2 | |
| Verstärkte Diurese oder offiziell vorgegebene Urinprobe. Eine Beeinflussung der Drogenkonzentration zu erniedrigten bzw. negativen Resultaten kann nicht ausgeschlossen werden. | | | |
| Amphetamine cut off: 300 µg/l Der immunologische Nachweis umfasst: Amphetamin, Amphetamin-Derivate, Metamphetamin, Metamphetamin-Derivate, Methylendioxyamphetamin (MDA), Methylendioxyamphetamin (MDE), Methylendioxyamphetamin (MDMA) u. Phenylalkylamine (Designer-Drogen und bestimmte Appetitzügler). | | | |
| Barbiturate cut off: 100 µg/l Der immunologische Nachweis umfasst: Allobarbital, Alphenal, Amobarbital, Aprobarital, Barbitol, Barbitursäure und Metabolite, Butalobarbital, Butobarbital, Cyclopentobarbital, Heptobarbital, Hexobarbital, Methobarbital, Mephobarbital, Pentobarbital, Propobarbital, Secobarbital, Talbutal, Thiopental. | | | |
| Benzodiazepine cut off: 100 µg/l Der immunologische Nachweis umfasst: Alprazolam, Bromazepam, Brotizolam, Clonazepam, Clonazepam-Derivate, Clonazepam, Clonazepam, Delorazepam, Demoxepam, Desalkylfurazepam, Desmethylmedazepam, Diazepam, Estazolam, Flunitrazepam, Flunitrazepam, Halazepam, Hydroxyethylfurazepam, Lorazepam, Lormetazepam, Midazolam, Nitrazepam, Norchloridazepam, Nordiazepam, Oxazepam, Phenazepam, Pinazepam, Pralozepam, Temazepam, Triazolam. | | | |
| Haschisch/Cannab. quant. Der immunologische Nachweis umfasst: THC-COOH, THC u.a. Cannabinoide des Haschisch und Marihuana. | | | |
| Kokain quantitativ Der immunologische Nachweis umfasst: Benzoylcocain, Metabolite von Kokain. | | | |
| Methadon quantitativ Der immunologische Nachweis umfasst: D + L - Methadon. | | | |
| Opiate cut off: 100 µg/l Der immunologische Nachweis umfasst: Codein, Diacetylmorphin (Heroin), Dihydrocodon, Dihydromorphin, Ethylmorphin, Hydrocodon, Hydromorphon, Morphin, Acetylmorphin (Monacetylmorphin, MM6), Thebain u. a. Opiatderivate. | | | |
| Tricycl. Antidepr. qual. cut off: 50 µg/l Der immunologische Nachweis umfasst: Amitriptylin, Nortriptylin, Clomipramin, Imipramin, Desipramin, Doxepin, Nodoxepin, Trimipramin und weitere Metabolite der Tricyclischen Antidepressiva. Hinweis: Ein positiver Befund kann durch Carbamazepineinnahme vorgeläutert werden. | | | |
| Die Voraussetzungen wurden erfüllt. | | | |
| 16.3.11 | | | |
| [redacted] | | | |
| AKS | | | |
| Akkreditiertes Prüflabor nach DIN EN ISO 15189, 17025, 17025 für forensische Zwecke | | | |



Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit !

