

# Leistungsmindernde Substanzen und Fahrzeuglenker

Autor(en): **Römer, Konstanze D.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie  
SAK = Criminologie / Groupe Suisse de Criminologie GSC =  
Criminologia / Gruppo Svizzero di Criminologia GSC**

Band (Jahr): **25 (2008)**

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1051522>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Leistungsmindernde Substanzen und Fahrzeuglenker

KONSTANZE D. RÖMER

*Dr. med., Oberärztin Abteilung Forensische Psychiatrie,  
Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel*

## Zusammenfassung

Das sichere und stets situationsadäquate Führen eines Kraftfahrzeugs im öffentlichen Strassenverkehr stellt hohe Leistungsanforderungen an den Fahrzeuglenker, die infolge täglicher Gewohnheit zumeist unterschätzt werden. Durch die Einnahme leistungsmindernder Substanzen kann die Fähigkeit, ein Kraftfahrzeug im öffentlichen Strassenverkehr sicher lenken zu können, vorübergehend oder dauerhaft beeinträchtigt werden. Seit Inkrafttreten des neuen Strassenverkehrsgesetzes (SVG) am 01.01.2005 können zum Nachweis eines Missbrauchs leistungsmindernder Substanzen im Strassenverkehr verdachtsfreie Atemalkoholkontrollen und bei entsprechenden Hinweisen Drogenschnelltests durchgeführt werden. Dabei gilt die Fahruntfähigkeit als erwiesen, wenn im Blut des Fahrzeuglenkers Alkohol in einer Konzentration von mindestens 0,5‰ und/oder Drogen nachgewiesen werden können. Bei Vorliegen gewisser Substanzabhängigkeiten ist die Fahreignung grundsätzlich nicht gegeben. Vor diesem Hintergrund werden die Zuweisungsgründe zu einer Fahreignungsabklärung dargelegt, die Vorgehensweise der differenzierten Einzelfallanalyse im Rahmen der verkehrspsychiatrischen Begutachtung beschrieben und die gutachterlichen Empfehlungen entsprechend der im Jahr 2005 veröffentlichten (Handbuch der verkehrsmedizinischen Begutachtung) anerkannten Richtlinien erläutert.

## Résumé

Conduire un véhicule d'une manière sûre et correspondant aux exigences de la circulation routière impose des efforts élevés. Souvent, nous sous-estimons ces efforts parce que nous sommes habitués à cette activité. Par la consommation de substances qui réduisent la performance, l'aptitude

relative à la conduite d'une voiture est diminuée temporairement ou de manière permanente. L'entrée en vigueur (le 1.01.2005) de la révision de la loi sur la circulation routière a permis de prouver un abus de substance réduisant la performance en matière de conduite même en l'absence de soupçons par des alcootests et des tests rapides de dépistage de drogue. L'inaptitude à la conduite est prouvée lorsqu'on retrouve une concentration d'alcool d'au moins 0.5‰ et/ou lorsqu'on démontre la présence de drogues dans le sang du conducteur. Certaines dépendances peuvent rendre le conducteur inapte à la conduite. A partir de ces indications de base, je vais présenter les motifs du prononcé de l'aptitude à la conduite, puis décrire la démarche d'analyse d'un cas dans le cadre de l'expertise psychiatrique en matière de circulation routière. Ceci me permettra de présenter les recommandations pour les personnes élaborant des expertises selon les directives officielles publiées en 2005 (Manuel d'expertise de médecine de la circulation routière de la Société suisse de médecine légale).

## 1. Leistungsanforderungen

Das sichere und jederzeit situationsadäquate Führen eines Kraftfahrzeugs im öffentlichen Strassenverkehr stellt hohe Leistungsanforderungen an den Fahrzeuglenker, die infolge täglicher Gewohnheit zumeist unterschätzt werden (Dittmann, 2006). Neben den erlernten, technischen Fertigkeiten der Fahrzeugbedienung (*Fahrkompetenz*) müssen auch die allgemeinen, psychischen und physischen Voraussetzungen zum sicheren Führen eines Kraftfahrzeugs gegeben sein (*Fahreignung*). Eine realitätsgerechte Wahrnehmung sowohl des eigenen physischen und psychischen Zustandes, als auch der Strassenverhältnisse, der Witterungsbedingungen und der jeweiligen Verkehrssituation ist dabei grundlegend und erfordert neben zuverlässigen Sinneswahrnehmungen, eine allseitige Orientierung, hinreichende Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen sowie eine zeitgerechte Verarbeitung und adäquate Bewertung dieser Informationen. Dabei werden 80% der für das Fahren benötigten Informationen über das Auge aufgenommen, was über die einfache Sehleistung hinausgehende komplexe visuell-räumliche Wahrnehmungsprozesse erfordert. Darüber hinaus sind die Zuverlässigkeit und Geschwindigkeit der Reizbeantwortung (*Reaktionsvermögen*), die motorische Beweglichkeit (insbesondere die Nackenbeweglichkeit), die Bewegungssteuerung und Bewegungskor-

ordination sowie eine situationsadäquate Verhaltenssteuerung für das sichere Führen eines Motorfahrzeugs im öffentlichen Strassenverkehr wesentlich. Das Fahrverhalten in der konkreten Verkehrssituation wird entscheidend von der Persönlichkeit des Fahrzeuglenkers, der Fähigkeit zur Impulskontrolle, der Risikobereitschaft und -bewertung, der Bereitschaft zur Anpassung der eigenen Fahrweise an die gegebenen Verhältnisse, der Fähigkeit zur Rücksichtnahme (*Sozialkompetenz*), der psychischen und physischen Belastbarkeit sowie der Fahr- und Lernerfahrung geprägt. Zudem erfordert das sichere und jederzeit situationsadäquate Führen eines Fahrzeugs im öffentlichen Strassenverkehr die Fähigkeit, in kritischen Verkehrssituationen genügend Leistungsreserven mobilisieren zu können (Fastenmeier, 1995). Durch die Einnahme leistungsmindernder Substanzen kann diese grundlegende Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs vorübergehend oder dauerhaft beeinträchtigt werden. Gemäss den verkehrsrechtlichen Bestimmungen unterliegt die Prüfung der *aktuellen*, situations- und zeitbezogenen, psychischen und physischen Fähigkeit, ein Fahrzeug im öffentlichen Strassenverkehr sicher führen zu können (*Fahrfähigkeit*) vor Antritt einer jeden Fahrt der persönlichen Verantwortung des Verkehrsteilnehmers, ansonsten handelt er fahrlässig.

## 2. Leistungsmindernde Substanzen

Seit Inkrafttreten des neuen Strassenverkehrsgesetzes (SVG) am 01.01. 2005 können zum Nachweis, dass der Konsum leistungsmindernder Substanzen nicht sicher vom Führen eines Kraftfahrzeugs im öffentlichen Strassenverkehr getrennt werden konnte (*verkehrsrelevanter Missbrauch*), verdachtsfreie Atemalkoholkontrollen und bei entsprechenden Hinweisen Drogenschnelltests durchgeführt werden. Die *Fahrunfähigkeit* gilt als erwiesen, wenn im Blut des Fahrzeuglenkers Alkohol in einer Konzentration von mindestens 0,5‰ (Fahren in angetrunkenem Zustand/FiaZ) und/oder Drogen (Fahren unter Drogeneinfluss/FUD) nachgewiesen werden können. Das Fahren unter Medikamenteneinfluss (FUM) erfordert eine individuelle, differenzierte forensisch-toxikologische und verkehrsmedizinische Beurteilung. Bei Vorliegen einer Abhängigkeit/Sucht von leistungsmindernden Substanzen ist die Fahreignung nach Art. 14 Abs. 2 Bst. c Strassenverkehrsgesetz (SVG) grundsätzlich nicht gegeben.

## 2.1. Alkohol

Für Alkohol ist eine relativ zuverlässige Dosis-Wirkungsbeziehung nachgewiesen. Demnach zeigen sich erste Anzeichen einer Euphorisierung und Enthemmung mit einem gesteigerten Rededrang, einer verminderten Selbstkritik, einer Reaktionsverlangsamung und einer Reduktion von Aufmerksamkeit, Konzentration und Nachsichtigkeit ab einer Blutalkoholkonzentration von 0,3‰. Im Stadium der Angetrunkenheit mit einer Blutalkoholkonzentration zwischen 0,5‰ bis 1,2‰ kommen Koordinationsstörungen hinzu, das räumliche Sehen wird schlechter und das Blickfeld eingeengt. Im Stadium des leichten Rauschs mit einer Blutalkoholkonzentration von 1,2‰ bis 1,6‰ kann es zu einer ausgeprägten Enthemmung mit Gangunsicherheit, lallender Sprache und einer erheblichen Reduktion von Aufmerksamkeit und Reduktionsvermögen, sowie zu Situationsverkennungen und Fehlschätzungen von Gefahrensituationen kommen. Von der durchschnittlich alkoholgewöhnten Bevölkerung werden Werte von 1,6‰ und mehr kaum erreicht, so dass das Erreichen eines mittelschweren Rauschzustandes mit 1,6‰ bis 2‰ als ein deutlicher Hinweis auf eine Alkoholgewöhnung und damit auf einen missbräuchlichen Umgang mit Alkohol anzusehen ist. Im Stadium des schweren Rausches oberhalb von 2‰ können Bewusstseinsstörungen, Desorientierung, Verlust des Situationsbezugs sowie motivlose Angst und Erregung beobachtet werden. Diese Psychopathologie der Alkoholintoxikation wird von der Menge und der Geschwindigkeit der Alkoholaufnahme, der körperlichen Konstitution und der individuellen Alkoholgewöhnung, dem Vorliegen hirnganischer Beeinträchtigungen, der Grundpersönlichkeit des Konsumenten, der psychischen Befindlichkeit vor Konsumbeginn und verschiedenen, situativen Faktoren wie Übermüdung und Hunger sowie der zusätzlichen Einnahme von Drogen oder Medikamenten (im Sinne eines Mischkonsums) beeinflusst.

## 2.2. Illegale Drogen

Trotz der gesetzlichen Strafandrohung hat der *Cannabis*gebrauch in der Schweiz in den letzten Jahren stark zugenommen. 50% der 15-Jährigen haben bereits dahingehende Konsumerfahrungen. Die Cannabiswirkung, die über die körpereigenen Cannabinoidrezeptoren (Anandamide) vermittelt wird, zeigt sich psychisch in einer euphorischen Stimmung und Enthemmung mit verstärktem Rede- und Lachdrang, einem gesteigerten

Selbstbewusstsein und Gemeinschaftserleben, einem reduzierten Antrieb, einer Entspannung und Gelassenheit bis hin zur Gleichgültigkeit und einer Abnahme der Konzentrations-, Aufmerksamkeit- und Gedächtnisleistung (Heather Ashton, 2001). Cannabis hat keinen Einfluss auf lebenserhaltende Grundfunktionen, kann aber physisch zu einer Steigerung der Herzfrequenz, einer Muskelentspannung, einem Absinken der Körpertemperatur und zu Bewegungsstörungen führen. Als psychische Folgen eines Langzeitkonsums können eine Motivationsabnahme, insbesondere in Bezug auf das Setzen und Verfolgen langfristiger Ziele, veränderte Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen, sowie bei Prädisposition ein gehäuftes Auftreten schizophrener psychotischer Episoden beobachtet werden.

*Kokain* zählt zu den psychischen und physischen Stimulanzien und ruft ein wenige Sekunden bis Minuten dauerndes «high» Gefühl im Sinne einer Antriebssteigerung mit Euphorie, Allmachtsfantasien, verstärkter Kontaktfreude und verstärktem Lustempfinden hervor, dem rasch ein «coming down» mit Gereiztheit, Versagensgefühlen und depressiven Verstimmungen folgt, worin das hohe Suchtpotential dieser Substanz begründet liegt. Die physischen Folgen des Konsums reichen von einer Dämpfung des Hungergefühls über eine Steigerung der Herzfrequenz und der Körpertemperatur bis hin zu Durchblutungsstörungen und einem erhöhten Infarktisiko. Langfristig kann ein intensiver Kokainkonsum in eine psychische Symptomatik einmünden, die von Ruhelosigkeit, Konzentrations- und Lernfähigkeitsstörungen, erhöhter Reizbarkeit, generalisierter Angst und einer Zunahme der Aggressivität und Gewaltbereitschaft geprägt ist. In der Schweiz hat der Kokainkonsum in den letzten Jahren zugenommen – sowohl als Lifestyle Droge und Aufputzmittel als auch als Beikonsum in der Gruppe der schwerstabhängigen Heroinkonsumenten und Methadonsubstituierten. Kokain wird in der Schweiz schätzungsweise von 60'000 Menschen regelmässig konsumiert (sfa/ispa, 2004).

*Amphetamine* (Speed) und die strukturverwandten, länger und stärker wirksamen *Metamphetamine* (Crank, Ice, Crystal, Yaba) sind den körpereigenen Hormonen Adrenalin und Noradrenalin strukturähnlich, wovon sich ihre anregende und aufputschende Wirkung als Psychostimulanzien ableitet, die das Bedürfnis nach Schlaf und Nahrungsaufnahme unterdrücken, Gefühle erhöhter Wachheit und Euphorie hervorrufen und durch eine Stärkung des Selbstbewusstseins und eine Abnahme der Kritikfähigkeit zu einer erhöhten Risikobereitschaft führen. Durch die verstärkte Durchblutung der Bronchien wird die Atmung intensiviert und durch die Steigerung der Frequenz und Schlagkraft des Herzens und der damit ein-

hergehenden Blutdruckerhöhung wird die physische Leistungsfähigkeit und Ausdauer kurzfristig verbessert. Da Amphetamine das Herzkreislaufsystem aktivieren, stellen bei nicht an diese Substanzen gewöhnten Menschen bereits 100 mg eine potentiell tödliche Einzeldosis dar, wobei es relativ rasch – innerhalb eines Monats – zu einer Toleranzentwicklung kommt, auf deren Boden sich eine besonders starke psychische Abhängigkeit entwickelt (Madea, 2007). Infolge der aufputschenden Wirkung ist Schlafen in der Regel auch noch Stunden nach der Substanzeinnahme unmöglich, weshalb diese Substanzen auch als Weckamine bezeichnet werden und die Wirkung häufig durch den Konsum weiterer, sedierender psychoaktiver Substanzen kupiert wird (Mischkonsum).

*Ecstasy* (MDMA, Methyldioximethamphetmin, XTC) zählt zu den Designerdrogen und ruft durch eine erhöhte Ausschüttung des Gehirnbotschaftsstoffs Serotonin Glücks- und Belohnungsgefühle hervor. *Ecstasy* wirkt auf Sinneseindrücke und Emotionen verstärkend (entaktogen), steigert die emotionale Verbundenheit und Nähe zu anderen Menschen (emphatogen) und ruft ein Gefühl von Wachheit und Leistungsfähigkeit hervor. Der stimulierenden, halluzinogenen Wirkung, welche zwischen zwei und sechs Stunden anhält, folgt eine Phase der Antriebsminderung mit depressiven Verstimmungen, die – nach einem Wochenendkonsum in der grossstädtischen Partyszene – von den ansonsten sozial integrierten, unauffälligen und leistungsorientierten, jungen, *Ecstasy* konsumierenden Partygängern auch als «midweek blues» bezeichnet wird. Aufgrund der stark stimulierenden Wirkung von *Ecstasy* auf Nervenzellen wird als Langzeitfolge eines *Ecstasy*-Konsums das Risiko einer neurotoxischen Schädigung des Gehirns angenommen, welche sich vor allem im kognitiven Bereich der Hirnleistung, in Form von Konzentrationsstörungen und einer eingeschränkten Lernfähigkeit zeigt und bei chronischem Gebrauch und individueller Disposition auch zu psychiatrischen Störungen (Psychosen) führen kann. Physisch erhöht *Ecstasy* die Ausdauer, was in Kombination mit einer Erhöhung der Körpertemperatur und unzureichender Flüssigkeitszufuhr das Risiko einer neurotoxischen Wirkung dieser Substanz verstärkt. Ein Mischkonsum, entweder zur weiteren Erhöhung der Ausdauer (Amphetamine Kokain) oder zur anschliessenden Beruhigung/Sedierung (Alkohol, Cannabis), ist häufig.

Der Konsum von *Halluzinogenen* kann in der Schweiz als Randphänomen betrachtet werden (sfa/ispa, 2004). Unter Halluzinogenen werden unterschiedliche psychoaktive Stoffe zusammengefasst, deren gemeinsame Wirkung durch eine extrem gesteigerte Wahrnehmungs-

fähigkeit, die häufig mit optischen und akustischen Halluzinationen verbunden ist, und einem stark veränderten Raumzeit- und Selbstempfinden charakterisiert ist. Neben dem angenehm erlebten Verlust der Selbst- und Realitätskontrolle (positive Ich-Auflösung) können auch negative Formen der Ich-Auflösung («Horrortrips») ausgelöst werden. Dabei sind kurze Wiederholungen dieser Rauschzustände noch Monate oder gar Jahre nach Ende des Halluzinogenkonsums möglich.

Diacetylmorphin, bekannt unter dem Handelsnamen *Heroin*, ist ein halbsynthetisches Opiat, das in seiner Wirkung mit Morphin vergleichbar ist, jedoch wesentlich schneller an die Opiatrezeptoren im Gehirn gelangt und dort auch stärker wirkt, weshalb Heroin mit einem extrem hohen psychischen und physischen Suchtpotential behaftet ist. Wenige Sekunden nach der Einnahme löst Heroin einen so genannten «flash» aus, einen Zustand der Beruhigung, des gestärkten Selbstvertrauens, der geminderten Angst und der euphorischen Stimmungslage. In physischer Hinsicht lindert Heroin vor allem Schmerzen, aber auch Hustenreiz und Durchfall. 80% der Opiatabhängigen leiden an einer oder mehreren komorbiden, psychischen Störungen, vor allem Angststörungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen (Frei, 2002a, b). In der Schweiz sind schätzungsweise 30'000 Menschen von Heroin abhängig, wobei zunehmend ein Mischkonsum mit anderen illegalen Drogen sowie Alkohol und Benzodiazepinen beobachtet werden kann. 1999 wurde mit der ärztlichen Verschreibung von Heroin begonnen. Gegenwärtig befinden sich etwa 1'280 Abhängige in einer heroingestützten Behandlung; 17'000 werden im Rahmen eines ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramms mit Methadon oder Buprenorphin substituiert (sfa/ispa, 2004).

### **2.3.       Medikamente**

10% aller Fahrten werden unter Arzneimitteleinfluss durchgeführt und bei 20% aller Verkehrsunfälle kann eine Medikamenteneinnahme nachgewiesen werden. Arzneimittel können insbesondere durch Veränderung des Reaktionsvermögens die Fahrfähigkeit beeinträchtigen (Iten, 1994). Besonders kritisch sind unter diesem Gesichtspunkt die Phasen einer medikamentösen Neueinstellung, Umstellung oder Dosisänderung sowie eine medikamentöse Kombinationsbehandlung (*Polypharmazie*). Auch werden die potenzierenden Wechselwirkungen bei zeitgleichem Alkoholkonsum häufig unterschätzt. Die behandelnden Ärzte sind verpflichtet, ihre Pati-



entinnen über die mögliche Beeinflussung ihrer Fahrfähigkeit durch die Einnahme von Medikamenten, insbesondere in den oben genannten kritischen Phasen aufzuklären und gegebenenfalls konkrete Verhaltensempfehlungen zu geben (wie zum Beispiel einen Fahrverzicht während der Aufdosierungsphase). Bei offenkundig fehlender Fahrfähigkeit und diesbezüglich beharrlich uneinsichtigem Verhalten seitens des Patienten kann nach sorgfältiger Rechtsgüterabwägung (Schutz der Allgemeinheit vs. Selbstbestimmungsrecht des Patienten/ärztliche Schweigepflicht) eine Meldung an die Behörden und eine nachfolgende verkehrsmedizinische Begutachtung geboten sein (Müller-Spahn u. Dittmann, 2004). Beim Vorliegen psychischer Erkrankungen, insbesondere mit ausgeprägter paranoider, depressiver oder manischer Symptomatik, kann eine hinreichende psychische Stabilisierung und damit die Fahrfähigkeit oft erst durch den gezielten Einsatz von Psychopharmaka erreicht werden, deren ärztlich kontrollierte Einnahme dann häufig als Auflage für eine bedingt gegebene Fahreignung formuliert wird. Andererseits haben Psychopharmaka (insbesondere lang wirksame Benzodiazepine, trizyklische Antidepressiva und Neuroleptika) im Hinblick auf die Verkehrssicherheit ein erhöhtes Risikopotential. Über die Hälfte aller Psychopharmakaverordnungen betreffen die Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine, die in 2/3 bis 3/4 aller behandelten Fälle von Medikamentenabhängigkeit beteiligt sind. Das Verkehrsunfallrisiko ist unter Einnahme von Benzodiazepinen in Abhängigkeit von der Dosierung um den Faktor 1,5 bis 6,5 erhöht. Der gelegentliche Gebrauch kurz wirksamer Schlafmittel wirkt sich bei abendlicher Einnahme in der empfohlenen Dosierung nicht notwendigerweise negativ auf die Fahrfähigkeit aus. Dennoch sollten, die Patienten auf eine mögliche Beeinträchtigung der Fahrfähigkeit, insbesondere bei nächtlicher Einnahme, kurzer Schlafdauer und/oder gleichzeitigem Alkoholkonsum sowie über die Möglichkeiten eines hang-overs und/oder paradoxer Wirkungen aufgeklärt werden. Werden Schlafmittel auch tagsüber eingenommen, spricht dies in der Regel für einen Missbrauch/Abhängigkeit, wodurch die Fahreignung generell in Frage gestellt wäre.

#### **2.4. Mischkonsum**

Beim kombinierten, zeitnahen Konsum verschiedener Substanzen, einem so genannten *Mischkonsum*, verändern sich die Einzelwirkungen der Substanzen und es entsteht eine neue Gesamtwirkung mit dem Risiko eines unkalkulierbaren Rauschzustands. In verkehrsmedizinischer Hinsicht be-

deutsam ist vor allem der Mischkonsum in Kombination mit Alkohol: Bei einem zeitnahen Konsum von Alkohol mit Amphetaminen wird die Alkoholkonsumwirkung weniger stark wahrgenommen und infolgedessen deutlich unterschätzt. Bei zeitnahe bzw. kombiniertem Konsum von Alkohol und Kokain muss mit einer erheblichen Leistungsbeeinträchtigung gerechnet werden. In solchen Fällen kann Kokain auch teilweise zu Cocaethylen, das ähnliche pharmakologische Eigenschaften wie Kokain aufweist, verstoffwechselt werden. Der Mischkonsum bereits geringer Mengen von Alkohol und Cannabis führt zu einer erheblichen Erhöhung des Verkehrsunfallrisikos (Bundesanstalt für Strassenwesen, 2006). Infolge des hohen Flüssigkeitsverlusts und der steigenden Körpertemperatur führt der kombinierte Konsum von Alkohol und Ecstasy zu einer starken Kreislaufbelastung. In Kombination mit Cannabis wird die aktivierende Wirkung von Ecstasy gemindert und der Flüssigkeitsverlust gesteigert, sodass die Herzinfarktgefahr steigt. Tödliche Folgen kann vor allem der Konsum bereits geringer Mengen Alkohol in Kombination mit GHB (Gammahydroxybuttersäure auch Liquid-Ecstasy genannt) infolge einer Verstärkung der atemdepressiven Wirkung und die kombinierte Einnahme von Ecstasy und Speed (Amphetamin) haben, die sich ihrer aufputschenden Wirkung wechselseitig verstärken und zu einer starken Kreislaufbelastung führen. Bei der kombinierten Einnahme von Ecstasy mit Medikamenten, insbesondere mit Anti-HIV-Medikamenten und serotonergen Antidepressiva erhöhen sich die gesundheitlichen Risiken, die von Sehstörungen und Blutdruckerhöhungen bis hin zu Hirnblutungen reichen können.

## 2.5. Abhängigkeit/Sucht

Von einem süchtigen Konsum im Sinne eines Abhängigkeitssyndroms ist gemäss der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation WHO (ICD-10) dann auszugehen, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien im Verlauf des vergangenen Jahres gleichzeitig vorlagen: ein starkes Verlangen, die psychoaktive Substanz zu konsumieren (*Craving*), eine verminderte Kontrolle bezüglich des Beginns, der Menge und der Beendigung des Konsums (*Kontrollverlust*), die Notwendigkeit einer Dosissteigerung zum Erzielen einer vergleichbaren Wirkung, infolge einer *Toleranzentwicklung*, das Auftreten körperlicher Entzugssymptome und der nachfolgende Substanzkonsum zur Linderung bzw. Vermeidung dieser Entzugssymptome, eine fort-

schreitende Vernachlässigung anderer Interesse zugunsten des Substanzkonsums sowie ein anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutiger, schädlicher, körperlicher, psychischer oder sozialer Folgen.

### **3. Verkehrspsychiatrische Begutachtung**

Nach Art. 14 Abs. 2 Bst. c Strassenverkehrsgesetz (SVG) darf der Führerausweis nicht erteilt werden, wenn der Bewerber an einer die Fahreignung ausschliessenden Sucht leidet. Gemäss dem im Jahr 2000 erarbeiteten Leitfaden über die Verdachtsgründe der fehlenden Fahreignung begründen die folgenden Ereignisse eine Zuweisung zur Fahreignungsabklärung: Das einmalige Fahren im angetrunkenen Zustand mit einer Blutalkoholkonzentration von 2,5‰, das zweimalige Fahren im angetrunkenen Zustand innert 5 Jahren ab einer Blutalkoholkonzentration von 1,6‰ (deren Erreichen, als ein deutlicher Hinweis auf eine Alkoholgewöhnung anzusehen ist), sowie das dreimalige Fahren im angetrunkenen Zustand innert 10 Jahren. Die Zuweisung zur Fahreignungsabklärung sollte immer beim Fahren unter Drogeneinfluss erfolgen, unabhängig von der konsumierten illegalen Substanz, sowie bei jedem ärztlichen oder polizeilichen Hinweis auf einen Konsum oder eine Therapie in Bezug auf die Substanzen Kokain, Heroin und Methadon. Auch beim Fahren unter Medikamenteneinfluss sollte stets eine Zuweisung zur Fahreignungsabklärung erfolgen, sowie infolge jeder ärztlichen oder polizeilichen Meldung über das Vorliegen einer verkehrsrelevanten, psychischen oder physischen Erkrankung.

Von der Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin wurden im Jahre 2005 im «Handbuch der verkehrsmedizinischen Begutachtung» die Quantitätsanforderungen an ein verkehrspsychiatrisches Gutachten veröffentlicht. Demnach sollte der Gutachter über eine verkehrspsychiatrische Zusatzausbildung mit eingehender Kenntnis der rechtlichen Grundlagen verfügen. Die Analyse der verkehrsrelevanten Vorakten und der medizinischen Vorbefunde sollten Eingang in das Gutachten finden, das auf einer ausführlichen, gleichwohl gezielten Exploration mit Erhebung der Vorgeschichte und einer psychiatrischen, körperlichen und labormedizinischen Untersuchung mit dem überlegten Einsatz spezieller Untersuchungsmethoden wie z. B. einer verkehrspsychologischen Leistungstestung basieren sollte. Diese Befunde sollten im Gutachten gut und nachvollziehbar dokumentiert werden und transparent in eine verständliche Empfehlung entsprechend der anerkannt-

ten Richtlinien einmünden. Die verkehrspsychologische Leistungstestung erfolgt dabei mit dem Computer gestützten Wiener-Testsystem zur Verkehrseignungsdiagnostik, wobei sich die verkehrspsychologische Leistungsuntersuchung vornehmlich auf die visuelle Wahrnehmung und das Reaktionsvermögen konzentriert und um Leistungstestungen der Aufmerksamkeit, der Kognition, des Kurzzeitgedächtnisses, der visuomotorischen Koordination und der Zeit- und Bewegungsantizipation ergänzt werden kann.

Die verkehrspsychiatrische Begutachtung basiert auf den allgemeinen Grundlagen der gutachterlichen Prognose, ausgehend von einer statischen Rückfallwahrscheinlichkeit (*Basisrate*) für Strassenverkehrsdelikte von 50% innert 2 bis 6 Jahren (Nedopil, 2000 und Gross, 2000). Dabei sollte neben dem gezielten Einsatz von speziellen Prognoseinstrumenten ein geeigneter Kriterienkatalog angewandt werden, im Rahmen dessen die Analyse der Ereignisse im Strassenverkehr, die historischen Variablen der verkehrsrechtlichen Entwicklung und der Persönlichkeit des zu Begutachtenden, seine Auseinandersetzung mit den Ereignissen im Strassenverkehr, seine Motivation zur Verhaltensänderung, die klinischen Variablen des möglichen Vorhandenseins einer psychischen Störung und der dahingehenden Therapiemöglichkeiten, sowie eine Analyse des sozialen Empfangsraums und der Risiko Variablen in eine transparente und differenzierte Einzelfallanalyse einfließen und in einen individuellen Vorschlag zum Risikomanagement einmünden sollten.

Im Hinblick auf leistungsmindernde Substanzen und Fahrzeuglenker sehen die Empfehlungen entsprechend der anerkannten Richtlinien (Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin) vornehmlich Therapieauflagen bei Vorliegen einer Suchterkrankung, sowie den Nachweis einer kontrollierten Alkohol- und/oder Drogenabstinenz vor, welche behördlicherseits entweder zur Voraussetzung für die Möglichkeit einer Wiederbewerbung um den Führerausweis, oder zur Auflage bei Wiedergulassung als Motorfahrzeuglenker gemacht werden können. Als Minimalkriterien für den Nachweis der kontrollierten Alkohol- und/oder Drogenabstinenz gelten regelmässige mindestens monatlich stattfindende Beratungsgespräche bei einem Arzt, einem entsprechend geschulten Psychologen oder einer Suchtberatungsstelle, sowie im Hinblick auf die Alkoholabstinenz die Vornahme von Laborbestimmungen einer Blutprobe des Expl. alle 6 bis 8 Wochen mit Kontrolle der Leberenzymwerte und spezifischer Alkoholparameter wie dem CDT-Wert (einem Marker zum Nachweis von regelmässig erhöhtem Alkoholkonsum

in den letzten 3 Wochen) und im Hinblick auf die Drogenabstinenz, die mindestens zweimal monatliche Durchführung von Urinprobenkontrollen auf die suchterzeugenden Stoffe Cannabis, Kokain, Opiate, Methadon, Amphetamine und Benzodiazepine, wobei der Betroffene zu den Urinprobenkontrollen jeweils kurzfristig, in unvorhersehbaren Abständen aufgeboten werden sollte. Wer als Opiatabhängiger mit Methadon oder Buprenorphin substituiert wird ist neben der Abhängigkeitsproblematik als solcher, mangels ausreichender Anpassungs- und Leistungsfähigkeit, grundsätzlich nicht fahrgeeignet. Unter bestimmten Voraussetzungen lässt sich im Einzelfall die Befürwortung der Fahreignung ausschliesslich für die dritte medizinische Führerausweisgruppe rechtfertigen und zwar bei einer über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten stabilen Substitution ohne den Beikonsum anderer psychotroper Substanzen (inkl. Alkohol).

#### **4. Fazit**

Das sichere und jederzeit situationsadäquate Führen eines Kraftfahrzeugs im öffentlichen Strassenverkehr stellt hohe Leistungsanforderungen an den Fahrzeuglenker, die infolge täglicher Gewohnheit zumeist unterschätzt werden. Durch die Einnahme leistungsmindernder Substanzen kann sowohl die aktuelle Fahrfähigkeit vorübergehend, als auch die generelle Fahreignung dauerhaft beeinträchtigt werden. Bei begründetem Verdacht der fehlenden Fahreignung erfolgt die Zuweisung zur Fahreignungsabklärung/verkehrspsychiatrischen Begutachtung, bei der mittels der Methodik der differenzierten Einzelfallanalyse die Fahreignung durch einen verkehrsmedizinisch geschulten Gutachter abgeklärt und ein individueller Vorschlag zum Risikomanagement in Form einer gutachterlichen Empfehlung entsprechend der im Jahr 2005 veröffentlichten anerkannten Richtlinien (Handbuch der Verkehrsmedizinischen Begutachtung der Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin) gemacht wird. Nur dank dieses abgestimmten Ineinandergreifens juristischer, behördlicher und verkehrsmedizinischer Institutionen und Expertisen und den so synergistisch zusammenfliessenden, gemeinsamen Anstrengungen wird es möglich sein, besser als bisher, diejenigen Verkehrsteilnehmer vom Strassenverkehr fernzuhalten, die eine erhebliche Gefahr für sich und andere darstellen und andererseits jene Menschen, von denen kein erhebliches Risiko ausgeht, nicht unverhältnismässig in ihren persönlichen Freiheitsrechten einzuschränken.

## **Literaturverzeichnis**

- Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin (Hrsg.), Handbuch der verkehrsmedizinischen Begutachtung, Verlag Hans Huber, Bern, 2005.
- Bundesanstalt für Strassenwesen (Hrsg.), Cannabis und Verkehrssicherheit. Mensch und Sicherheit, Heft M 182, Wirtschaftsverlag NW, Bergisch Gladbach, 2006.
- Dittmann V., Psychische Störungen und Fahreignung, in: Strassenverkehrsrechtstagung 16.–17.03.2006 Stöckli H., Werro F (Hrsg), Bern, Stämpfli, 2006; 107–118.
- Fastenmeier W., Situationsspezifisches Fehlverhalten und Informationsbedarf verschiedener Fahrergruppen, in: Autofahrer und Verkehrssituation, neue Wege zur Bewertung von Sicherheit und Zuverlässigkeit moderner Strassenverkehrssysteme, in: Häcker H (Hrsg.), Verlag TÜV Rheinland, 1995; 141–179.
- Frei A, Rehm J., Die Prävalenz psychischer Komorbidität unter Opiatabhängigen. Psychiatrische Praxis, 2002; 29, 258–262.
- Frei A, Rehm J., Komorbidität: Psychische Störungen bei Opiatabhängigen zu Beginn der heroingestützten Behandlung, Psychiatrische Praxis 2002, 29, 251–257.
- Gross G. (2000), Basisraten für kriminelle Rückfälligkeit – eine Zusammenschau veröffentlichter Daten (Dissertation), Abteilung für Forensische Psychiatrie, Ludwig Maximilians-Universität München.
- Heather Ashton C., Pharmacology and effects of cannabis: a brief review, British Journal of Psychiatry, 2001, 178, 101–106.
- Iten PX., Fahren unter Drogen- oder Medikamenteneinfluss – Forensische Interpretation und Begutachtung, Institut für Rechtsmedizin Forensische Toxikologie Universität Zürich, 1994.
- Madea B., Musshoff F., Berghaus G. (Hrsg.), Verkehrsmedizin – Fahreignung, Fahrsicherheit, Unfallrekonstruktion, Deutscher Aerzte-Verlag, Köln, 2007.
- Müller-Spahn F., Dittmann V., Psychopharmaka und Verkehrssicherheit: Zum Fahren geeignet zu sein heisst nicht, fahrtüchtig zu sein, INFO Neurologie und Psychiatrie, 2004; Vol. 2, Nr. 6, 12–16.
- Nedopil N., Forensische Psychiatrie, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2000.
- sfa/ispa 2004 Zahlen und Fakten, Illegale Drogen, Seite 72–96.

Strassenverkehrsgesetz (SVG) vom 19. Dezember 1958 (Stand am 5. September 2006).

Weltgesundheitsorganisation (WHO), Dilling H, Mombour W., Schmidt MH (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V(F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Verlag Hans Huber, Bern, 1993.