

Häufige Fragen (FAQs) zu „Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung – Beurteilungskriterien“ – DGVP (dgvp-verkehrspsychologie.de) und DGVM (dgvm-verkehrsmedizin.de)

Die Deutsche Gesellschaft für Verkehrspsychologie (DGVP) und die Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM) sehen als Herausgeber der Beurteilungskriterien die Notwendigkeit, sich zu häufig gestellten Fragen (FAQs) zur 4. Auflage der Beurteilungskriterien¹ (BK4) zu äußern. Sie haben daher auf ihren Homepages eine FAQ-Liste mit Antworten zu den an die jeweilige Fachgesellschaft gestellten Fragen veröffentlicht. Die bisherigen Anfragen hatten ihren Schwerpunkt auf der Auslegung der Regelungen zu Abstinenzbelegen, sowohl hinsichtlich der erforderlichen Zeiträume als auch auf die in Kapitel C 3 beschriebenen Anforderungen an die Durchführung chemisch-toxikologischer Untersuchungen bezogen (sog. CTU-Kriterien).

Die FAQ-Listen werden fortwährend aktualisiert und ggf. um andere verkehrsmedizinische und verkehrspsychologische Themen erweitert. Da im Jahr 2023 nach der Einführung der 4. Auflage gerade in der Anfangsphase doch recht viele Fragen gestellt wurden, werden sie mit Stand zum Jahresende 2023 als Beihefter nunmehr dem Hauptwerk beigegeben.

Die Antworten sind in der Ständigen Arbeitsgruppe Beurteilungskriterien (StAB) abgestimmt und beschränken sich auf Auslegungshinweise bestehender Regelungen. Es werden keine Fragen zu Punkten aufgenommen, die nicht bereits in den BK4 behandelt werden. Somit werden in den FAQs keine Neuregelungen vorgenommen, sondern ausschließlich bestehende Regelungen erläutert, sofern sie uneindeutig formuliert sind. Die StAB behält sich vor, die eingereichten Fragen umzuformulieren, wenn dies zur Verständlichkeit beiträgt oder eine breitere, allgemeiner anwendbare Antwort erlaubt.

Stichwort Fundstelle	Frage Kommentar
Teil A Übergreifende Fragen zur Anwendung und Systematik	
	Bisher liegen keine Fragen zu diesem Teil vor.
Teil B Spezielle Fragestellungen	
A-Hypothesen (Alkohol)	
Moderate Alkoholkonsumstörung nach DSM 5® A 2.1 N - Vorbemerkung	<p><i>In der Vorbemerkung heißt es: „Treffen mehr als zwei Indikatoren zu (moderate Form), ist Kriterium A 1.2 N zu prüfen und gegebenenfalls zu verwerfen“. Eine moderate/mittlere Form der Alkoholkonsumstörung wird im DSM 5® jedoch erst beim Erfüllen von vier bis fünf, also „mehr als drei“ Symptomkriterien angenommen.</i></p> <p>Dies ist richtig. Der Hinweis in der Vorbemerkung, dass beim Erfüllen von mehr als zwei der Indikatoren 2–12 das Kriterium A 1.2 N zu prüfen – und ggf. zu verwerfen – sei, wurde aufgenommen, da die Diagnose der Alkoholabhängigkeit (nach ICD-10) auch dann hinreichend sicher ausgeschlossen sein soll, wenn vielleicht nur eine leichte Alkoholkonsumstörung nach DSM 5® vorliegen könnte. Richtiger müsste es also in der Vorbemerkung heißen: „Treffen mehr als zwei Indikatoren zu (Verdacht auf moderate Form), ist Kriterium A 1.2 N zu prüfen und gegebenenfalls zu verwerfen“. Dieser Hinweis erübrigt sich im Übrigen, wenn eine differenzierte Ausschlussdiagnostik von A1 bereits erfolgt ist.</p>

¹ DGVP, DGVM, Brenner-Hartmann, J.; Fastenmeier, W.; Graw, M. (HRSg.) (2022): *Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung – Beurteilungskriterien*. Überarbeitete und erweiterte 4. Auflage. Schriftenreihe Fahreignung. Bonn: Kirschbaum-Verlag

Stichwort Fundstelle	Frage Kommentar
<p>Kompensation eines isoliert auffälligen Leistungsbefundes</p> <p>A 6.2 N, Indikator 1</p>	<p><i>In Kriterium A 6.2 N, Indikator 1 ist geregelt, wie mit einer Grenzwertunterschreitung bei einem isolierten Leistungsparameter für die FE der Gruppe 1 und 2 umzugehen und in welchen Fällen von einer Kompensation des auffälligen Einzelbefundes auszugehen ist. Es wird hierbei gefordert, dass die anderen oder auch ergänzend durchgeführten Verfahren durchweg gute Leistungen erkennen lassen.</i></p> <p><i>Die Spezifizierung hierzu wird für FE der Gruppe 1 anders vorgenommen („zumindest PR 33“) als bei Gruppe 2 („in der Mehrzahl der überprüften Leistungsbereiche mindestens PR 50“). Dies erscheint nicht konsistent und kann bei wortgetreuer Anwendung zu ungleichen, nicht schlüssigen Entscheidungen abhängig von der beantragten FE-Klasse führen, wie folgendes Beispiel zeigt:</i></p> <p><i>Hat ein Klient z. B. die Testergebnisse 1x < PR 16; 1x PR = 25; 1x PR = 55 erreicht, würde dies bei Gruppe 1 nicht ausreichen, um eine Kompensierbarkeit der isolierten Unterschreitung annehmen zu können, da nicht alle anderen Werte PR 33 erreichen, und es müsste in einer FVB geprüft werden, ob eine Kompensation möglich ist. Ergänzende Verfahren würden nicht durchgeführt werden, da die Forderung „durchweg PR 33“ nicht mehr zu erfüllen ist.</i></p> <p><i>Bei denselben Testergebnissen könnte bei einem Klienten, bei dem die Eignung für die FE der Gruppe 2 festgestellt werden soll, die Durchführung weiterer Testverfahren erfolgen, um festzustellen, ob er insgesamt Ergebnisse erzielen kann, die in der Mehrzahl mind. PR 50 erreichen.</i></p> <p>Die Formulierung der Klammerausdrücke in diesem Indikator ist offenbar nicht präzise genug vorgenommen worden. Die in der gestellten Frage aufgezeigte Wertung und Vorgehensweise lässt sich allerdings aus Indikator 1 nicht begründet ableiten. Eine solche Deutung würde dazu führen, dass eine Person, welche die hier beispielhaft aufgezeigten Befunde erzielen konnte, in zwei ergänzenden Verfahren jedoch PR 50 erreicht, allein aufgrund der Testbefunde zwar für die FE der Gruppe 2 geeignet wäre, nicht jedoch für die Gruppe 1. Dass dies ein unzulässiger Schluss ist, ergibt sich von selbst.</p> <p>Indikator 1 des Kriteriums A 6.2. N ist vielmehr wie folgt zu lesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liegt eine isolierte Unterschreitung der Mindestanforderungen (PR 16) vor, müssen in allen anderen Tests „durchweg gute Leistungen zu erkennen“ sein. Dies gilt unabhängig von der beantragten FE-Klasse. - „Gute Leistungen“ können für FE der Gruppe 1 beim Erreichen eines Ergebnisses in allen anderen Tests, das zumindest PR 33 entspricht, angenommen werden. Diese Annahme gilt auch als Basisforderung für Gruppe 2, die ebenfalls durchweg gute Leistungen in den anderen Verfahren zeigen müssen. Ein Ergebnis mit einem PR < 33 würde demnach in keinem Fall als eine „gute Leistung“ gewertet werden können. - Für die Bewerber um die FE der Gruppe 2 kommt die Anforderung <i>hinzu</i>, dass die Mehrzahl der Ergebnisse der überprüften Leistungsbereiche den PR von 50 erreichen muss. <p>Das oben beispielhaft angeführte Ergebnis würde somit für Bewerber beider FE-Gruppen die Durchführung einer FVB erforderlich machen, wenn die Kompensierbarkeit der Leistungsbeeinträchtigung durch Umsicht und Erfahrung bei der Verkehrsteilnahme geprüft werden soll.</p>
<p>D-Hypothesen (Drogen)</p>	
<p>Umfang der Abstinenzbelege bei Substitutionsbehandlung – Einbeziehung von Medikamenten und NpS</p> <p>D 1.4 N (6) I .V. m. CTU 3 (16)</p>	<p><i>Unter Kriterium D 1.4 N wird bei stabiler Substitutionsbehandlung bei Opioidabhängigkeit gefordert, dass eine Freiheit vom Beigebrauch anderer Betäubungsmittel, NpS und anderen psychoaktiven Stoffen oder Arzneimitteln in Analogie zu den CTU-Kriterien besteht. Abstinenzbelege dürfen zu dieser Annahme nicht in Widerspruch stehen. Bedeutet dies wirklich, dass bei jeder Urinkontrolle oder jeder Haarprobe ein polytoxikologisches Screening mit Erweiterung um die Opioide sowie jedes Mal zusätzlich ein Arzneimittelscreening und eine Bestimmung sämtlicher NpS zu erfolgen hat? Aufwand und Kosten erscheinen ggf. nicht im Verhältnis zu stehen.</i></p> <p>Nicht selten ergeben sich bei Opioidabhängigkeit in der Vorgeschichte Hinweise auf eine mehr oder weniger umfangreiche Polytoxikomanie (häufig Benzodiazepine, Z-Substanzen, Pregabalin/ Gabapentin, Antidepressiva, Neuroleptika und nicht ganz so häufig auch NpS), weshalb diese Forderung aufgestellt wurde. Dennoch ist unter der Forderung nicht zu verstehen, dass jede einzelne Probe so vollumfänglich zu analysieren ist. Wie vorgegangen werden soll, wird unten in der Antwort zu dieser Frage im Abschnitt zu CTU 3 (16) beschrieben.</p>

Stichwort Fundstelle	Frage Kommentar
<p>Qualifikation von Maßnahmen bei fortgeschrittener Drogenproblematik</p> <p>D 2.4 N Indikator 3, Kontraindikator (2)</p> <p>i.V.m. FFI-Kriterien</p>	<p><i>In D 2.4 N, Indikator 3 werden in BK4 nun als Möglichkeit, den Drogenmissbrauch aufzuarbeiten, neben den Suchtberatungsstellen und einer Psychotherapie auch „in der Drogentherapie erfahrene Verkehrspsychologen“ genannt. Es stellt sich die Frage, wie die Erfahrung eines Verkehrspsychologen in der Drogentherapie geprüft werden soll bzw. ob es sich hierbei um einen Sonderfall handelt, bei dem – abweichend von den Formulierungen in FFI – die Qualifikation des Vorbereitenden durch die BfF doch geprüft werden soll.</i></p> <p>Indikatoren dienen dazu, die Anforderungen, die in einem Kriterium gestellt werden („... andere fachlich qualifizierte Intervention“), beispielhaft zu präzisieren bzw. zu operationalisieren. Dass in Indikator 3 neben den in BK3 noch ausschließlich genannten Drogenberatungsstellen und der Psychotherapie nun auch „in der Drogentherapie erfahrene Verkehrspsychologen“ aufgenommen wurden, soll deutlich machen, dass angesichts der weit gefächerten Problemausprägungen in D2 auch andere als die beiden bisher genannten Interventionsformen dazu führen können, dass der Klient „die persönlichen Ursachen für seine Drogenproblematik aufgearbeitet“ hat. Hierbei ist die „Forderung“ an den Klienten eben die Aufarbeitung der persönlichen Ursachen und nicht, wie in D1, das Absolvieren einer bestimmten, genau definierten Maßnahme. Dabei wird jedoch nicht verkannt, dass die Problemausprägungen, welche in D2 beschrieben sind (vgl. auch Antwort auf die folgende Frage) in der Regel eine suchtherapeutische Qualifikation und Erfahrung der Therapeuten voraussetzen, um adäquat bearbeitet werden zu können.</p> <p>Es wird in den BK weder für eine Drogenberatungsstelle noch für die Psychotherapie, wo sich die Intensität oder die suchtherapeutische Zielrichtung der Maßnahme deutlich unterscheiden können, ein formaler Nachweis einer bestimmten Qualität oder Qualifikation gefordert. Dies gilt gleichermaßen für Verkehrspsychologen, die ihre spezifische suchtherapeutische Erfahrung jedoch in der Bescheinigung, die sie ausstellen, angeben sollten.</p> <p>Auch wenn in Kontraindikator (2) informatorisch auf das Kapitel FFI hingewiesen wird, ist daraus keine Verpflichtung zur Überprüfung der Beachtung der FFI-Kriterien abzuleiten, was ja dort auch mehrfach betont wird (z.B. Vorbemerkung zu Kapitel C 5.6).</p>
<p>Abstinenzdauer bei fortgeschrittener Drogenproblematik</p> <p>D 2.4 N Indikatoren 4, 7 und 10</p>	<p><i>In Indikator 10 zu D 2.4 N ist gefordert, dass bei Vorliegen einer Abstinenz, die ohne therapeutische Unterstützung erreicht wurde, 15 Monate Drogenfreiheit belegt werden müssen. Erfahrungsgemäß nehmen viele Kundinnen und Kunden mit einer fortgeschrittenen Drogenproblematik (D2) vor der Begutachtung zwar eine Maßnahme in Anspruch, jedoch nicht im Sinne einer (sucht-)therapeutischen Maßnahme, zudem meist auch nicht schon zu oder vor Beginn des belegten Abstinenzzeitraums. Auch handelt es sich nicht um Maßnahmen nach Indikator 11 (rückversichernde fachliche Beratungen).</i></p> <p><i>a) Nach unserer Einschätzung handelt es sich hier um eine unklar begründete Verschärfung der Anforderungen bei D2, durch die die Anforderungen an Abstinenzbelege bei D2 an die bei D1 angenähert wurden.</i></p> <p><i>b) Personen, die eine fachlich qualifizierte Maßnahme in Anspruch nehmen, von der (z.B. bei einer Psychotherapie) im Vorfeld nicht abzuschätzen ist, wie lange diese dauern wird, erscheinen gegenüber den Personen, die keine Maßnahme absolvieren, schlechter gestellt (Indikator 10 vs. Indikator 7).</i></p> <p><i>c) Zudem ist unklar, warum bei D2 im Vergleich zu A2 eine Verschärfung stattgefunden hat (bei A2 wird nach unserem Dafürhalten eine Nachweisdauer von i.d.R. 12 Monaten gefordert unabhängig davon, ob eine Maßnahme stattgefunden hat, oder nicht).</i></p> <p>Zunächst ist festzuhalten, dass das Erfordernis einer therapeutischen Maßnahme bzw. die Art der Maßnahme vom Krankheitswert und Ausprägungsgrad einer Problematik abhängen und nicht sachfremden Gleichbehandlungsüberlegungen im Hinblick auf die Anforderungen an die Dauer von Abstinenzbelegen unterworfen werden sollten. In diesen Fällen wären wohl die Therapiemotivation und der Therapieerfolg in Frage zu stellen.</p> <p>Zu a) Mit der Neuauflage der BK4 wurde in allen Indikatoren, in denen auch bislang schon gefordert wurde, dass eine Abstinenz nennenswert oder deutlich länger als 12 Monate bestehen sollte neu klargestellt, dass von diesem Zeitraum, dessen individuell erforderliche Länge nicht festgelegt werden kann, zumindest 15 Monate vor einer Begutachtung belegt werden müssen. Es haben sich somit nicht die Anforderungen geändert oder sind gar verschärft worden, es wurde nur klargestellt, dass das Erfüllen der Anforderungen in einer einheitlichen Form belegt werden soll.</p> <p>b) Ähnliche Überlegungen sind auch anzustellen, wenn Fälle, für die Indikator 7 einschlägig ist (therapeutische Maßnahme) mit Fällen verglichen werden, die in Indikator 10 angesprochen werden („Selbsteiler“). Beide Indikatoren sehen einen Abstinenzbeleg von 15 Monaten vor einer Fahreignungsbegutachtung vor, wobei in Indikator 7 – gegenüber Indikator 4 begünstigend – nach der Maßnahme nur noch 6 Monate der belegten Abstinenz – statt 12 Monate in Indikator 4 – liegen müssen. Gedankenspiele, dass der „Selbsteiler“, der in Indikator 10 angesprochen wird, bessergestellt würde,</p>

Stichwort Fundstelle	Frage Kommentar
	<p>lassen völlig außer Acht, dass dieser sich ohne therapeutische Hilfe oft schwertun dürfte, seine IZu a) Mit der Neuauflage der BK4 wurde in allen Indikatoren, in denen auch bislang schon gefordert wurde, dass eine Abstinenz nennenswert oder deutlich länger als 12 Monate bestehen sollte, neu klargestellt, dass von diesem Zeitraum, dessen individuell erforderliche Länge nicht festgelegt werden kann, zumindest 15 Monate vor einer Begutachtung belegt werden müssen. Es haben sich somit nicht die Anforderungen geändert oder sind gar verschärft worden, es wurde nur klargestellt, dass das Erfüllen der Anforderungen in einer einheitlichen Form belegt werden soll.</p> <p>b) Ähnliche Überlegungen sind auch anzustellen, wenn Fälle, für die Indikator 7 einschlägig ist (therapeutische Maßnahme), mit Fällen verglichen werden, die in Indikator 10 angesprochen werden („Selbsteiler“). Beide Indikatoren sehen einen Abstinenzbeleg von 15 Monaten vor einer Fahreignungsbegutachtung vor, wobei in Indikator 7 - gegenüber Indikator 4 begünstigend - nach der Maßnahme nur noch 6 Monate der belegten Abstinenz - statt 12 Monate in Indikator 4 - liegen müssen. Gedankenspiele, dass der „Selbsteiler“, der in Indikator 10 angesprochen wird, bessergestellt würde, lassen völlig außer Acht, dass dieser sich ohne therapeutische Hilfe oft schwertun dürfte, seine Drogenvorgeschichte aufzuarbeiten und die Anforderungen des Kriteriums D 2.5 N zu erfüllen. Auch dürfte es sich hier häufig um Fälle handeln, die eine bereits mehrjährige Abstinenz hinter sich haben, von der sie die letzten 15 Monate belegen müssen.</p> <p>c) Ein Vergleich der Hypothesen A2 und D2 ist nur sehr bedingt möglich. Sie haben eigentlich nur die Ordnungsnummer gemeinsam, beschreiben jedoch nicht bereits deshalb auch eine vergleichbare Problemschwere. In A 2 wird ein problematischer Mono-Substanzkonsum eines verbreiteten und legal verfügbaren, enkulturierten psychoaktiven Stoffes beschrieben, in Hypothese D2 wird hingegen bereits durch die Polyvalenz des Suchtmittelkonsums, durch das Überschreiten der Legalitätsgrenze und durch die hier beschriebenen problematischen Konsummotive eine weit problematischere Form einer Suchtproblematik angesprochen. Es ist also naheliegend, dass bei Klienten, die in D2 eingeordnet werden müssen, häufiger eine spezifisch drogentherapeutische Unterstützung erforderlich sein wird, um die tiefergreifenden Auswirkungen und Ursachen des Drogenmissbrauchs aufzuarbeiten.</p> <p>Im Übrigen wird in A 2.4 N, Indikator 7 die erforderliche Abstinenzzeit im Gegensatz zu A1 eher qualitativ beschrieben (Integration ins Gesamtverhalten) und der Regelzeitraum (12 Monate, frühestens nach 6 Monaten) ist ebenfalls offener formuliert als in A1 oder D1 und D2.</p>
<p>V-Hypothesen (Verkehrs- und Strafrecht)</p>	
<p>Diagnose durch behandelnden Arzt/Facharzt</p> <p>V 1.3 N (1)</p>	<p><i>Indikator 1 von V 1.3 N lautet: „Bei dem Klienten wurde eine „disruptive Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörung“ durch den behandelnden Arzt, einen Psychologischen Psychotherapeuten (z. B. in einer Psychiatrischen Klinik oder einer suchtherapeutischen Einrichtung) diagnostiziert und nachvollziehbar dokumentiert.</i></p> <p><i>Ist es erforderlich, dass die Diagnose von einem Facharzt gestellt wird, oder ist die diagnostische Einordnung durch den behandelnden Hausarzt ausreichend?</i></p> <p>Bei der Formulierung dieses Indikators wurde implizit davon ausgegangen, dass die Diagnose eines dieser im DSM 5® beschriebenen Störungsbilder eine fachärztliche Qualifikation voraussetzt, bzw. dass der behandelnde Hausarzt im Verdachtsfall an einen Fachkollegen überweisen würde. Wenn der Hausarzt das Vorliegen eines solchen Störungsbildes nachvollziehbar attestiert (i.d.R. mit Bezug auf eine fachärztliche Diagnose) kann dies jedoch auch im Rahmen der Begutachtung berücksichtigt werden.</p>
<p>Teil C Untersuchungsmethoden</p>	
<p>C.3 Chemisch-toxikologische Untersuchungen (CTU)</p>	
<p>Kombination von EtG und PEth-Belegen</p> <p>CTU 1 (7)</p>	<p><i>Bei Kontrollprogrammen kann eine Bestimmung von EtG im Urin und PEth im Blut kombiniert werden. Wie soll dies erfolgen? Kann spontan zwischen EtG im Urin und PEth gewechselt werden, z. B. wenn der Proband keinen Urin abgeben kann oder wenn der Proband erst am zweiten Tag nach der Einbestellung zur Probenabgabe erscheinen kann? Oder muss im Voraus festgelegt werden, wie oft und wann PEth im Blut bzw. EtG im Urin gemacht werden soll?</i></p> <p>Eine flexible Gestaltung ist möglich, sofern die Abnahmestelle die Voraussetzungen dafür bieten kann. Die beiden oben angeführten Gründe sind die wahrscheinlichsten, um von EtG auf PEth zu wechseln. Es muss nicht im Vorfeld eine Festlegung erfolgen, sondern es kann von Termin zu Termin entschieden werden. Ist eine Institution allerdings nicht für eine Abnahme von Blut eingerichtet, so besteht kein Anspruch darauf. Ggf. sollte darauf dann schon in einem Vertrag zu einem Urinkontrollprogramm hingewiesen werden.</p>

Stichwort Fundstelle	Frage Kommentar
<p>Wiederholt erniedrigter Kreatininwert</p> <p>CTU 1 (13)</p>	<p><i>Es können in Urin-Kontrollprogrammen zweimal im Verlauf bei erniedrigten Kreatinin-Werten kurzfristige erneute Einbestellungen zur Gewinnung eines verwertbaren Urins erfolgen.</i></p> <p><i>Anscheinend geht aus diesem Text nicht eindeutig hervor, ob diese Unterschreitungen auch zweimal nacheinander stattfinden dürfen, also ob die Wiederholungs-Kontrolle auch ein zweites Mal wieder erniedrigt sein darf.</i></p> <p>Denkbar wären folgende Konstellationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urinkontrolle (2 von 6) z.B. am 1.2. mit zu niedrigem Kreatinin, daraufhin erneute Einbestellung für den 5.2. und bei dieser Kontrolle erneut zu niedrigem Kreatinin, so dass ggf. für den 11.2. ein drittes Mal für eine Kontrolle einbestellt werden müsste - Urinkontrolle (2 von 6) z.B. am 1.2. mit zu niedrigem Kreatinin, daraufhin erneute Einbestellung für den 5.2. und bei dieser ist das Kreatinin im Normalbereich und die Probe ist verwertbar. Dann erneute Einbestellung für eine weitere Probe (3 von 6) z.B. am 10.3. mit erniedrigtem Kreatinin und das Procedere wiederholt sich. <p>Unter „Verlauf“ ist ein regelgerechter Ablauf von Kontrollen (1 von 6, 2 von 6, 3 von 6. ...) zu verstehen. Bei einer bestimmten Kontrolle innerhalb dieses Verlaufes (z.B. der 2. Kontrolle von 6) darf es nicht zu einer zweimaligen Wiederholung kommen, da dann keine Zeitnähe mehr zum ersten Einbestellungstermin besteht.</p> <p>Szenario 1 ist also nicht akzeptabel, da zwischen dem Tag der ursprünglichen Einbestellung und der Gewinnung einer endlich verwertbaren dritten Probe ein insgesamt zu großes Zeitfenster liegt. Das zweite Szenario wäre hingegen zu akzeptieren.</p>
<p>Nachweis unterhalb des Cut-off-Wertes bei erniedrigtem Kreatinin</p> <p>CTU 1 (18)</p>	<p><i>In unserem Labor stoßen wir vereinzelt auf Urinproben, in denen der Kreatininwert zu niedrig ist, aber dennoch Substanzen aufgefunden werden, allerdings unterhalb der Cut-off-Werte. Wie ist dann zu verfahren?</i></p> <p>Proben mit zu niedrigem Kreatinin sind grundsätzlich chromatographisch zu vermessen. Werden dann Substanzen unterhalb der Cut-off-Werte eindeutig identifiziert, sind diese Befunde mitzuteilen inkl. der eigenen Bestimmungs-/Nachweisgrenze des Verfahrens. Die Probe gilt als positiv und ein Programmabbruch hat zu erfolgen. Nach Verdünnung kann das Cut-off-Schema keine Anwendung mehr finden (Ausnahme EtG).</p>
<p>Probennahme durch eine Hausarztpraxis – Einbindung in Akkreditierung</p> <p>CTU 2 (7)</p>	<p><i>Wir sind als Hausarztpraxis ein externer Probennehmer; wir entnehmen Haare für die Fahreignungsbegutachtung. Diese Proben senden wir dann zum Labor XYZ. Das Labor hat uns nach einer Schulung zum Thema MPU ein Teilnahmezertifikat ausgestellt. Aus der Lektüre der 4. Auflage der Beurteilungskriterien verstehen wir leider nicht, ob wir uns jetzt für die Probeentnahme akkreditieren lassen müssen oder weiterhin mit dem Labor als externer Probennehmer arbeiten dürfen. Die DAKKs konnte uns leider nicht weiterhelfen.</i></p> <p>Es ist in den Beurteilungskriterien genau festgelegt, wer Abstinenzkontrollprogramme durchführen und Proben für Abstinenzkontrollen abnehmen darf. Es wird grundsätzlich zwischen der „Durchführenden Stelle“ und dem Analyselabor unterschieden. Die durchführende Stelle ist der Vertragspartner des Klienten und juristisch verantwortlich für die gesamte Organisation, die korrekte Probennahme, die Beauftragung des Labors (Untersuchungsumfang) und die Erstellung der korrekten Berichte.</p> <p>Grundsätzlich muss es ein Arzt sein, der diese Verantwortung trägt und die Anamnese vornimmt. Folgende Arztgruppen sind laut Fahrerlaubnisverordnung nach Anlage 4a Nr. 6 b) berechtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> aa) ein Facharzt mit verkehrsmedizinischer Qualifikation, der nicht zugleich der den Betroffenen behandelnde Arzt sein darf, bb) ein Arzt des Gesundheitsamtes oder anderer Arzt der öffentlichen Verwaltung, cc) ein Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Rechtsmedizin“, dd) ein Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, ee) ein Arzt in einer Begutachtungsstelle für Fahreignung, ff) ein Arzt/Toxikologe in einem für forensisch-toxikologische Zwecke akkreditierten Labor <p>Zusätzlich zu diesen gelisteten Gruppen können gegebenenfalls auch andere Ärzte oder Stellen Abstinenzkontrollen durchführen, wenn sie an einschlägigen Fortbildungen, wie dem 8-stündigen Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM) oder dem neuen Curriculum der Bundesärztekammer zur verkehrsmedizinischen Zusatzqualifikation mit den Modulen I und V teilgenommen haben. Sie müssen zudem über ein QM-System für forensische Abstinenzkontrollen verfügen.</p>

Stichwort Fundstelle	Frage Kommentar
	<p>Ein Zertifikat z.B. des Partnerlabors über eine Teilnahme an einer allgemeinen Fortbildungsveranstaltung oder eine interne Schulung ist nicht als ausreichende Zertifizierung oder Äquivalenzbescheinigung zu oben aufgeführten Fortbildungen zu verstehen.</p> <p>Als Hausarzt käme hinzu, dass Sie nicht zugleich behandelnder Arzt des Betroffenen sein dürften (Interessenskonflikt).</p> <p>Eine Akkreditierung können Sie nicht vornehmen lassen, wenn die Qualifikation nicht vorliegt. Bei nachweislich gegebener Qualifikation wären Sie aber zu keiner Akkreditierung verpflichtet.</p> <p>Sollte Ihre Frage allerdings so zu verstehen sein, dass nicht Sie die durchführende Stelle sind, sondern dass der Klient einen Vertrag mit dem akkreditierten Labor hat und dieses Sie mit der Probennahme beauftragt, ist dies möglich, sofern Sie in die Akkreditierung des durchführenden Labors eingebunden sind.</p> <p>Der entsprechende Passus in der 4. Auflage der Beurteilungskriterien bezieht sich also konkret auf externe Stellen bzw. Probennehmer eines akkreditierten Labors. Dabei handelt es sich um offizielle und vertraglich gebundene „Mitarbeiter“ des Labors selbst, nicht um eine eigenverantwortlich einsendende Arztpraxis (= durchführende Stelle s.o.). Externe Probennehmer sind in das Qualitätsmanagementsystem des Labors mit eingebunden. Beim Labor liegt die Weisungsbefugnis. Die Verantwortung für die Einhaltung der im QMS des Labors festgelegten Regeln und für die gesamte Probennahme sowie für Aus- und Fortbildung liegt in diesen Fällen beim Labor, ebenso die Überwachung von Prüfmitteln (z. B. Thermometer) und der Dokumentation der Probennahme.</p>
<p>Programmdurchführung /Probennahme durch Berater</p> <p>CTU 2 (7)</p>	<p><i>a) Können sich Personen / Stellen, die im Bereich der MPU-Beratung und MPU-Vorbereitung tätig sind, akkreditieren lassen und Programme dann selbst durchführen?</i></p> <p><i>b) Dürfen Berater/Vorbereiter Proben nehmen bzw. dürfen in deren Räumen durch andere Institutionen, mit denen sie kooperieren, Proben genommen werden?</i></p> <p><i>c) Dürfen ansonsten Verträge mit durchführenden Stellen abgeschlossen werden?</i></p> <p>a) Eine Akkreditierung wird durch die DAkkS vorgenommen und kann nur für forensische Labore erfolgen. Welche Stellen Abstinenzkontrollen nach dem Stand der Wissenschaft und den rechtlichen Vorgaben durchführen können, ist in CTU 2 entsprechend Anlage 4a FeV ausführlich beschrieben (vgl. vorherige Frage). Diese Rechtsgrundlagen hatten im Übrigen bereits vor Veröffentlichung der 4. Auflage Gültigkeit.</p> <p>b) Die Probennahme gehört zu den Aufgaben der durchführenden Stelle und kann nicht an externe Stellen verlagert werden. Dies ist nur im Kontext eines – von der DAkkS überprüften – akkreditierten forensischen Labors möglich. Eine Probennahme durch einen Vorbereiter/Berater ist somit ausgeschlossen. Dabei ist auch zu beachten, dass nach CTU 2 (4) für eine Stelle, die Probenabnahmen durchführt, kein Interessenkonflikt vorliegen darf. Neben behandelnden Hausärzten wird das auch bei Therapeuten und Beratern des Klienten kritisch gesehen, da ein Interessenskonflikt anzunehmen ist.</p> <p>In diesem Zusammenhang ist auch eine räumliche Überschneidung zumindest sehr kritisch zu sehen. Zum einen müsste die durchführende Stelle die Voraussetzungen zur Durchführung von Programmen erfüllen, zum anderen die Einhaltung aller forensischer Rahmenbedingungen, wie z. B. die unvorhersehbare Einbestellung selbstständig vornehmen und verantworten. D. h. zum Beispiel, dass Entnahmetermine nicht an Beratungstermine gekoppelt werden dürften und andererseits die Möglichkeit bestehen müsste, dass in den Räumen quasi täglich unverhofft Proben genommen werden können. Eine eingeschränkte Verfügbarkeit des Zugangs zu den Räumen, würde die Unvorhersehbarkeit der Terminvergaben gefährden. Zudem müssten auch mögliche Interessenskonflikte ausgeschlossen werden, die sich durch eine Kooperation ergeben könnten.</p> <p>c) Eine Empfehlung an geeignete durchführende Stellen bzw. Labore gehört zu den allgemeinen Beratungsleistungen und ist selbstverständlich unkritisch. Sollten Vermittlungshonorare vereinbart sein, so kann dies wieder einen Interessenskonflikt darstellen, und zwar für beide Seiten.</p>
<p>Probennahme durch nachgeordnetes Personal</p> <p>CTU 2 (8)</p>	<p><i>In CTU 2 (8) wird geregelt, dass die Urinabgabe unter ärztlicher Aufsicht zu erfolgen hat. Nur in Institutionen mit ausgewiesenem QMS ist eine Probennahme auch durch „nachgeordnetes Personal mit geeigneter Fachausbildung“ zulässig. Beispielphaft werden Arzthelfer/MFA oder technische Mitarbeiter genannt, sofern sie eingewiesen und autorisiert und die ordnungsgemäße Einarbeitung und Autorisation im QMS dokumentiert sind. In dem dann folgenden Satz wird diese Regelung weiter eingeschränkt, Verwaltungspersonal wird ausdrücklich ausgeschlossen und die erforderliche „geeignete Fachausbildung“ auf eine medizinische oder naturwissenschaftliche Ausbildung beschränkt. Diese Einschränkung ist jedoch im einleitenden wissenschaftlichen Teil der CTU-Kriterien (S. 310 unten) nicht näher begründet und lässt sich auch aus den WADA-/NADA-Richtlinien, auf die dort verwiesen wird, nicht ableiten.</i></p>

Stichwort Fundstelle	Frage Kommentar
	<p>Die genannte Prämisse bestand schon in den BK3 (CTU 2.5, S. 268), in den BK4 ist lediglich zur Klarstellung aufgrund von früheren Rückfragen der Passus: „Nicht akzeptabel bei Urinabnahmen ist die Einbeziehung von Verwaltungspersonal oder anderen Personen ohne medizinische bzw. naturwissenschaftliche Ausbildung.“ eingefügt worden. Eine inhaltliche Änderung erfolgte in diesem Punkt also nicht.</p> <p>Folgende Aspekte waren für diese Ergänzung von Bedeutung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Durchführung der Abstinenzkontrolle stellt nach Anlage 4a Nr. 6 b) FeV eine Leistung dar, die nach dem Stand der Wissenschaft durchgeführt werden muss, was angenommen werden kann, wenn die Befunderhebung und Befundbewertung von einem Arzt mit in den Beurteilungskriterien (BKs) beschriebener Qualifikation vorgenommen werden. Die BKs sehen bei qualitätsgesicherten Stellen vor, dass die Probenahmen – und somit ein Teil der Befunderhebung – unter bestimmten Bedingungen vom Arzt an nachgeordnetes Personal delegiert werden können. Dies hat jedoch stets unter ärztlicher Verantwortung zu geschehen und jede Delegation durch den (leitenden) Arzt ist entsprechend zu dokumentieren. – Die Probenahme in Form einer Urinabgabe unter genauer Sichtkontrolle stellt einen erheblichen Eingriff in die persönliche Intimsphäre des oder der Betroffenen dar. Um diese Situation möglichst gering belastend zu gestalten, wird im Grundsatz gefordert, dass die Urinabgabe unter ärztlicher Aufsicht erfolgen soll. Dies gilt in besonderem Maß, wenn zwischen Klienten und Probennehmer keine Geschlechtsidentität besteht oder wenn kulturell geprägte Schamgefühle zu beachten sind. Bei ärztlichem bzw. medizinischem Personal gehört die Durchführung einer geschlechtsfremden Tätigkeit zum beidseits akzeptierten Berufsbild. Auf die Forderung der NADA/WADA bzgl. einer geschlechtsgleichen Kontrollperson wurde daher in diesem Kontext verzichtet. – Nicht-medizinisches Personal aus dem Verwaltungsprozess (Vertragserläuterungen, Terminvergabe, Überprüfung von Terminabsagen etc.) bis hin zum Vertragsabschluss, welches vorab Kontakt mit dem Kunden hatte, darf nicht auch für die Probenahme eingesetzt werden, da diese Personen eine distanzierte neutrale Haltung nicht mehr einnehmen können. Es steht hier primär die ausgeübte und vom Kunden wahrgenommene Rolle im Fokus der Regelung. <p>Sofern der verantwortliche Arzt in einem begründeten Fall an eine Person ohne entsprechende medizinische Ausbildung delegiert, ist sicherzustellen, dass, neben dem ausdrücklichen Einverständnis des Probennehmers wie -gebers, eine fachliche Qualifikation und die Gleichgeschlechtlichkeit (in diesen Fällen entsprechend der NADA-Richtlinien) gegeben sind.</p>
<p>Probenahme an anderen Orten und nicht durch den qualifizierten Arzt</p> <p>CTU 2 (8) i. V. m. CTU 2 (1)</p>	<p><i>Als BfF werden uns teilweise Abstinenzkontrollprogramme von Einrichtungen vorgelegt, bei denen die Entnahmen an anderen Orten stattgefunden haben und nicht am Sitz des qualifizierten Arztes, der verantwortlich unterschreibt. Nachfragen bei Klienten ergaben, dass ein entsprechender qualifizierter Arzt auch nicht bei der Probenahme vor Ort war. Es scheint sich um einen qualifizierten Arzt zu handeln, der mehrere Entnahmestellen an verschiedensten Standorten anscheinend von einer Zentrale aus vertritt. Ist so eine Ausstellung von Dokumenten aus der Ferne dann zu akzeptieren? Es wird sich auf die Möglichkeit einer Delegation der Probenahme berufen.</i></p> <p>Unter einer ärztlichen Delegation ist nicht eine Delegation aus der Ferne zu verstehen. Für die Probenahme muss ein qualifizierter Arzt schon jeweils vor Ort sein, schließlich geht es auch um eine Anamnese und die Überprüfung der Einhaltung weiterer Rahmenbedingungen. Aus diesem Grund sieht CTU 2 (1) auch vor, dass die Durchführung und die Probenahme durch einen in Anlage 4a FeV aufgeführten Arzt oder Toxikologen erfolgt. Nur bei akkreditierten Laboren als durchführende Stelle kann auch eine externe Probenahme erfolgen, wenn diese Teil der Begutachtung durch die DAKKS im Rahmen der Akkreditierungsaudits ist. Lediglich das Mitgehen bei einer Urinabnahme kann dann entsprechend CTU 2 (8) i.V.m. (9) delegiert werden, sofern es sich um eine Institution mit ausgewiesenem QMS handelt.</p> <p>Ein Arzt aus der Ferne kann nicht verantwortlich unterzeichnen, wie Einbestellung, Identitätsüberprüfung und andere Rahmenbedingungen, wie die Prüfung und Behandlung der Probe, eingehalten wurden. Solche Bescheinigungen dürfen schon nach Anlage 4a Nr. 6 b) FeV im Rahmen der Begutachtung nicht anerkannt werden.</p>

Stichwort Fundstelle	Frage Kommentar
<p>Untersuchung von Körper- und Barthaaren auf EtG</p> <p>CTU 2 (12) i. V. m. Tab. C.9</p>	<p><i>Im Rahmen von vorgelegten Abstinenzbelegen kam es zu folgender Konstellation: Es wurden 3,5 cm Körperhaare auf EtG untersucht mit dem Hinweis vom Labor, dass dies laut den Angaben auf S. 316 der neuen BK zulässig wäre.</i></p> <p><i>Ist dieses Vorgehen den CTU-Kriterien konform und ist eine Kürzung von Körperhaaren auf eine bestimmte Länge nicht vorgesehen? In diesem Fall war auch keine Bündelung erfolgt und technisch ja auch unmöglich.</i></p> <p><i>Aber wie wäre es bei einem Extrembeispiel? Da Barthaare auch als Körperhaare gelten und die Kunden oft auch sehr lange Bärte tragen (teils bis zu 12 cm), wäre doch bei einem solchen Fall eine Haaranalyse über die gesamte Länge (wie in den BK für Körperhaare angegeben) nicht sehr sinnvoll hinsichtlich einer belastbaren Aussage über bspw. den EtG-Gehalt.</i></p> <p>In Kapitel C 3.3 der Beurteilungskriterien ist ausgeführt, dass Körperhaare in der Regel nicht als Haarstrang abgenommen werden, so dass eine Kürzung auf eine bestimmte Länge im Labor nicht erfolgen kann und diese dann in der Gesamtlänge einer Analyse zugeführt werden. Unabhängig von der tatsächlichen Länge wird für einen Abstinenzbeleg aber auch nur 1 Monat pro Zentimeter anerkannt (maximal 6 Monate für BtM/Medikamente und 3 Monate für EtG). Der ausgeführte Regelfall bezieht sich auf Brust-, Arm-, Bein- oder Schamhaare, die i.d.R. eher mit einem Einmalrasierer abgenommen werden und als Konglomerat das Labor erreichen, d.h. zusammengepackt, ohne dass Schnittstellen gekennzeichnet werden könnten.</p> <p>In dem von Ihnen geschilderten Fall der Barthaare ist es anders gelagert und er ist kein Regelfall, wie gerade dargestellt. Sofern es bei einem längeren Bart möglich ist, sollten Haarstränge analog zu Kopfharen abgenommen und entsprechende Abschnitte gem. den allgemeinen Vorgaben analysiert werden. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Wachstumsgeschwindigkeit nicht der von Kopfharen entspricht, somit der überblickte Zeitraum nicht genau bestimmt werden kann (Tab. C.9) und eine toxikologische Bewertung durch das Fachlabor erforderlich ist. Kritisch bei Barthaaren wären zudem weitere Abnahmen nach gewissen Zeiten, diese müssten an derselben, zuvor dokumentierten Stelle erfolgen wie bei der Erstabnahme, um so nur neu gewachsene Haare zu erfassen. Dies dürfte schwer umsetzbar sein, so dass Barthaare, wie andere Körperhaare auch, nur zu einer Erstanalyse herangezogen werden sollten.</p>
<p>Nachweis von HHC nach positivem Vortest auf Cannabinoide</p> <p>CTU 3 (10) i. V. m. Tab. C.10</p>	<p><i>Wir sind ein Labor und es häufen sich bei Urinkontrollen positive immunchemische Vortestbefunde auf Cannabinoide, die sich chromatographisch zunächst nicht bestätigen lassen. Durch weiterführende Analysen gelingt häufiger der Nachweis einer Aufnahme von Hexahydrocannabinol (HHC), einem anscheinend zunehmend verbreiteten semisynthetischen Cannabinoid. Sind solche Analysen zukünftig regelmäßig vorzunehmen und die Befunde mitzuteilen, obwohl die Substanz bzw. deren Metabolit nicht in den Substanzen eines polytoxikologischen Screenings gelistet ist?</i></p> <p>Es ist im Rahmen polizeilicher Ermittlungen bekannt, dass sich Sicherstellungen von HHC häufen und ein Nachweis von HHC oder HHC-COOH mittlerweile auch in biologischen Matrices verstärkt zu beobachten ist. Bei einem Urinscreening werden nach reinem HHC-Konsum positive immunchemische Befunde auf Cannabinoide erhalten, es kann jedoch kein Nachweis von THC-COOH geführt werden. Ein Labor sollte dann in Analogie zu positiven Vortestbefunden für Benzodiazepine – notfalls auch mit Unterbeauftragung – der Ursache positiver immunchemischer Befunde nachgehen und bei einem entsprechenden Nachweis von HHC bzw. HHC-COOH dies der durchführenden Stelle auch mitteilen.</p> <p>Bei Haaranalysen erfolgt keine immunchemische Vortestung, weshalb ein Mittesten auf HHC mit Mitteilung positiver Befunde bis auf Weiteres aber sachgerecht ist.</p> <p>Da HHC derzeit nicht im polytoxikologischen Screening (vgl. Tab. C.10) enthalten ist, muss bei einem positiven Befund nicht zwingend ein Programmabbruch erfolgen. In einer ggf. erfolgenden späteren Begutachtung sollten dann jedoch die Gutachter darauf eingehen, dass innerhalb eines Abstinenzkontrollprogrammes auf eine Ausweichsubstanz zurückgegriffen wurde.</p>
<p>Unauffälliger THC-Befund im Haar trotz Cannabimedikation (Compliance)</p> <p>CTU 3 (14)</p>	<p><i>Ein Klient, Cannabispatient mit Attest/Rezept bzgl. Vaporisation geringer Mengen Cannabis, wies im Rahmen einer Überprüfung der Medikations-Compliance einen unauffälligen Haarbefund auf THC auf, so dass er eine bestimmungsgemäße Einnahme nicht belegen konnte. Wie ist in solchen Fällen zu verfahren?</i></p> <p>Zum Beleg einer Medikations-Compliance bei Cannabispatienten sollte insbesondere bei Aufnahme oraler Fertigarzneimittel aber auch bei Vaporisation ggf. eine Haaranalyse auf das Stoffwechselprodukt THC-COOH durchgeführt werden, um eine Einnahme zu verifizieren. Es ist aus der Fachliteratur bekannt, dass THC weniger über den Blutkreislauf als vielmehr aus dem sog. Seitenstromrauch in die Haare gelangt. Bei oraler Einnahme oder Vaporisation sind unauffällige THC-Haarbefunde also nicht ungewöhnlich. THC-COOH wird dagegen über den Blutkreislauf eingelagert und ist i.d.R. nachweisbar. Darüber hinaus belegt ein positiver Befund zwar die Einnahme, nicht aber, ob sie bestimmungsgemäß war.</p>

Stichwort Fundstelle	Frage Kommentar
<p>Haaranalyse bei Verschreibung von Elvanse (Lisdexamfetamin) – bestimmungsgemäßer Gebrauch</p> <p>CTU 3 (14)</p>	<p><i>Gehäuft sprechen Klienten mit einer Verschreibung von Elvanse (Lisdexamfetamin) vor. Wie soll hier zur Überprüfung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs durch eine Haaranalyse vorgegangen werden?</i></p> <p>Bei Lisdexamfetamin handelt es sich um eine Vorläufersubstanz von D-Amphetamin. Aufgrund einer geringen Dosierung kann es trotz Einnahme zu unauffälligen Haar- oder auch Urinbefunden kommen, wenn nach BK4 nur noch positive Befunde ab dem Cut-off-Wert mitgeteilt werden. Bei bekannter Medikation sollten daher auch positive Befunde unterhalb der Cut-off-Werte mitgeteilt werden, um keine Zweifel bzgl. einer Einnahme aufkommen zu lassen. Dies sollte mit einem entsprechenden Hinweis im Befund grundsätzlich bei Urin- und Haaranalysen und bekannter Medikation erfolgen (z.B. Tilidin etc.).</p> <p>Bzgl. der Einnahme von Lisdexamfetamin besteht im Rahmen einer Analyse mit Enantiomerentrennung die Möglichkeit, zwischen einer reinen und bestimmungsgemäßen Einnahme von Lisdexamfetamin und einem möglichen (zusätzlichen) Konsum illegaler Amphetaminzubereitungen zu unterscheiden.</p>
<p>Nachanalysen der Rückstellproben auf weitere Substanzen</p> <p>CTU 3 (19)</p>	<p><i>Wird während eines laufenden oder bei einem abgeschlossenen Abstinenzkontrollprogramm(s) ersichtlich, dass neben bereits erfolgten Kontrollanalysen weitere Spezialanalysen notwendig sind (z.B. Vorgeschichte mit LSD oder NpS), können dann aus der gelagerten Rückstellprobe zusätzliche Analysen erfolgen bzw. Aufträge dafür gestellt werden?</i></p> <p>Prinzipiell geht das. Es wird unterschieden zwischen Zweitanalysen (= Re-Analysen) bei Anzweiflung eines positiven Befundes und eben Nachanalysen auf zuvor nicht getestete Parameter. Bei Befundnachforderung (Nachanalysen) muss allerdings besonders bei Haaranalysen Zurückhaltung geübt werden, da nur begrenzt Untersuchungsmaterial ggf. auch für Zweitanalysen zur Verfügung steht. Grundsätzlich bedarf es bei einer Nachuntersuchung um nachvollziehbare Darlegung der Notwendigkeit für dieses Anliegen (z.B. Befundnachforderung der mit der Begutachtung beauftragten BfF), einer Schweigepflichtentbindung gegenüber der anweisenden Stelle zwecks Rücksprache, einer Erklärung des Klienten, dass er ggf. auf eine Zweitanalyse der Rückstellprobe verzichtet und es muss sichergestellt sein, dass ausreichend Material zur Verfügung steht.</p> <p>Dies hat die durchführende Stelle zu berücksichtigen, bei der die Verfügungsgewalt und damit auch die Entscheidung über die Freigabe der Probe besteht. Niemals sind Proben einem Klienten auszuhändigen, die Organisation von Zweit- wie Nachanalysen liegt in den Händen der durchführenden Stelle.</p>
<p>Umfang der Abstinenzbelege bei Substitutionsbehandlung – Einbeziehung von Medikamenten und NpS</p> <p>CTU 3 (16)</p> <p>I.V. m. D 1.4 N (6)</p>	<p><i>Unter Kriterium D 1.4 N wird bei stabiler Substitutionsbehandlung bei Opioidabhängigkeit gefordert, dass eine Freiheit vom Beigebrauch anderer Betäubungsmittel, NpS und anderen psychoaktiven Stoffen oder Arzneimitteln in Analogie zu den CTU-Kriterien besteht. Abstinenzbelege dürfen zu dieser Annahme nicht in Widerspruch stehen. Bedeutet dies wirklich, dass bei jeder Urinkontrolle oder jeder Haarprobe ein polytoxikologisches Screening mit Erweiterung um die Opiioide sowie jedes Mal zusätzlich ein Arzneimittelscreening und eine Bestimmung sämtlicher NpS zu erfolgen hat? Aufwand und Kosten erscheinen ggf. nicht im Verhältnis zu stehen.</i></p> <p>Nicht selten ergeben sich bei Opioidabhängigkeit in der Vorgeschichte Hinweise auf eine mehr oder weniger umfangreiche Polytoxikomanie (häufig Benzodiazepine, Z-Substanzen, Pregabalin/Gabapentin, Antidepressiva, Neuroleptika und nicht ganz so häufig auch NpS), weshalb diese Forderung aufgestellt wurde. Dennoch ist unter der Forderung nicht zu verstehen, dass jede einzelne Probe so vollumfänglich zu analysieren ist, vielmehr sollte wie folgt vorgegangen werden:</p> <p>Bei jeder Analyse im Rahmen des Ausschlusses von Beigebrauch ist ein polytoxikologisches Screening inkl. Opiioide und inkl. Screening auf die definierten fahreignungsrelevanten Arzneimittelgruppen vorzunehmen.</p> <p>Des Weiteren wird bei Urinkontrollprogrammen einmal im Verlauf unvorhersehbar eine Analyse auf synthetische Cannabinoide und einmal im Verlauf auf „Badesalzdrogen“ sowie Designer-Opiioide/ Designer-Benzodiazepine vorgenommen. Ist in der Vorgeschichte ein Missbrauch einer dieser Drogen bekannt, werden die Bestimmungen hinsichtlich der betroffenen Substanzgruppe stets ergänzend durchgeführt.</p> <p>Wird der Abstinenzbeleg über Haaranalysen durchgeführt, ist eine Bestimmung auf alle genannten Substanzen bei der letzten Haaranalyse vor einer Fahreignungsbegutachtung zur Überprüfung der D-Kriterien durchzuführen.</p> <p>Im Rahmen von Folgeuntersuchungen nach dem Kriterium M 1.4 N ist der Umfang der Analyse von den Empfehlungen des Vorgutachtens abhängig zu machen. In besonders gelagerten Fällen, wie bei einer Erstbegutachtung nach Abschluss einer Substitution (Indikator 6), ist zumindest im Rahmen der Begutachtung eine vollständige Analyse zum Ausschluss einer Suchtverlagerung erforderlich.</p>

C.4 Psychologische Testverfahren (PTV)

isoliert auffälliger
Leistungsbefund
PTV 5, Indikator 7

Siehe Anfrage zu A 6.2 N, Indikator 1