

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 zu den Beurteilungskriterien¹ (BK) zu äußern. Sie haben daher auf ihren Homepages eine FAQ-Liste mit Antworten zu den an die Fachgesellschaft gestellten Fragen veröffentlicht. Sie wird fortwährend aktualisiert und ggf. um andere verkehrsmedizinische und verkehrspsychologische Themen erweitert.

Die Antworten auf diese Fragen sind in der Ständigen Arbeitsgruppe Beurteilungskriterien (StAB) abgestimmt und beschränken sich auf Auslegungshinweise bestehender Regelungen. Es werden nur Fragen zu Punkten aufgenommen, die bereits in den BK5 behandelt werden. Somit werden in den FAQs keine Neuregelungen vorgenommen, sondern ausschließlich bestehende Regelungen erläutert, sofern sie uneindeutig formuliert sind oder kritisch diskutiert werden. Die StAB behält sich vor, die eingereichten Fragen umzuformulieren oder zusammenzufassen, wenn dies zur Verständlichkeit beiträgt oder eine breitere, allgemeiner anwendbare Antwort erlaubt.

Zur Diagnose einer **fortgeschrittenen Cannabiskonsumproblematik**

(D 2.4 N, Ind. 14 und 16)

Frage (BfF)

Wie sind die in Indikator 14 und 16 zitierten Werte zur Feststellung einer D2 heranzuziehen? Gelten sie auch isoliert für den Fall, dass keine anderen Indikatoren (oder nur wenige) erfüllt sind? Handelt es sich also sozusagen um „harte Indikatoren“, die in jedem Fall zu einer Einordnung in die D2 führen müssen?

Es ist allgemein anerkannt, dass eine Konzentration von ≥ 150 ng THC-COOH/mL Blutserum für einen regelmäßigen, nahezu täglichen Cannabiskonsum spricht, der es aufgrund der erforderlichen langen Wartezeiten sehr schwierig macht, Konsum und Fahren noch zu trennen (vgl. auch Erläuterungen zu Fußnote 36 in der folgenden Frage). Dieser Grundsatz wurde wiederholt verwaltungsrechtlich bestätigt² und kann daher als Grundwissen bei jedem Gutachter / jeder Gutachterin vorausgesetzt werden. Dennoch handelt es sich bei Indikator 14 um keinen „harten Indikator“, welcher „in jedem Fall zu einer Einordnung in die D2 führen“ muss. Zu betonen ist, dass ein einzelner Biomarker diagnostisch nicht disjunkt ist und für sich genommen keine qualitative Differenzierung des Schweregrades einer Substanzgebrauchsstörung leisten kann. Wie zudem bekannt ist, kann ein Indikator allein keine diagnostische Einordnung begründen, sondern nur als ein Merkmal unter mehreren die Einordnung in ein bestimmtes diagnostisches Kriterium stützen. Im Indikator 16 wird dies im Text des Indikators noch einmal verdeutlicht, wenn im letzten Absatz auf die Interpretation „im Zusammenhang mit weiteren Tatmerkmalen“ verwiesen wird. Der in diesem Satz verwendete Konjunktiv („Befunde können für eine fortgeschrittene Drogenproblematik sprechen“) lässt zudem erkennen, dass auch dann noch davon ausgegangen wird, dass weitere Merkmale für die Einordnung in D 2.4 N hinzugezogen werden. Somit handelt es sich bei entsprechenden Nachweisen in der Vorgeschichte zwar um starke Hinweise, die eine gründliche Abklärung von D 2 erforderlich machen, es sind jedoch für sich genommen keine Entscheidungskriterien.

Dies wird auch schon darin deutlich, dass sich ein Hinweis auf eine sehr hohe THC-COOH-Konzentration ebenfalls in D 3.1 K findet (vgl. unten) und dieser schon deshalb nicht allein als diskriminierendes Merkmal zur Unterscheidung von D 2 und D 3 gelten kann.

Wir möchten in diesem Zusammenhang auf die in den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung (BGL) für Problemausprägungen unterhalb der Schwelle zur Abhängigkeit

¹ DGVP, DGVM, BRENNER-HARTMANN, J., FASTENMEIER, W. & GRAW, M. (HRSG.) (2026) *Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung – Beurteilungskriterien*. Überarbeitete und erweiterte 5. Auflage. Schriftenreihe Fahreignung. Bonn: Kirschbaum-Verlag

² vgl. DERPA in HENTSCHEL/KÖNIG, Straßenverkehrsrecht, 48. Aufl., Verlag C.H. Beck, 2025, S. 1518

verwendeten Begrifflichkeiten des „riskanten Cannabiskonsums“ und der „fortgeschrittenen Konsumproblematik“ hinweisen. Auch hier wird in den BGL deutlich gemacht, dass „die Begleitumstände des Konsums mit zu berücksichtigen [seien] wie z. B. besondere Umstände eines Verkehrsdelikts, die auf fehlende Verhaltenskontrolle hindeuten“. Es wird bei vorliegendem Cannabismissbrauch gefordert, dass „das riskante Konsumverhalten beendet und die Änderung des Konsumverhaltens gefestigt ist oder [...] Cannabisabstinenz eingehalten wird.“ Diese wird für erforderlich gehalten, wenn „bei Cannabisproblematik kein ausreichendes Trennvermögen bzw. keine zuverlässige Trennbereitschaft [bestand] und ... aufgrund der Lerngeschichte anzunehmen [ist], dass diese auch nicht erreicht werden kann.“

In den BGL selbst wird keine Zuordnung der Abstinenzforderung zu einem der genannten Konsummuster vorgenommen. Es ist also Aufgabe der Begutachtung, im Einzelfall zu entscheiden, ob ein Trennverhalten erreicht werden kann. In den BK 5 wurde durch die Beschreibung der fortgeschrittenen Cannabiskonsumproblematik in D 2.4 N eine transparente Entscheidungsgrundlage für die Forderung nach Konsumverzicht als Voraussetzung für die Annahme der Fahreignung nach Cannabismissbrauchs geschaffen. Die Begrifflichkeit des „riskanten Cannabiskonsums“ der BGL deckt nach unserer Auffassung beide in D2 und D3 beschriebenen Konsummuster ab, ohne bereits eine differenzialdiagnostische Einordnung vorzunehmen.

Zur Diagnose eines **problematischen Cannabiskonsummusters**

(D 3.1 K, Ind. 2, Fußnote 36)

Frage (BfF)

Wie ist dieser Indikator bzw. die zugehörige Fußnote diagnostisch einzusetzen?

Fußnote 36 soll die im Indikator 2 verwendeten Begriffe der „hohen“ bzw. „sehr hohen“ THC-COOH-Konzentration mit Bezug auf die wissenschaftliche Fachliteratur und die - ebenfalls darauf fußende – Rechtsprechung erläutern, um eine einheitliche Verwendung im Kontext der Begutachtung zu unterstützen. Indikator 2 steht im Kontext der Indikatoren 1-3, die eine Toleranzentwicklung als ein Merkmal eines problematischen Konsummusters ansprechen. Weitere Merkmale, wie Habituation, Binge-Konsum, Konsum zur Belastungsbewältigung und andere folgen in den anschließenden Indikatoren. Wie oben bereits erwähnt, kann ein Indikator allein keine diagnostische Einordnung begründen, sondern kann nur im Kontext weiterer Aspekte die Diagnose stützen, die sich als einheitliches Bild aus einer Reihe von Indikatoren ergeben sollte. Andererseits liegt es auf der Hand, dass im Fall einer nachgewiesenen THC-COOH-Konzentration ab 150 ng/mL zumindest die Einordnung in D 3 und die Forderung nach Korrektur des Konsumverhaltens (vgl. D 3.5 N) aufgrund eines höher frequenten bis nahezu täglichen Cannabiskonsum naheliegt. Sie kann also auch dann als die im Vergleich zu D 2 schwächere Ausprägung eines riskanten Cannabiskonsums angenommen werden, wenn - aufgrund fehlender Mitwirkung des Klienten - keine weiteren Befunde erhoben werden können.

Dies ist im Grunde trivial, da nach der entsprechenden Vorgeschichte, welche die Annahme von Cannabismissbrauch und die Anordnung einer Begutachtung begründete, in der Regel ein fehlendes Trennverhalten angenommen werden kann und die Forderung der BGL zu erfüllen ist, wonach das riskante Konsumverhalten beendet sein muss. Ausnahmen sind hier nur denkbar, wenn sich die Problematik ausschließlich auf eine fehlende Trennbereitschaft beschränkte (D 4) und nachvollziehbar dargelegt (und für den Zeitraum der Begutachtung belegt) werden kann, dass auch in der Vergangenheit ein nur moderater Cannabiskonsum (D 3.5 N) bestand.

Zum **Beleg eines moderaten Cannabiskonsums**

(D 3.6 N (5) KI 1 und 2)

Frage I (BfF):

Wie können Personen, die einen moderaten, niederfrequenten Cannabiskonsum bei D3 nachweisen möchten, dies tun?

Wäre eine positive Fahreignungsprognose bei Diagnose D3 und Angabe eines moderaten,

niederfrequenten Cannabiskonsums ohne Beleg für die Konsumveränderung haltbar? Dies auch vor dem Hintergrund, dass bei einer Abstinenzangabe ein Beleg erforderlich ist, es um Gleichbehandlung geht und die moderaten Konsumenten nicht bessergestellt werden sollten als die „Abstinenzler“.

Frage II (BfF):

Durch die herrschende Unsicherheit bzgl. der Anwendbarkeit der aufgeführten Grenzwerte für den Beleg eines moderaten Cannabiskonsums werden Nachweise zu „kontrolliertem Cannabiskonsum“ größtenteils nicht angeboten. Dies führt zu negativen Gutachten aufgrund fehlender Nachweise bzw. Nachweismöglichkeiten eines kontrollierten Konsums. Damit werden die Betroffenen mit etwas belastet und erfahren ganz erhebliche negative Konsequenzen, obwohl sie keinerlei Verantwortung trifft. Ferner ist die Gleichstellung von Weiterkonsum und Abstinenz definitiv nicht gegeben, da die abstinent Lebenden nicht die Möglichkeit haben, auf die geforderten Nachweise aufgrund vermeintlicher fachlicher Unsicherheiten zu verzichten.

Frage III (Therapeutin):

Welche Werte und welche Nachweise müssen/sollen erbracht werden. Ich habe über Klienten und auch über eine Rückmeldung einer BfF erfahren, dass hier große Unsicherheit und Unklarheit bzgl. der Werte und Nachweise besteht. Was genau müssen diese Klienten denn nachweisen?

Die in D 3.6 N (5) in den Kontraindikatoren aufgeführten Belege und die aus der Literatur plausibel abgeleiteten Entscheidungsgrenzen (vgl. Tab. C.11 in CTU 3 und Ausführungen auf S. 361, 373) zeigen auf, wie ein solcher Nachweis erfolgen kann. Es ist sicher wichtig, zu betonen, dass diese Entscheidungsgrenzen keine diagnostischen Grenzwerte zur Einordnung eines Cannabiskonsums in D3 darstellen. Sie folgen vielmehr der Überlegung, dass Personen, bei denen nach FeV Cannabismissbrauch vorliegt (fehlendes Trennverhalten) und die nach D 3.1 K - D 3.3 K in Hypothese D 3 eingestuft werden konnten, ihr Konsumverhalten -analog zu den Überlegungen für Alkoholkonsumenten bei A3 - vor einer MPU soweit geändert haben, dass sie der Forderung der Anlage 4a FeV nach zuverlässigem Trennen von Konsum und Fahren auch nachkommen können. Die in den Kontraindikatoren beschriebenen Entscheidungsgrenzen für die THC-COOH-Konzentrationen im Blut und in den Haaren wurden also gezielt für das Szenario einer bekannten Kontrollsituation und für den Wunsch des Klienten festgelegt, seine Verhaltensänderung belegen zu wollen. Sie sind somit eindeutig der Veränderungs- und nicht der Statusdiagnostik zuzuordnen.

Es ist sicher problematisch, wenn bei Angabe eines moderaten Cannabiskonsums auf geeignete Belege verzichtet werden würde. Auch an dieser Stelle sei auf die Forderung der BGL hingewiesen, wonach „das riskante Konsumverhalten beendet und die Änderung des Konsumverhaltens gefestigt“ sein muss. Wir sind der Auffassung, dass die erforderliche Verhaltensänderung ohne Hinzuziehen plausibler Belege zumindest für den Zeitraum vor der MPU nicht geprüft und nachvollziehbar bestätigt werden kann. Diese werden als Entscheidungsgrundlage im Text des Kriteriums D 3.6 N explizit gefordert, wo es heißt: „Der Zeitraum der Veränderung wird zudem nachvollziehbar dokumentiert.“

Die Feststellung, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung ein moderater, risikoarmer Cannabiskonsum vorliegt, setzt eine interdisziplinäre Bewertung der Befunde voraus. Anders als bei Alkohol, wo in A 3.3 K eine Reihe körperlicher Befunde sowie indirekte Alkoholmarker beschrieben werden, die in der ärztlichen Untersuchung erhoben und zur diagnostischen Einordnung des Alkoholkonsums verwendet werden können, liegen solche medizinischen Befunde zur Einordnung eines Cannabiskonsums nicht vor. Den direkten Konsummarkern fällt damit in der medizinischen Bewertung des Konsumverhaltens eine wesentliche Rolle zu.

Eine Entscheidung ohne entsprechende Belege stellt die Gutachter vor die kaum lösbare Aufgabe, die Angaben des Klienten allein aufgrund ihres Eindrucks auf ihre Nachvollziehbarkeit hin bewerten zu müssen. Kann sich der Klient nicht durch seine Angaben unterstützende Belege entlasten, ist zu erwarten, dass vertiefende, anzweifelnde und kritische Befragungen stattfinden, die den Klienten nicht nur belasten, sondern manche auch überfordern. Gerade bei grenzwertiger Befundlage befürchten wir, dass es in solchen Fällen mehr negative Prognosen geben dürfte.

Grundsätzlich stellt eine Begutachtung, die ohne vorliegende Belege zu einer abschließenden diagnostischen Einordnung des Konsumverhaltens und zu prognostischen Einschätzung gelangt, eine Abweichung von den Regelungen der Beurteilungskriterien dar. Eine solche Abweichung von der BK-Systematik müsste in der schriftlichen Ausarbeitung des Gutachtens begründet werden. Hierbei wären einschlägige wissenschaftliche Quellen einzubeziehen, die Evidenz dafür bieten, dass der erhobenen anamnestischen und explorativen Befunde das Zielverhalten zutreffend erfassen und die angewandte Interviewmethode in diesem Aspekt der Validität der von toxikologischen Parametern entspricht. Uns sind derartige Publikationen bislang nicht bekannt. Die Diskrepanz zwischen den Anforderungen des Kriteriums D 3.6 N und einer in diesem Punkt unvollständigen Befundlage (fehlende Dokumentation gemäß Indikator 5) könnte das zentrale Qualitätsmerkmal eines Gutachtens, d.h. die Nachvollziehbarkeit (vgl. Seite 86-87 in BK 5), beeinträchtigen und in der Folge die Verwertbarkeit des Gutachtens im Verwaltungsverfahren gefährden.

Zu beachten ist auch der Aspekt, dass ein Klient, der sich entsprechende Belege im Vorfeld einholt, damit selbst erfährt, wo er steht und dass dies im Kontext einer Beratung / Therapie im Vorfeld der MPU ebenfalls Chancen für die Intensivierung der Intervention eröffnet. Dies wird uns im Übrigen auch von vielen Rechtsanwälten als hilfreiche Option rückgemeldet.

Zudem wäre es grundsätzlich schwierig, wenn es eine bestimmte Form der Verhaltensänderung gäbe, die im Gegensatz zu anderen Entscheidungen, keiner Belege bedürfte. Es ist zu befürchten, dass Konsum- oder Abstinenzentscheidungen dann nicht mehr nach der vorliegenden Notwendigkeit oder der Umsetzbarkeit für den Klienten getroffen werden, sondern aufgrund von Überlegungen / Empfehlungen zur Minimierung des Aufwands.