

Deutscher Hanfverband · Rykestraße 13 · 10405 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Verkehr
per Email an
verkehrsausschuss@bundestag.de

Ansprechpartner: Georg Wurth
E-Mail: georg.wurth@hanfverband.de
Telefon: +49 30 447 166 53

Datum: 22.02.2021

Stellungnahme des Deutschen Hanfverbands (DHV) zur Öffentlichen Anhörung des Verkehrsausschusses des Deutschen Bundestages am 24.02.2021 zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Gleichstellung von cannabis-und alkoholkonsumierenden Führerscheininhaberinnen und Führerscheininhabern“ (BT-Drucksache 19/17612)

Vorbemerkung

Der Deutsche Hanfverband (DHV) beschäftigt sich seit seiner Gründung 2002 intensiv mit dem Thema „Cannabis und Führerschein“, denn für viele Cannabiskonsumenten ist die Gefahr des Führerscheinentzugs eine größere Bedrohung als mögliche strafrechtliche Konsequenzen. Wir betrachten dabei nicht nur die politische, rechtliche und wissenschaftliche Dimension des Themas sowie die Anwendung und Umsetzung der gesetzlichen Regeln in Praxis und Justiz, sondern sind auch eng mit Betroffenen in Kontakt. Durch unzählige Fallberichte aus den Reihen unserer 7.000 Fördermitglieder, ehrenamtlich Aktiven in fast 30 Ortsgruppen und hunderttausender Follower in Sozialen Netzwerken wissen wir, wie es sich anfühlt, zusammen mit dem Führerschein den Arbeitsplatz oder die Mobilität im ländlichen Raum zu verlieren, oft ohne einen Zusammenhang mit einer tatsächlichen Drogenfahrt.

2018 ist vor diesem Hintergrund im Rahmen einer Kampagne mit dem Motto „Klarer Kopf. Klare Regeln!“ eine [Homepage](#) mit Informationen und Fallbeispielen entstanden. Außerdem eine [Broschüre](#) zu „Wissenschaft, rechtlichen Dimensionen und Kosten“ sowie eine [Resolution](#) an den Bundestag mit vielen weiteren Unterstützern und konkreten Forderungen und Vorschlägen. Broschüre und Resolution hänge ich dieser Stellungnahme an, sie sind aber auch auf der oben verlinkten Homepage zu finden. In der Broschüre findet sich auch die wissenschaftliche Herleitung der hier gemachten Aussagen.

Ersatzstrafe Führerscheinentzug?

Viele Betroffene, aber auch Wissenschaftler und Politiker halten die aktuelle Regelung für eine Art Ersatzstrafe, bei der es nicht in erster Linie um die Verkehrssicherheit geht. Auch wenn das sicher nicht die bewusste Intention jedes einzelnen verantwortlichen Abgeordneten ist, sprechen zwei Punkte für diese Sicht.

1994 urteilte das BVerfG, dass der Besitz einer geringen Menge Cannabis zum Eigenverbrauch nicht bestraft werden soll. In der darauffolgenden Legislaturperiode (1994-1998) wurden einerseits die jeweiligen Länderverordnungen zur „Geringen Menge“ erlassen, die zumindest erste Ansätze einer Entkriminalisierung der Konsumenten mit sich brachten. Immer noch gibt es sehr viele Strafverfahren gegen Cannabiskonsumenten, die teilweise mit empfindlichen Strafen enden, aber die Zahl der eingestellten Verfahren stieg doch erheblich. 1998 wurde in den letzten Zügen der Kohl-Regierung das Fahrerlaubnisrecht verschärft. Unter anderem wurde erstmals wegen des bloßen Besitzes geringer Mengen Cannabis ohne Zusammenhang mit dem Straßenverkehr die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen grundsätzlich in Frage gestellt, Führerscheine wurden entzogen, MPUs angeordnet. Dieser zeitliche Zusammenhang legt den Gedanken nahe, dass mit dem Verkehrsrecht eine Möglichkeit gefunden wurde, den Cannabiskonsum zu sanktionieren, nachdem das strafrechtlich nicht mehr ohne Weiteres möglich war.

Außerdem wird dieser Gedanke dadurch gefördert, dass in vielen Fällen von Führerscheinentzug oder teurer MPU-Anordnungen keine Drogenfahrt stattgefunden hat, weil es entweder nur um Besitzdelikte geht oder weil die Betroffenen mit THC-Restwerten über 1ng/ml Blutserum nüchtern und ohne messbare Ausfallerscheinungen unterwegs waren. In jedem Fall spricht eine erhebliche Ungleichbehandlung von Cannabis- und Alkoholkonsumenten im Führerscheinrecht dafür, dass es bei den Regelungen nicht im Wesentlichen um Verkehrssicherheit geht.

Ungleichbehandlung von Cannabis- und Alkoholkonsumenten im Straßenverkehr...

Der Konsum von Cannabis kann die Unfallwahrscheinlichkeit signifikant erhöhen, insofern muss es einschränkende Regelungen für den Straßenverkehr geben. Allerdings steigt die Unfallwahrscheinlichkeit durch Alkohol deutlich stärker, so dass eine Ungleichbehandlung nicht gerechtfertigt ist – jedenfalls nicht im Sinne einer härteren Gangart gegenüber Cannabiskonsumenten. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, dass Patienten, die

regelmäßig Cannabis aus medizinischen Gründen einnehmen, nach einer Eingewöhnungsphase ohne Ausfallerscheinungen auch mit erhöhten THC-Werten fahren dürfen.

- ...in Fällen ohne Verkehrsbezug

Bis heute wird jedes noch so kleine (und oft eingestellte) Strafverfahren wegen Cannabisbesitz an die Führerscheinstellen gemeldet. Zwar urteilte das BVerfG 2002, dass eine solche Meldung nicht unmittelbar zu Überprüfungsmaßnahmen führen darf. Kommen aber zufällig mehrere solche Meldungen zusammen, wird das häufig als Hinweis auf regelmäßigen Konsum gewertet, was zu einer MPU-Anordnung und damit zu hohen Kosten und auch schnell zum Führerscheintzug führt, ohne jeden Zusammenhang mit dem Straßenverkehr. Das wäre vergleichbar damit, dass die Polizei Menschen an die Führerscheinstellen meldet, die zu Fuß mit einer Flasche Bier erwischt wurden, z.B. wenn sie aus einem Supermarkt kommen. Man würde sich zurecht fragen, was das mit Verkehrssicherheit zu tun haben soll.

Konkret ist die Weiterleitung der Information über Strafverfahren an Führerscheinstellen auf Landesebene in Verordnungen/Polizeiverfügungen geregelt. Aber die Bundesländer berufen sich dabei auf Bundesrecht, so dass eine Klarstellung wie von den Linken beantragt sinnvoll erscheint.

- ...beim Vergleich der Grenzwerte und der Definition einer Drogenfahrt

Der Grenzwert von 1 ng THC/ ml Blutserum wurde von den Gerichten als analytische Untergrenze festgelegt. Es ging nicht im Wesentlichen darum, dass ab diesem Wert mit Beeinträchtigungen zu rechnen ist, sondern dass damals unterhalb dieser Grenze ein Nachweis von THC gar nicht sicher möglich war. Eine Erhöhung der Unfallwahrscheinlichkeit ist vor allem an den zeitlichen Zusammenhang mit dem Konsum und wesentlich höheren THC-Konzentrationen im Blut gekoppelt. Unter 10 ng verspüren die meisten Konsumenten keine Wirkung mehr. Spätestens unter 3 ng sehen die meisten Studien keine erhöhte Unfallwahrscheinlichkeit mehr. Da THC im Gegensatz zu Alkohol nicht linear abgebaut wird, sondern im Sinne von Halbwertszeiten, geht der Wert nach dem Konsum zunächst sehr schnell, bei den Restwerten dann aber sehr langsam nach unten. Deshalb gibt es sehr viele nüchterne Fahrer, die viele Stunden nach dem letzten Konsum noch mit unwirksamen THC-Restwerten zwischen 1 und 5 ng unterwegs sind. Bei Cannabis wird also quasi eine „Weit-Unter-Null-Toleranz“ angewendet und seit Stunden nüchternen Fahrern eine „Drogenfahrt“ unterstellt, während bei Alkohol mit der 0,5 Promille-Grenze eine leichte Berausung durchaus akzeptiert wird.

Dem entsprechend kommt es sehr häufig vor, dass nach positivem THC-Schnelltest (und anschließender Blutentnahme) von den begutachtenden Ärzten keinerlei Ausfallerscheinungen oder Anzeichen einer Berausung festgestellt werden.

Die unmittelbare Sanktion einer Drogenfahrt mit Bußgeld bzw. befristetem Fahrverbot ist bei Cannabis und Alkohol ähnlich, wird aber wie hier geschildert oft auf unterschiedliche Fälle angewendet.

...bei der grundsätzlichen, verwaltungsrechtlichen Überprüfung der Fahrtauglichkeit

Nach einer ersten Alkoholfahrt ist die Sache nach der Zahlung des Bußgeldes erstmal ausgestanden. Bei Cannabis geht der Ärger danach erst richtig los, wenn die Führerscheinstelle die Fahreignung grundsätzlich anzweifelt und den Verdacht auf regelmäßigen Konsum und fehlendes Trennungsvermögen mit der Anordnung einer MPU klären will.

Der Führerschein wird entzogen bei regelmäßigem, das heißt fast täglichem Konsum. Dabei spielt es keine Rolle, ob ein Trennungsvermögen zur Teilnahme am Straßenverkehr besteht. Wenn Alkoholkonsumenten gleich behandelt würden, würde ein regelmäßiges Feierabendbier für einen zwingenden Führerscheinentzug ausreichen.

Außerdem wird der Führerschein entzogen, wenn es kein Trennungsvermögen zwischen Konsum und Teilnahme am Straßenverkehr gibt. Der Verdacht auf fehlendes Trennungsvermögen wird schon nach der ersten „Drogenfahrt“ (s.o.) angenommen. Wenn Alkoholkonsumenten gleich behandelt würden, müssten sie bereits nach dem ersten Alkoholverstoß mit einer teuren MPU den Verdacht auf fehlendes Trennungsvermögen ausräumen.

...bei der MPU

Bei der MPU fängt die Ungleichbehandlung entsprechend dem oben Gesagten damit an, dass sie bei Cannabis prozentual sehr viel häufiger angeordnet wird. Außerdem müssen Cannabiskonsumenten entsprechend den Begutachtungsleitlinien und dem Feedback, das wir bekommen, zwingend ein grundsätzliches „Problembewusstsein“ bezüglich des eigenen Cannabiskonsums zeigen. Es reicht nicht, die Drogenfahrt zu bereuen, also diesbezüglich Problembewusstsein und zukünftiges Trennen von Konsum und Fahren glaubhaft zu machen. Die Betroffenen müssen in den allermeisten Fällen eine Geschichte parat haben, mit der sie den Cannabiskonsum an sich problematisieren und „Besserung geloben“. Entsprechend kommt man mit Ehrlichkeit und ohne teure Vorbereitung kaum durch eine Cannabis-MPU. Man muss wissen, was gefragt wird und was die richtige Antwort ist, gesunder Menschenverstand hilft nicht weiter.

Wenn also gesagt wird, dass heute bei Cannabiskonsumenten nicht mehr sofort der Führerschein entzogen wird, weil sie das Problem mit einer MPU ausräumen können, ist das nur die halbe Wahrheit. Im übrigen erklärt das massenhafte Einschleusen von Cannabiskonsumenten in die MPU-Begutachtung und die Schaffung von Millionenumsätzen für die Begutachtungsstellen den Widerstand der beteiligten Institute gegen jede Änderung der aktuellen Rechtslage.

Außerdem ist die MPU regelmäßig auch mit einem Abstinenznachweis verbunden. Wenn Alkoholkonsumenten gleich behandelt würden, müssten sie nach der ersten Alkoholfahrt nicht nur zukünftigen Trennungswillen glaubhaft machen, sondern auch eine hundertprozentige Abstinenz mit entsprechenden Kontrollen nachweisen.

...bei der Sanktionsspirale

Bei Alkoholkonsumenten wurde eine Sanktionsspirale mit zunehmend harscheren Folgen von Verstößen etabliert. Man möchte die Menschen nicht sofort und gnadenlos „ausknipsen“, sondern setzt auf einen erzieherischen Effekt, um mehr Verkehrssicherheit zu gewährleisten. Bei Cannabiskonsumenten wird sehr häufig wie oben beschrieben mit dem Umweg über eine teure MPU der Führerschein nach dem ersten Verstoß entzogen, oft ohne dass die betreffende Person jemals berauscht gefahren ist. Hier ist von einer erzieherischen Sanktionsspirale keine Spur. Das entspricht eher einer Logik, mit der man auch gleich komplett Autos verbieten könnte, um mehr Verkehrssicherheit zu erreichen.

Diese Totschlag-Taktik in Kombination mit unrealistisch niedrigen Grenzwerten führt für regelmäßige Konsumenten übrigens dazu, dass es sich für sie gar nicht lohnt, zwischen Konsum und Fahren zu trennen, weil sie sowieso nach einer Kontrolle mit dem Verlust des Führerscheins rechnen müssen. Je nach persönlichem Stoffwechsel kommen diese Konsumenten selten unter 1 ng THC im Blutserum, obwohl sie den ganzen Tag nüchtern und fahrtüchtig sind. Viele fahren trotzdem nicht unmittelbar nach dem Konsum, aus Verantwortungsbewusstsein und weil sie es als unangenehm empfinden, berauscht zu fahren. Dennoch fänden wir es sinnvoller, wenn die Rechtslage das Trennen von Konsum und Fahren belohnt.

Grenzwerte international

In unserer eingangs erwähnten Broschüre haben wir auch in anderen Ländern gültige THC-Grenzwerte zusammengetragen und auf die deutsche Maßeinheit (Blutserum) umgerechnet (Stand 2017). Keines der Länder hat einen so niedrigen Wert wie Deutschland mit 1 ng. Dänemark und

Griechenland haben beispielsweise 2 ng. Bei 6 ng liegen z.B. Portugal, die Niederlande, Polen und Nevada (USA). In Colorado und einigen anderen US-Staaten gelten 10 ng.

Auch die Einteilung in zwei verschiedene Werte, wie von den Linken und auch dem DHV vorgeschlagen, gibt es international. In Norwegen gibt es sogar drei Werte, der oberste liegt bei 18 ng. Sehr nah am Vorschlag der Linken liegt Kanada mit 4 und 10 ng.

Vor diesem Hintergrund erscheint manche Stellungnahme befremdlich, die davon ausgeht, dass ein höherer Grenzwert als 1 ng zu einer schweren Gefährdung des Straßenverkehrs führt. Deutschland verfolgt eine extrem repressive Insellösung.

Zum Antrag der Linken

Die Forderungen im vorliegenden Antrag sind geeignet, die oben beschriebenen Probleme zu lösen. Wir befürworten alle vier Punkte, auch im jeweiligen Detail. Ein zweigeteilter THC-Grenzwert von 3 und 10 ng entspricht dem DHV-Vorschlag und fast genau der Regelung in Kanada (4/10).

In dieser Stellungnahme bisher nicht zur Sprache gekommen ist die Erforschung alternativer Verfahren zur Bestimmung einer akuten Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit (Forderung II 2). Schon bei Alkohol zeigt sich, dass ein Blutwert nur sehr grobe Aussagen über die individuelle Wirkung bzw. die Gefährdung des Straßenverkehrs treffen kann. Bei Cannabis ist diese Ungenauigkeit noch größer. Ein wissenschaftlich sicheres und in der Praxis anwendbares Verfahren, mit der die Fahrtauglichkeit rechtsgültig getestet werden kann, würde vielen Menschen den Führerschein erhalten, von denen keine Unfallgefahr ausgeht, und viele Menschen aus dem Verkehr ziehen, die nichts im Blut haben, aber nicht fahrtüchtig sind, z.B. aufgrund von Müdigkeit oder altersbedingt verlangsamter Reaktionen. Im Sinne der Verkehrssicherheit begrüßen wir diese Perspektive.

Ebenso halten wir es für sinnvoll, nicht mehr auf das nicht psychoaktive THC-COOH bei Blutproben zurückzugreifen. Bisher wird versucht, aus diesem Wert Rückschlüsse auf die Konsumhäufigkeit zu ziehen. Weil auch dieser Wert sehr vom individuellen Stoffwechsel abhängt, halten wir das nicht für sinnvoll. Auch das Ausschlusskriterium „regelmäßiger Konsum“ erscheint uns nicht sinnvoll, ein Trennen von Konsum und Verkehrsteilnahme ist – wie beim Feierabendbier - trotzdem möglich.

Zusätzlich zu den Forderungen im vorliegenden Antrag möchten wir anregen, die Messmethode in Deutschland (mit Bezug auf Blutserum) dem internationalen Standard anzugleichen (Vollblut), um eine bessere Vergleichbarkeit zu erreichen.

Fazit

Der Kampf des Staates gegen Cannabis ist letztlich ein Kampf gegen große Teile der eigenen Bevölkerung und das Führerscheinrecht ist viel zu lange als Waffe missbraucht worden.

Der vorliegende Antrag ist geeignet, die Verkehrssicherheit zu gewährleisten und sogar zu verbessern. Gleichzeitig kann er die jahrzehntelange Diskriminierung von Cannabiskonsumenten zumindest in diesem Bereich beenden.

Georg Wurth

Geschäftsführer

RESOLUTION

An die Abgeordneten des Deutschen Bundestages

An die Abgeordneten der Landesparlamente

An den Bundesverkehrsminister

An den Bundesjustizminister

An die Verkehrsministerkonferenz

An die Justizministerkonferenz

“Gleichstellung von alkohol- und cannabiskonsumierenden Führerscheininhabern”

Die Unterzeichnenden sprechen sich für Änderungen im Verkehrs- und Fahrerlaubnisrecht aus, um eine Gleichbehandlung von alkohol- und cannabiskonsumierenden Führerscheininhabern zu erreichen.

Risikobasierte Grenzwerte und erzieherische Sanktionsspirale bei Alkohol

Bei Alkohol im Straßenverkehr gibt es mehrere Grenzwerte, die sich am tatsächlichen Gefahrenpotential orientieren und die unterschiedlich harte Sanktionen zur Folge haben (Blutalkoholkonzentrationen von 0,3 - 0,5 - 1,1 Promille). Außerdem wird unterschieden, ob ein Fahrer einmalig oder mehrfach mit Alkohol am Steuer auffällt. Die erste Auffälligkeit mit Bußgeld und einmonatigem Fahrverbot ist ein deutlicher Warnschuss und reicht bei vielen Betroffenen aus, um Konsum und Fahren zukünftig zu trennen. Das Ordnungswidrigkeitenrecht hat hier eine erzieherische Funktion. Eine MedizinischPsychologische Untersuchung (MPU) wird von den Fahrerlaubnisbehörden erst nach wiederholter Auffälligkeit über 0,5 Promille oder bei einmaligen Verstößen ab 1,1 Promille gefordert.

Null-Toleranz bei Cannabis

Bei Cannabis gilt der analytische Grenzwert von 1 Nanogramm (ng) aktives THC pro Milliliter Blutserum. Dieser Grenzwert hat keine Aussage über eine Rauschwirkung und orientiert sich nicht an einer tatsächlich erhöhten Unfallgefahr. Er wird noch viele Stunden, manchmal sogar mehrere Tage nach Abklingen der Rauschwirkung überschritten. Auf diese Weise wird nüchternen Fahrern eine Rauschfahrt unterstellt, die sie nicht begangen haben. Darin liegt die erste ungerechte Ungleichbehandlung.

Bei 0,49 Promille Alkohol kann die Fahrtüchtigkeit durchaus beeinträchtigt sein. Solange die Beamten keine Beeinträchtigungen bemerken, hat dieser Wert aber keinerlei Folgen bei einer Verkehrskontrolle, während vollkommen nüchterne Fahrer mit 1,0 ng THC pro ml Blutserum bereits Bußgeld und Fahrverbote auferlegt bekommen wie bei über 0,5 Promille Alkohol. Dieser Ungleichbehandlung kann nur mit einem risikobasierten Grenzwert für Cannabis begegnet werden.

Noch drastischer sind allerdings die weiteren Folgen für Cannabiskonsumenten. Während nach einer Alkoholfahrt über 0,5 Promille die Sache nach Bußgeld und befristetem Fahrverbot erst einmal ausgestanden ist, fangen die großen Probleme bei Cannabis erst an. Neben den ordnungswidrigkeitsrechtlichen

Sanktionen werden auch die zuständigen Führerscheinstellen informiert, die in der Regel schon nach einem einmaligen Verstoß fehlendes Trennungsvermögen zwischen Konsum und Verkehrsteilnahme unterstellen. Diese entziehen meistens die Fahrerlaubnis sofort und langfristig oder fordern zumindest ein teures Überprüfungsverfahren mit fachärztlichen Gutachten oder MPU an. Die erzieherische Sanktionsspirale bzw. Warnschuss-Intention, die nur auf das Ordnungswidrigkeitenrecht bezogen auch bei Cannabis greifen würde, wird durch einen sofortigen Entzug der Fahrerlaubnis auf der verwaltungsrechtlichen Ebene ausgehebelt.

Der Entzug der Fahrerlaubnis kommt darüber hinaus in der Praxis auch ohne Verkehrsbezug häufig vor, wenn die Führerscheinstelle von einem regelmäßigen Cannabiskonsum des Betroffenen ausgeht. "Regelmäßiger Konsum" wird von den Fahrerlaubnisbehörden oft schon bei wöchentlichem oder monatlichem Konsum unterstellt, während es in der Praxis keinerlei Problem darstellt, wenn ein Autofahrer jeden Abend ein Feierabendbier trinkt.

Wenn jemand dagegen mit geringen Mengen Cannabis zum Eigenbedarf erwischt wird, erfolgt eine Meldung an die Führerscheinstelle. Mehrere solche Meldungen können schon für das Einleiten teurer Überprüfungsmaßnahmen ausreichen. Hierin liegt die dritte wesentliche Ungleichbehandlung zwischen Alkohol und Cannabis im Straßenverkehr.

Unterschiedliche Behandlung orientiert sich nicht am Unfallrisiko

Diese drastische Ungleichbehandlung von Alkohol und Cannabis lässt sich nicht mit der potentiellen Erhöhung des Unfallrisikos im Vergleich zum nüchternen Fahren begründen. Während sich das Unfallrisiko bei 0,5 oder mehr Promille Alkohol um das 2- bis 200-fache erhöht, erhöht es sich für akut durch THC beeinträchtigte Fahrer (Konsum innerhalb der letzten drei Stunden) im Mittel nur um das 2-fache, wie aktuelle Studien zeigen. Selbstverständlich ist auch diese Verdopplung des Unfallrisikos nicht zu tolerieren, sondern zu sanktionieren. Für eine wesentlich härtere Bestrafung für Cannabis am Steuer gibt es aber keine wissenschaftliche Begründung.

Anders als bei Alkohol ist es hingegen bei THC aus verschiedenen Gründen schwierig, einen wissenschaftlich fundierten, eindeutigen Blutkonzentrations-Grenzwert für den Straßenverkehr zu definieren. Um dennoch nüchterne Fahrer von verkehrsrelevant beeinträchtigten klar unterscheiden zu können und die Wahrscheinlichkeit falsch-positiver und falsch-negativer Testergebnisse auszubalancieren, empfehlen verschiedene Studien Grenzwerte zwischen 3 und 10 ng THC/ml Blutserum. In diesem Bereich wurden international bereits unterschiedliche Grenzwerte umgesetzt, zum Beispiel 3* ng in der Schweiz für Taxi- und Busfahrer, 4* ng in Tschechien und Großbritannien, 6* ng in den Niederlanden sowie 10* ng in Colorado und Kanada.

*aus Vollblutwerten mit dem konservativen Faktor 2,0 umgerechnet, laut Giroud *et al.* 2001 kann er zwischen 1,5 und 2,8 schwanken.

Sicherheit wird eher gefährdet als erhöht

Die klaren, nachvollziehbaren und einhaltbaren Regeln für Alkohol im Straßenverkehr haben einen erzieherischen Effekt und erhöhen die Verkehrssicherheit.

Alkoholkonsumenten können sich ohne Probleme an diese Regeln halten, indem sie sich erst nach Abklingen der Alkoholwirkung ans Steuer setzen. Dies ist bei Cannabiskonsumenten nicht der Fall. THC baut sich im Körper nicht linear ab. Die Werte sinken nach dem Konsum zunächst sehr schnell, am Ende aber sehr langsam. Dadurch haben Cannabiskonsumenten oftmals noch lange nach Abklingen der Wirkung einen Wert von 1 ng THC im Blutserum. Um einen Entzug der Fahrerlaubnis zu vermeiden, weichen daher Fahrer auch zunehmend auf nicht-nachweisbare synthetische Cannabinoide aus. Die sichergestellten Mengen dieser "THC-Substitutionsstoffe" steigen jährlich. Für viele Cannabiskonsumenten spielt es rechtlich gesehen keine große Rolle, ob sie nüchtern fahren oder nicht, da sie die Fahrerlaubnis auch durch Kontrollen verlieren können, bei denen ihnen lange nach dem Abklingen der THC-Wirkung noch eine Drogenfahrt unterstellt wird.

Unverhältnismäßig drastische Auswirkungen des Führerscheinentzugs

Alkoholkonsumenten bekommen bei Fahrten über 0,5 Promille immer eine zweite und dritte Chance, sofern sie keine Ausfallerscheinungen haben und nicht in einen Unfall verwickelt sind. Sie dürfen ihren Führerschein behalten, müssen aber beim nächsten Verstoß mit härteren Sanktionen rechnen. Eine solche Sanktionsspirale gibt es in der Praxis bei Cannabis nicht. Bei erst auffälligen Cannabiskonsumenten wird die Fahrerlaubnis in der Regel sofort und langfristig entzogen. Das führt für viele Betroffene zum Jobverlust und kann gerade im ländlichen Raum auch einen Rückgang sozialer Kontakte und das Auseinanderbrechen von Lebensgemeinschaften bedeuten. Das Wiedererlangen der eingezogenen Fahrerlaubnis ist zeitintensiv und mit hohen Kosten verbunden. Die Ungleichbehandlung zwischen Alkohol und Cannabis besteht nicht nur auf dem Papier, sondern sie bedeutet für zehntausende Betroffene eine massive Beeinträchtigung des Lebens, ob sie nun einmalig unter Cannabiseinfluss auffällig wurden, nüchtern unterwegs waren oder nicht einmal ein Fahrzeug geführt haben.

Der reine Konsum von Cannabis ist strafrechtlich nicht verboten, der Besitz geringer Mengen wird seit dem entsprechenden Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1994 oft nicht weiter verfolgt. Die aktuelle Rechtslage im Verkehrsrecht erweckt aber den Eindruck, dass ein totales Verbot des Cannabiskonsums über das Verkehrsrecht durchgesetzt werden soll - durch eine Regelung, die wissenschaftlich nicht fundiert ist und welche die Verkehrssicherheit nicht erhöht.

Änderungsbedarf

Um eine Gleichbehandlung von Cannabis und Alkohol im Straßenverkehr und damit mehr Gerechtigkeit, Verhältnismäßigkeit und Sicherheit zu erreichen, halten die Unterzeichnenden folgende Änderungen für notwendig:

1. Wir fordern die Förderung von Forschung, Entwicklung und Erprobung sowie die anschließende Einführung von Messverfahren, welche nur eine akute, verkehrsrelevante Beeinträchtigung durch Cannabiskonsum eindeutig tatsächlich nachweisen. Laut verschiedener Studien sind THC-Konzentrations-Bestimmungen im Blut nicht gut geeignet, um die tatsächliche Beeinträchtigung zu messen.
2. Bis neue Testverfahren angewendet werden können, welche eine tatsächliche Rauschfahrt zuverlässig und rechtssicher nachweisen, fordern wir eine wissenschaftlich fundierte Anpassung des THC-Grenzwertes und dessen Normierung in §24a StVG. Analog zur Regelung bei Alkohol fordern wir einen versicherungsrelevanten Grenzwert von 3,0 ng THC/ml Blutserum, unterhalb dem eine verkehrsgefährdende Beeinflussung durch THC ausgeschlossen wird, vergleichbar mit der Regelung bei 0,3 Promille Alkohol, sowie einen Toleranzgrenzwert von bis zu 10 ng, bei dem analog zur 0,5-Promille-Grenze bei Alkohol vorgegangen wird.
3. Das Abbauprodukt von THC, THC-COOH, hat keinerlei Auswirkung auf die Fahrtüchtigkeit und sollte daher auch nicht zur Bestimmung von Fahrtüchtigkeit und Fahrtauglichkeit herangezogen werden.
4. Angleichung der ordnungswidrigkeitsrechtlichen und verwaltungsrechtlichen Maßnahmen bei Alkohol und Cannabis. Bei echten Verstößen oberhalb des neu zu bestimmenden Grenzwertes sollte kein langfristiger Entzug der Fahrerlaubnis wegen "mangelnden Trennungsvermögens" nach einer einmaligen Auffälligkeit angeordnet werden, sondern Bußgeld und zeitlich begrenztes Fahrverbot. Eine MPU sollte nur bei wiederholten oder besonders schweren Verstößen angeordnet werden.
5. Kein Entzug der Fahrerlaubnis ohne Bezug zum Straßenverkehr und keine Meldung von Strafverfahren wegen geringer Mengen Cannabis ohne Verkehrsbezug an die Führerscheinstellen.

Für Gerechtigkeit, Verhältnismäßigkeit und Sicherheit im Straßenverkehr:

Für Gerechtigkeit, Verhältnismäßigkeit und Sicherheit im Straßenverkehr:
Deutscher Hanfverband
LEAP Deutschland
Schildower Kreis
Akzept e.V.
Grüne Hilfe e.V.
Cannabis Colonia e.V.
Rechtsanwalt Sebastian Glathe
Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit
und rationaler Drogenpolitik (INDRO) e.V.
Hanfinitiative Frankfurt
Hanf e.V.
(Hanfmuseum) Jakis
e.V. (Hanfparade) JES
NRW e.V.
Substanz AG
FINDER Institut für Präventionsforschung
Nachtschattenverlag
CSC Berlin

Rechtsanwalt Patrick Welke
Vereinigung Demokratischer Juristinnen und Juristen e.V.

„Freie Träger der Berliner Suchthilfe“:

ADV gGmbH
ADV Rehabilitation und Integration gGmbH
Haus Lenne gGmbH
Drogentherapiezentrum Berlin e.V
Fixpunkt e.V
FrauSuchtZukunft e.V
Mann-o-Meter e.V.
Notdienst Berlin e.V.
Vista gGmbH
Therapieladen e.V.
Schwulenberatung Berlin gGmbH
ZiK gGmbH

Weitere Unterzeichner:

Klarer Kopf. Klare Regeln!

Die Führerscheinkampagne

Informationsbroschüre: Wissenschaft,
rechtliche Dimensionen & Kosten

Zusammen mit einem wissenschaftlichen Team haben wir die relevantesten wissenschaftlichen Studien der letzten Jahre ausgewertet. Neben wissenschaftlichen Fakten gibt Rechtsanwalt Sebastian Glathe, von der Kanzlei Glathe und Kollegen in Freiburg, eine kommentierte Übersicht über die aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen und die möglichen Sanktionen.

An dieser Stelle möchten wir unseren wissenschaftlichen und rechtlichen Fachberatern und Kooperationspartnern für die Mitarbeit an diesem Dokument danken.

Die Kampagne wird ermöglicht durch:

sensmedia

Fakten, Fakten, Fakten.

Wir sind überzeugt davon, dass die aktuellen Regelungen zu Cannabis im Straßenverkehr ungerecht, unverhältnismäßig und nicht verkehrssicherheitsfördernd sind. Um zu verstehen warum das so ist, haben wir uns mit den wissenschaftlichen Fakten rund um die Auswirkung von Cannabis auf die Verkehrssicherheit beschäftigt.

Wie wirkt sich THC auf den Körper aus und wie lange dauert die Wirkung an? Um welchen Faktor erhöht sich das Unfallrisiko durch die Rauschwirkung von THC? Wie lange ist THC über dem geltenden Grenzwert nachweisbar? Welche Methoden für einen den Nachweis einer Rauschfahrt gibt es und was sind die Vor- und Nachteile jeweils? Was wäre ein sinnvoller Grenzwert für THC?

Diese und weitere Fragen beantwortet die vorliegende Broschüre.



**Klarer Kopf.
Klare Regeln!**

Für Gerechtigkeit, Verhältnis-
mäßigkeit und Sicherheit
im Straßenverkehr.

www.klarerkopf-klareregeln.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Wissenschaft	4
1.1. Zusammenfassung unserer Literaturstudie	7
1.2. THC – Wirkung und Beeinträchtigung	8
1.2.1. Erhöhung des Unfallrisikos	
1.2.2. Zeitlicher Verlauf der Wirkung.	
1.2.3. Empfehlungen zum sicheren Fahren	
1.3. Abbauverhalten und Nachweis.....	10
1.3.1. Dauer der 1-ng-Grenzwertüberschreitung	
1.3.2. Probenmaterialien für THC-Nachweis	
1.3.3. Nachweis- und Bestimmungstechniken	
• Blutprobe mit GC/MS-Auswertung	
• Schnelltests für Urin, Speichel, Schweiß	
• Automatisierte Speicheltests	
• Atemanalyse	
• Fahrtüchtigkeitstest per Smartphone	
1.4. Ein sinnvollerer Grenzwert.....	14
1.4.1. Geeignete Messverfahren	
1.4.2. Wissenschaftsbasierte Blutgrenzwerte	
1.4.3. 3 ng als versicherungsrelevanter Grenzwert	
1.4.4. Bis 10 ng als Toleranzgrenzwert	
1.4.5. Internationaler Grenzwertvergleich	
1.5. Literaturverzeichnis	19
2. Rechtliche Dimensionen	22
2.1. Betäubungsmittelgesetz.....	24
2.2. Strafgesetzbuch	24
2.3. Ordnungswidrigkeit	25
2.4. Fahrerlaubnisverordnung.....	26
3. Kosten	28
Kontakt	32



1. Wissenschaft

1. Wissenschaft

Wissenschaftliche Erkenntnisse kommen oft verzögert oder erst gar nicht in der politischen Diskussion an. Selbst Ergebnisse von mit öffentlichen Mitteln in Auftrag gegebenen Studien werden nur unzureichend in den politischen Entscheidungsprozessen berücksichtigt. Die geltenden Regelungen entsprechen daher oft nicht dem Stand der Wissenschaft. Dies ist besonders stark bei ideologisch behandelten Themen – wie Cannabis und Drogenpolitik – der Fall.

Wir haben eine umfassende Recherche über den Forschungsstand zum Thema „THC und Straßenverkehr“ im Jahr 2017 durchgeführt und die relevantesten Studien herangezogen, unter anderem auch Studien, die von der Bundesanstalt für Straßenwesen (BaSt) in Auftrag gegeben wurden. Aus dieser Literaturstudie haben wir unsere Erkenntnisse zusammengefasst und Forderungen für mehr Gerechtigkeit, Verhältnismäßigkeit und Sicherheit in Bezug auf Cannabis im Straßenverkehr abgeleitet.

In **Kapitel 1.2** befassen wir uns mit der Dauer der Wirkung von Cannabis und der Auswirkung auf die Fähigkeit, ein Fahrzeug zu führen.

Das **Kapitel 1.3** behandelt die Methoden und die Dauer der Nachweisbarkeit von Cannabis und dem Abbauverhalten von THC.

Im **Kapitel 1.4** beschäftigen wir uns mit geeigneten Messverfahren zum Nachweis einer tatsächlichen Rauschfahrt und wissenschaftlich ermittelten sinnvollen Grenzwerten für THC.

Im **Literaturverzeichnis** unter **Kapitel 1.5** finden Sie nummeriert alle Quellenangaben, die wir für diese Literaturstudie berücksichtigt haben. Im Text wird jeweils mittels einer hochgestellten Zahl auf die entsprechende Quelle hingewiesen.

Fachwort-Glossar

Hier findet ihr Erläuterungen für einige wichtige Begriffe zum Thema Cannabis und Straßenverkehr.

Blutserum: Konzentrierte Blutprobe. Zur Erzeugung werden die festen Blutbestandteile (Zellen und Gerinnungsfaktoren) aus der Vollblutprobe durch Gerinnung entfernt.

Bestimmung (Quantitative): Ermittlung der Konzentration eines Stoffes in einer Probe.

Cut-off-Wert: Vom Test-Hersteller oder Laboratorium festgelegte Konzentration, bei deren Überschreitung das Testergebnis als positiv angesehen wird, da es mit hoher Wahrscheinlichkeit richtig-positiv ist. Der Cut-off-Wert liegt oberhalb der Nachweisgrenze des Testverfahrens und stellt eine technische Grenze dar, während ein „Grenzwert“ eine per Gesetz definierte Grenze ist.

Fahr-/Fahrereignung, Fahrtauglichkeit: Zeitlich weitgehend stabile, Situations- und befindlichkeitsunabhängige Fähigkeit, ein Fahrzeug sicher im Verkehr zu führen. In diese Fähigkeit gehen Eigenschaften der Persönlichkeit und psychophysische Leistungsfunktionen ein.

Fahrtüchtigkeit: Geistige und körperliche Fähigkeit ein Kraftfahrzeug zu führen, welche insbesondere durch psychoaktive Substanzen beeinträchtigt werden kann.

Fahruntüchtigkeit, absolute und relative: Zur Feststellung der absoluten Fahruntüchtigkeit genügt der Nachweis einer Blutalkoholkonzentration von mindestens 1,1 Promille. Die relative Fahruntüchtigkeit wird im Bereich einer Blutalkoholkonzentration von 0,3 – 1,1 Promille individuell beurteilt. Relative Fahruntüchtigkeit liegt vor, wenn Ausfallerscheinungen hinzutreten.

falsch-positiv / falsch-negativ: Testergebnis ist positiv, obwohl kein THC bzw. THC-COOH in der Probe vorhanden ist./ Testergebnis ist negativ, obwohl THC bzw. THC-COOH in der Probe vorhanden ist.

GC/MS: Kombiniertes Messverfahren: Gaschromatographie gekoppelt mit Massenspektrometrie.

lipophil: Eigenschaft eines Stoffes wie THC, sich (bevorzugt) in einer öligen Phase (Öl, Fettgewebe) anstatt in einer wässrigen Phase (Wasser, Blut)

zu lösen. Beim „hydrophilen“ Alkohol ist es genau umgekehrt.

Nachweis: Qualitativer Test, ob ein Stoff in einer Probe vorhanden ist. Liegt die Konzentration des Stoffes oberhalb des Cut-off-Wertes, ist der Nachweis positiv, darunter negativ.

ng/ml: Nanogramm (THC) pro Milliliter Probenvolumen. Konzentrationseinheit für sehr geringe Konzentrationen (1 ng = 0,000.000.001 g).

Odds Ratio (OR): Quotenverhältnis. Hier als Maß für die Erhöhung des Unfallrisikos durch einen Risikofaktor wie THC, Alkohol oder Schlafmangel verwendet. Beispiel: Anteil der verunfallten Fahrer mit akuter THC-Beeinträchtigung im Verhältnis zum Anteil aller THC-beeinträchtigten Fahrern unter allen (in der Regel nüchternen) Kraftfahrern.

qualitativer Nachweis: siehe „Nachweis“

quantitative Bestimmung: siehe „Bestimmung“

richtig-positiv/ richtig-negativ: THC bzw. THC-COOH ist in der Probe vorhanden und Testergebnis ist positiv./ THC bzw. THC-COOH ist in der Probe nicht vorhanden und Testergebnis ist negativ.

Sensitivität: Auch „Richtig-Positiv-Rate“: Anzahl der richtig-positiven Testergebnisse geteilt durch die Anzahl der Proben die THC bzw. THC-COOH enthalten (restliche Testergebnisse sind falsch-negativ).

Spezifität: Auch „Richtig-Negativ-Rate“: Anzahl der richtig-negativen Testergebnisse geteilt durch die Anzahl der Proben ohne THC bzw. THC-COOH (restliche Testergebnisse sind falsch-positiv).

THC: Delta-9-Tetrahydrocannabinol, psychoaktiver Hauptwirkstoff von Cannabis.

THC-COOH: 11-Nor-9-carboxy-Delta-9-Tetrahydrocannabinol, nicht-psychoaktives Abbauprodukt von THC.

THC-OH: 11-Hydroxy-Delta-9-Tetrahydrocannabinol, psychoaktives Abbauprodukt von THC (Zwischenprodukt, welches weiter zu THC-COOH metabolisiert wird).

Vollblut: Blutprobe mit allen ursprünglichen Blutbestandteilen.

1.1. Zusammenfassung unserer Literaturstudie

Der Konsum von Cannabis beeinträchtigt Reaktionszeit, die Ausführung von automatisierten Tätigkeiten sowie Tätigkeiten, die besondere Aufmerksamkeit erfordern. Diese Leistungsparameter, welche für das Führen von Fahrzeugen elementar sind, sind insbesondere innerhalb der ersten 60 Minuten nach dem inhalativen Konsum von THC beeinträchtigt, in welcher Blutkonzentrationen von typischerweise bis um die 100 ng pro ml erreicht werden. In dieser ersten Stunde ist das Unfallrisiko um ein Vielfaches erhöht, niemand sollte in diesem Zeitraum ein Fahrzeug führen. Später sinkt die Blutkonzentration aber sehr schnell wieder ab und erreicht 60 bis 180 Minuten nach dem Konsum Werte unterhalb von 20 ng/ml. Nach drei Stunden befinden sich nur noch wenige Nanogramm THC im Blut.

Über alle tatsächlich stattfindenden THC-Fahrten innerhalb der ersten drei Stunden gemittelt, erhöht sich das Unfallrisiko etwa um den Faktor zwei. Das ist vergleichbar mit 1–2 Stunden Schlafmangel oder einer Blutalkoholkonzentration von bis zu 0,5 Promille. Diese effektive Erhöhung des Unfallrisikos ist auch deswegen vergleichsweise gering, weil sich Cannabis-Konsumenten häufig ihrer Beeinträchtigung bewusst sind und die meisten – insbesondere während des Wirkungsmaximums – gar nicht oder nur vorsichtig Auto fahren. Nach etwa drei Stunden lassen sich in der Regel keine verkehrsrelevanten Leistungseinbußen mehr feststellen. Für eine sichere Fahrt empfehlen wir dennoch, mindestens acht Stunden nach der letzten Inhalation auf das Fahren zu verzichten!

Eine Pause von mindestens acht Stunden nach dem Rauchen oder Vaporisieren erhöht zwar die Verkehrssicherheit, schützt aber nicht vor ungerechten Strafen. Auf Grund des Abbaubehaltens und der hohen Fettlöslichkeit bleibt THC noch lange Zeit nach dem Verschwinden einer verkehrsrelevanten Wirkung in geringen Konzentrationen im Blut enthalten. Gelegentliche Konsumenten unterschreiten in der Regel erst acht Stunden nach dem letzten Konsum eines durchschnittlichen Joints den in Deutschland gültigen Grenzwert von 1 ng/ml. Regelmäßige Konsumenten unterschreiten ihn erst einige

Tage bis Wochen nach dem Konsumstopp. Auch im Urin kann Cannabis sehr lange nachgewiesen werden, ohne dass eine akute Beeinträchtigung vorliegen muss. Der Urin-test und andere wenig spezifischen Schnelltests werden jedoch nur zur Ableitung eines Anfangsverdachts verwendet. Erst ein Blut-test mit mehr als 1 ng/ml wird als folgenreiche THC-Fahrt gewertet.

1 ng THC pro ml Blutserum ist die geringste THC-Konzentration, die sich bei der Festlegung dieses „analytischen Grenzwertes“ sicher bestimmen ließ. Dem Gesetzgeber ging es nur darum festzustellen, ob eine Beeinträchtigung theoretisch möglich ist. Dies ist tatsächlich aber nur dann der Fall, wenn 1 ng/ml deutlich überschritten werden. Wir halten eine solche Null-Toleranz-Politik für unverhältnismäßig, da THC nur einen vergleichsweise geringen Einfluss auf das Unfallrisiko hat, aber sehr viele (fahr-tüchtige) Menschen von dieser Politik betroffen sind. Eine tatsächliche Beeinträchtigung ist erst ab 2 bis 4 ng/ml feststellbar und erreicht erst im Bereich von 4 bis 16 ng/ml ein Ausmaß vergleichbar mit 0,5 Promille Blutalkoholkonzentration. Zwar ist die THC-Konzentration im Blut kein gutes Maß für die verkehrsrelevante Wirkung von Cannabis, da besser geeignete Testverfahren aber noch nicht verfügbar sind, fordern wir eine vorübergehende Blut-Grenzwertanpassung.

Basierend auf der Auswertung aktueller Studien fordern wir einen „versicherungsrelevanten Grenzwert“ von 3 ng THC pro ml Blutserum, unterhalb dessen in der Regel eine Beeinträchtigung ausgeschlossen wird. Zusätzlich fordern wir einen „Toleranzgrenzwert“ von bis zu 10 ng/ml, unterhalb dessen, beim Ausbleiben von Ausfallerscheinungen analog zur 0,5-Promille-Grenze, keine Konsequenzen drohen sollten. Unsere Forderung nach gerechteren Grenzwerten ist im internationalen Vergleich in guter Gesellschaft: 21 europäischen und amerikanischen (Bundes-)Staaten haben bereits wissenschaftsbasierte Grenzwerte zwischen 2 und 18 ng THC pro ml Blutserum eingeführt.

1.2. THC - Wirkung & Beeinträchtigung

Der Konsum von Cannabis wirkt sich auf verschiedene Aspekte der Leistungsfähigkeit aus, deren Zusammenspiel für das sichere Führen eines Fahrzeugs erforderlich ist. Dazu zählen: Aufmerksamkeit, Reaktionszeit, automatisierte Tätigkeiten sowie das Halten von Abstand, Geschwindigkeit und der Fahrspur (Tätigkeiten, die besondere Aufmerksamkeit erfordern). Zu diesen Aspekten wurden sowohl Einzeltests im Labor, wesentlich praxisnähere Simulatortests und sogar Feldstudien durchgeführt. Weiterhin wurden Unfallstatistiken ausgewertet, um die Auswirkungen von Cannabis auf die Verkehrstüchtigkeit zu untersuchen.

(siehe z.B. 1,4,6,7,10,11,14,17,18,20-25)

Ausmaß der verkehrsrelevanten Beeinträchtigung durch THC:

Die Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit durch einen Cannabisrausch ist in der Regel viel geringer als nach starkem Alkoholkonsum. Sie hängt aber bedeutend davon ab, wie lange der letzte Konsum zurückliegt. Darüber hinaus spielen auch die Dosis, Konsumform und Gewöhnung eine Rolle.¹

So ergab eine australische Studie aus dem Jahr 2004, dass das Risiko einen Unfall zu verursachen im Durchschnitt 6,6 mal höher für Fahrer ist, welche 10–200 ng THC/ml im Blutserum haben, als für nüchterne Fahrer (Odds Ratio (OR) = 6,6).^{2,7} Solche THC-Konzentrationen treten aber typischerweise nur während des subjektiv empfundenen Wirkungsmaximums innerhalb der ersten Stunde nach der Inhalation von Cannabisrauch oder -dampf auf.³⁻⁵ Während des Wirkungsmaximums (ca. 30 Minuten nach dem Inhalieren) ist die verkehrsrelevante Beeinträchtigung durch THC am größten.⁶ Bei der Aufnahme von THC über den Verdauungstrakt tritt das Wirkungsmaximum mit bis zu drei Stunden Verzögerung nach dem Essen ein.⁷⁻⁹

Nach Erreichen des Wirkungsmaximums, innerhalb von 20–30 Minuten nach dem Inhalieren, schwächt sich die beeinträchtigende Wirkung von THC durch dessen Abbau im Körper langsam ab und das Unfallrisiko sinkt wieder. In verschiedenen Untersuchungen, wurde übereinstimmend eine mittlere Erhöhung

des Unfallrisikos nur um den Faktor $OR \approx 2$ ermittelt.^{11,10,1} Diese berücksichtigten nicht nur berauschte Fahrer mit sehr hohen THC-Werten, sondern alle, durch THC akut beeinflusste Fahrer (Fahrten typischerweise innerhalb drei Stunden nach dem Konsum).¹⁰

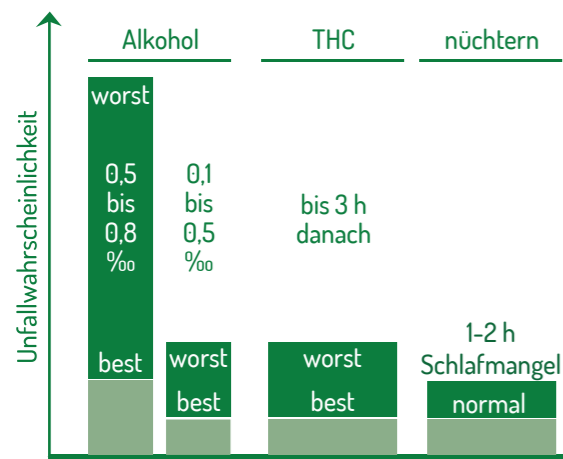
1.2.1. Erhöhung des Unfallrisikos

Um das absolute Ausmaß der verkehrsrelevanten Beeinträchtigung durch THC einschätzen zu können, ist es hilfreich, die mögliche Erhöhung des Unfallrisikos durch THC ($OR \approx 2$) mit der durch andere Ursachen zu vergleichen. So führt bereits leichter Schlafmangel (eins bis zwei Stunden weniger Schlaf als üblich) zu einer Erhöhung des Unfallrisikos um den Faktor $OR = 1,9$. Mehr als drei Stunden Schlafmangel führen sogar zu $OR = 11,5$.¹² Auch beim Schreiben einer Textnachricht auf dem Mobiltelefon oder Eingaben an einem Navigationsgerät während der Fahrt steigt das Risiko, in eine verkehrssicherheitskritische Situation zu geraten, auf das bis zu 23-fache an.¹³

Erhöhung des Unfallrisikos durch Alkohol:

Durch Trinken von Alkohol bis zu einer Blutalkoholkonzentration von 0,5 Promille (gesetzlicher Grenzwert laut § 24a StVG) erhöht sich das Unfallrisiko um den Faktor $OR = 1 - 3$. Bei 0,5–0,8 Promille erhöht sich das Unfallrisiko um $OR = 2 - 10$. Bei mehr als 1,2 Promille steigt das Risiko von Verletzungen und tödlichen Unfällen sogar um $OR = 20 - 200$.¹ Eine großangelegte Studie, durchgeführt von der dem Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) unterstehende Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt), fasst diese Relationen wie folgt zusammen:

„Dabei zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass von den zu erwartenden Leistungsdefiziten bei niedrigen THC-Werten (Anm.: so wie sie später als eine Stunde nach dem Rauchen vorkommen) zumindest keine größeren Ausfallerscheinungen zu erwarten sind als bei Alkoholisierungsgraden von unter 0,50 ‰.“¹⁴



Erhöhung des Unfallrisikos durch Alkohol oder THC im Vergleich zum nüchternen Fahren.

Hellgrüne Balken: untere Risikoschätzung. Dunkle: obere Risikoschätzung¹, bzw. leichter Schlafmangel bei „nüchtern“¹². Bei THC: Fahrten unter akuter Beeinflussung, innerhalb von drei Stunden¹⁰ nach dem letzten Konsum.

1.2.2. Zeitlicher Verlauf der Wirkung

Doch wie lange, dauert die Beeinträchtigung durch THC an? Wann kann man wieder gefahrlos Autofahren (OR ≈ 1)? Dieser Frage sind u.a. Schmidt et al.⁶ mit Fahrsimulationsstudien nachgegangen.

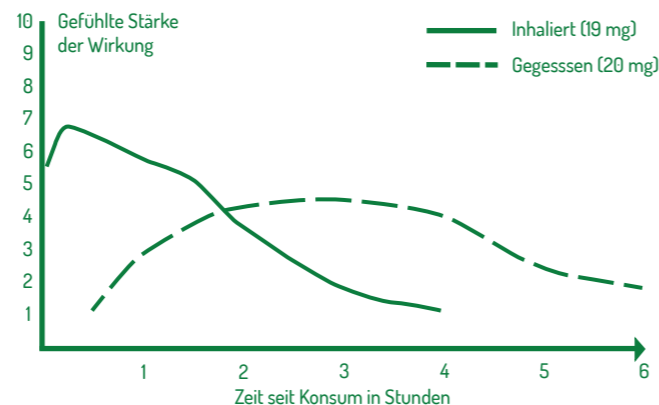
Nach drei Stunden waren alle Teilnehmer wieder vollständig fahrtüchtig.^{6,16}

Die maximale Blutkonzentration von THC, die kurz nach dem Inhalieren von Cannabis erreicht wird, nimmt innerhalb der ersten 60 Minuten sehr schnell wieder ab. Zeitgleich lassen auch die stärksten Beeinträchtigungen, insbesondere im Bereich der „kontrollierten Leistungen“ (z.B. Reaktionsverhalten bei unvorhersehbaren zusätzlichen Leistungsanforderungen), nach ca. 60 Minuten schon wieder vollständig nach.

„Automatisierte Leistungen“ (z.B.: psychomotorische Geschicklichkeit bei der Handhabung des Fahrzeugs) hingegen bleiben noch längere Zeit beeinträchtigt. Bereits innerhalb von 60 – 120 Minuten nach Rauchbeginn sind schon bei 60 % der Testteilnehmer keine signifikanten Leistungsbeeinträchtigungen am Simulator mehr nachweisbar, nach 120 – 180 Minuten sogar bei 94 %.

Auch andere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass zwei bis vier Stunden nach dem Inhalieren/Rauchen von Cannabis die Fahrtüchtigkeit

wiederhergestellt ist, bzw. sich das Unfallrisiko wieder normalisiert hat. Die genaue Dauer hängt insbesondere von der aufgenommenen THC-Menge ab.^{7,10,11,14-17} Interessanterweise hatten viele Testteilnehmer, bei denen ab irgendeinem Zeitpunkt nach dem Rauchen keine Leistungseinbußen mehr festzustellen waren (z.B. innerhalb der ersten drei Stunden), immer noch das Gefühl „High“ zu sein. Ihnen war also die Wirkung und somit eine noch mögliche Beeinträchtigung bewusst.^{6,16,17}



Zeitlicher Verlauf der subjektiv empfundenen Stärke des THC-„Highs“.

1 = nüchtern und 10 = stärkstes bisher erlebtes „High“. Abbildung wurde modifiziert aus Referenz⁷ reproduziert.

1.2.3. Empfehlungen zum sicheren Fahren

Der zeitliche Verlauf der subjektiv empfundenen Wirkung von Cannabis (Stärke des „Highs“)^{7,8} korreliert gut mit dem in Schmidt et al.⁶ beschriebenen zeitlichen Verlauf der leistungsbeeinträchtigenden Wirkung im Straßenverkehr. Nach drei Stunden ist der Großteil des „Highs“ ebenso verschwunden wie jede risikoerhöhende Wirkung. Daher kann man von Folgendem ausgehen: Wenn sich eine Person nicht mehr „high“ fühlt, besteht auch kein erhöhtes Unfallrisiko.

Eben dies zeigen auch Studien im Straßenverkehr, bei denen Autofahrer untersucht wurden, deren Konsum schon länger zurücklag und die nicht mehr unter der akuten Wirkung von Cannabis standen. So waren Fahrer, die nur positiv auf das Abbauprodukt THC-COOH getestet wurden, nicht häufiger für die Verursachung von Unfällen verantwortlich als völlig abstinenten Fahrer.^{2,11,18}

Wie lange sollte man nach dem Konsum kein Auto mehr fahren?

Mehrere Studien^{6,7,10,11,14-17} kommen zu dem Ergebnis, dass ca. drei Stunden nach dem letzten Konsum kein erhöhtes Unfallrisiko mehr besteht. Um auch Studien, die von einer längeren Beeinträchtigung ausgehen, und um einen gewissen Sicherheitspuffer zu berücksichtigen, sollte man nach dem Inhalieren/Rauchen von Cannabis mindestens acht Stunden warten (bzw. eine ganze Nacht schlafen), um ein erhöhtes Unfallrisiko zu vermeiden! Wenn Cannabis gegessen wurde, verschwindet das subjektiv empfundene „High“-Gefühl nach ungefähr acht Stunden⁹, das Unfallrisiko normalisiert sich jedoch frühestens 16 Stunden später.^{19,20} Kleiber et al. empfehlen sogar 24 Stunden nach dem letzten Konsum kein Auto mehr zu fahren.¹⁶ Das Befolgen dieser Empfehlungen kann zwar den Straßenverkehr sicherer machen, aber leider schützt es nicht vor ungerechten Strafen.

1.3. Abbauverhalten und Nachweis

THC wird in der Regel inhalativ (Vaporisieren, Rauchen) oder oral (z.B. als Gebäck) eingenommen. Der Anteil des THC, der dabei unverändert in den Blutkreislauf gelangt, beträgt bei der Inhalation im Mittel 30 % und bei der oralen Aufnahme zwischen 4 und 12 %. Bei letzterer Route vermindert die Leberpassage zusätzlich die Wirkung. Schließlich erreichen weniger als 1 % des aufgenommenen THC das Gehirn.²⁶ Danach wird THC teilweise unverändert wieder ausgeschieden, teilweise in der Leber (über das psychoaktive Zwischenprodukt THC-OH) zu inaktivem THC-COOH metabolisiert.²⁷

Im Gegensatz zu der nahezu linearen Abbaukurve von Alkohol im Blut liegt bei THC ein komplizierter zeitlicher Verlauf vor. Bereits nach dem inhalativen Konsum einer kleinen Menge Cannabis steigt die THC-Konzentration im Blut sprunghaft auf Werte bis über 100 ng/ml Blutserum, sinkt aber ebenso schnell wieder. Dann verbleibt sie allerdings recht lange bei niedrigen Werten zwischen 1 und 10 ng/ml – insbesondere dann, wenn häufig konsumiert wird (siehe Grafik).^{3-5,28-30}

Die THC-Konzentration in anderen Körperflüssigkeiten verhält sich nicht proportional zur THC-Konzentration im Blut, sondern folgt jeweils einem spezifischen zeitlichen Verlauf.

Ursachen für das spezielle Abbauverhalten von THC:

Das komplexe Abbauverhalten von THC resultiert aus den Besonderheiten bei der Aufnahme und der Verteilung:

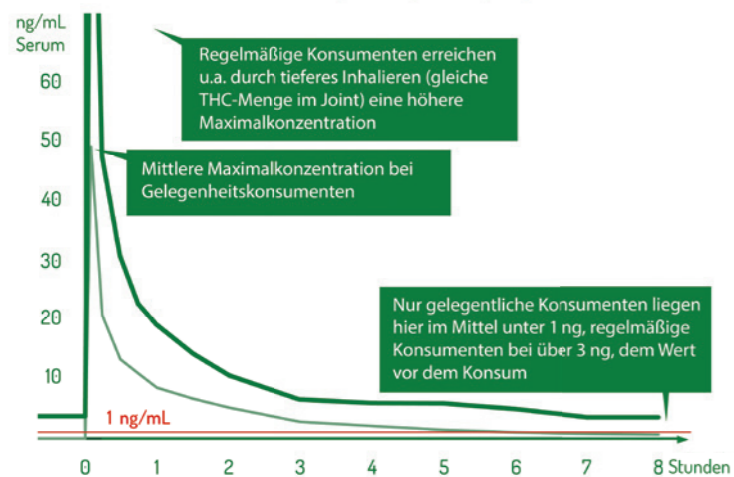
- Bereits unmittelbar nach dem Konsum gelangt ein großer Teil des lipophilen Wirkstoffs THC über den Blutkreislauf in fettthaltige Körpergewebe (Fettgewebe, Haut) und wird dort eingelagert. Gleiches gilt auch für die nicht-psychoaktiven Abbauprodukte. Aus diesen Geweben werden THC und seine Abbauprodukte über einen längeren Zeitraum und in niedriger Konzentration wieder ans Blut abgegeben („Hintergrundkonzentration“ – ohne Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit).^{27,31} Hierbei scheint es auch eine Rolle zu spielen, ob in der Abstinenzphase Körperfett abgebaut wird, da in diesem das THC eingelagert war und so freigesetzt werden kann.
- THC und seine Abbauprodukte zirkulieren lange in einem enterohepatischen Kreislauf. Das bedeutet: Die Stoffe werden in der Leber nur teilweise abgebaut. Der nicht abgebaute Anteil gelangt über die Leber zur Gallenblase, von dort in den Darm, wird hier wieder ins Blut resorbiert und gelangt dann erneut zur Leber.³²

So kann aktives THC im Blut noch über 30 Tage und im Speichel bis zu acht Tage lang nachgewiesen werden.^{33,34} Die Abbauprodukte von THC können im Urin drei bis über 30 Tage nach dem letzten Konsum nachgewiesen werden.³⁵

1.3.1. Dauer der 1-ng-Grenzwertüberschreitung

In Deutschland gilt für THC ein Grenzwert von 1 ng THC/ml Blutserum um eine Beeinflussung durch THC nach § 24a StVG zu beurteilen (Ordnungswidrigkeit). Dieser Wert wird je nach Konsumverhalten sehr häufig noch nach sechs Stunden^{3,4} bis hin zu mehreren Tagen²⁸⁻³⁰ nach der letzten THC-Aufnahme überschritten. Wenn gelegentliche Konsumenten (ohne eingelagertem THC, mit maximal einem Konsum pro Woche) einen Joint mit ½ g Cannabis (10 % THC) rauchen, liegen erst acht Stunden danach zehn von elf Probanden bei einem Wert unterhalb von

1 ng/ml.³ In Extremfällen wird dieser Wert von regelmäßigen Konsumenten sogar über zwei Wochen später noch überschritten³³, ohne dass sie dabei in ihrer Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt sind.



Zeitlicher Verlauf der Konzentration von aktivem THC im Blutserum nach dem Inhalieren/Rauchen.

Dünne, helle Kurve: mittlerer Verlauf von elf Gelegenheitskonsumenten (maximal einmal pro Woche). Dicke, dunkle Kurve: zwölf (fast) tägliche Konsumenten, mit vorher im Körper eingelagerten THC. Die Graphen wurden von Tönnes et al.³ entnommen.

Der Zeitraum, in dem die 1-ng-THC-Grenze überschritten wird, ist also von Person zu Person höchst unterschiedlich. Er ist so variabel, weil der gesetzliche Grenzwert auf einen Konzentrationsbereich festgelegt wurde, in dem die Abbaukurve sehr flach verläuft (siehe Grafik). Kleine Unterschiede im individuellen Stoffwechsel oder der wirkungslosen „Hintergrundkonzentration“ führen daher zu großen Unterschieden im genauen Zeitraum. In jedem Fall ist er aber sehr viel länger als drei Stunden, nach denen sowohl gelegentliche als auch regelmäßige Konsumenten keine verkehrsrelevanten Beeinträchtigungen mehr zeigen.

Durch die lange Nachweisbarkeit von THC können Fahrer nach dem letzten Konsum sogar mehrfach positiv getestet und strafrechtlich belangt werden. Z. B. nachdem ihnen 24 Stunden nach der ersten Kontrolle der Führerschein vorläufig wieder zurückgegeben wurde. Daher ist es aus wissenschaftlicher Sicht problematisch, dass bereits der alleinige Nachweis von Spuren von Cannabis im Blut zur Unterstellung einer akuten Rauschwirkung herangezogen wird.

Welche Rolle spielt die Konzentration von THC-COOH?

Nicht nur die Überschreitung des Grenzwerts von 1 ng THC/ml im Blutserum ist führerscheinrechtlich relevant. Die Fahrerlaubnisverordnung legt auch fest, dass die regelmäßige Einnahme von Cannabis die Fahreignung ausschließt. Man versuchte, eine Aussage über die Konsumhäufigkeit zu treffen (einmalig, gelegentlich, regelmäßig). So sollten regelmäßige Cannabiskonsumenten aus dem Verkehr gezogen werden. Dafür wurde der Zusammenhang zwischen Konsumhäufigkeit und THC-COOH-Blutkonzentration untersucht. Nach der Daldrup-Tabelle geht die Rechtsprechung bei THC-COOH-Werten ab 75 ng/ml bzw. 150 ng/ml (bei Blutabnahme kurz nach dem letzten Konsum) von regelmäßigem Konsum aus, was zum Entzug der Fahrerlaubnis bzw. zu Überprüfungsmaßnahmen führt.³⁶ In der Praxis reicht häufig sogar jeglicher Nachweis des inaktiven Abbauprodukts THC-COOH zur Überprüfungsaufforderung aus.

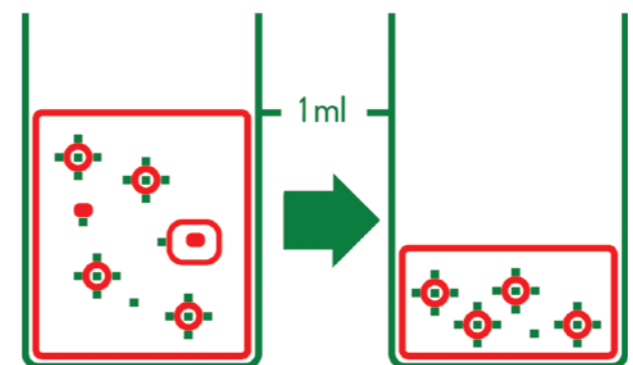
1.3.2. Probenmaterialien für THC-Nachweis

THC und seine Abbauprodukte THC-OH und THC-COOH lassen sich in Proben verschiedener Körperflüssigkeiten qualitativ nachweisen und deren Konzentrationen quantitativ bestimmen. Neben Blut sind dafür auch Urin, Speichel und Atemluft geeignet. Schweiß- oder Haarproben können nur zum qualitativen Nachweis verwendet werden. Sie sind völlig ungeeignet um eine akute Berausung festzustellen, da Haut und Haare THC und seine Abbauprodukte lange Zeit speichern und zudem leicht kontaminiert werden können (zum Beispiel durch eine verrauchte Umgebung). Haarproben werden deswegen nur zur Abstinenzkontrolle verwendet, Schweißproben um einen Anfangsverdacht abzuleiten.³¹ Der genaue zeitliche Verlauf der THC-Konzentration nach dem Cannabiskonsum ist in den verschiedenen Körperflüssigkeiten unterschiedlich.^{3,7,27,37}

Verschiedene „Arten“ von Blutproben

Bei der Bestimmung von Wirkstoffkonzentrationen im Blut finden unterschiedliche Aufbereitungsmethoden der Blutprobe Anwendung: Vollblut, Serum und Plasma. Die Analyse von Vollblut ist der international übliche Stan-

dard in der Fachliteratur. Als Vollblut wird die unveränderte Blutprobe bezeichnet. In Deutschland und einigen anderen Ländern ist die Konzentration im Blutserum für die Beurteilung der Fahrtüchtigkeit relevant. Zur Herstellung von Blutserum werden die Blutbestandteile Zellen und Gerinnungsfaktoren aus der Vollblutprobe durch Gerinnung und anschließender Zentrifugation entfernt. Zur Herstellung von Plasma werden lediglich die Zellen durch Zentrifugation entfernt.³⁸⁻⁴⁰



- THC
- (Plasma-)Protein
- Zelle
- Gerinnungsfaktor

Schematische Darstellung von Vollblutprobe und dem daraus gewonnenen Serum.

Diese Aufbereitungsmethode für Blutproben ist in Deutschland bei der THC-Konzentrationsbestimmung Standard. Da THC überwiegend an Proteine gebunden ist, ist die Serumkonzentration von THC etwa zweimal so groß wie die im Vollblut. Anders als in der Grafik dargestellt beträgt das Serumvolumen nur 10–20 % des eingesetzten Vollblutvolumens.⁴⁰

THC und seine Abbauprodukte sind besonders an den lipophilen Oberflächenbestandteilen der Proteine angereichert. Daher ist die Konzentration von THC im Blutserum auch höher als im Vollblut, wie die Grafik veranschaulicht. In der Fachliteratur werden Anreicherungsfaktoren von 1,5 bis 2,8 genannt.^{41,42} Vereinfachend verwenden wir den konservativen Umrechnungsfaktor 2,0: demnach ist die THC-Konzentration (ng/ml) im Blutserum doppelt so hoch wie im Vollblut. Wir werden, um der deutschen Rechtsprechung zu entsprechen und um die Werte besser vergleichen zu können, daher konsequent nur Serumkonzentrationen angegeben. In jedem Fall dürfen beide Angaben (in Studien, bei Grenzwertdiskussionen und so weiter) nicht verwechselt werden.

Vollblut vs. Serum

Serumwerte sind besser mit den Ergebnissen klinischer Studien vergleichbar, da hierbei in der Regel Blutserum untersucht wird. Andererseits schwankt das Konzentrationsverhältnis von THC zwischen Serum und Vollblut stark zwischen verschiedenen Individuen⁴¹, weswegen es erheblich ist, für welche Probenart man sich bei der Festlegung eines Grenzwertes entscheidet. Wir befürworten die Verwendung des international besser vergleichbaren Vollblut-Systems.

1.3.3. Nachweis- & Bestimmungstechniken

Bei der Überprüfung von Verkehrsteilnehmern kommen verschiedene Messverfahren in Frage. Ihre analytische Verlässlichkeit^{35,43}, sowie die praktische Umsetzbarkeit wurden in verschiedenen Studien, darunter im EU-Forschungsprojekt ROSITA (Roadside Testing Assessment)^{44,45}, untersucht.

In Deutschland stellt die per Gaschromatographie mit Massenspektrometrie-Kopplung (GC/MS) bestimmte Konzentration von THC (und THC-COOH) in Blutproben den einzigen vor Gericht verwertbaren Beweis dar. Andere Methoden, zum Beispiel Antikörper-basierte Schnelltests, werden als sogenannte Drogenvortests verwendet, um einen Anfangsverdacht abzuleiten. Die Ergebnisse dieser Drogenvortests sollten aufgrund ihrer geringen Spezifität immer mit GC/MS bestätigt werden.⁴³ Trotzdem ordnen Führerscheinstellen häufig eine MPU oder ein ärztliches Gutachten an, wenn nur ein freiwilliger, positiver Drogenvortest auf einen möglichen, (lange) zurückliegenden Konsum hinweist.

Blutprobe mit GC/MS-Auswertung

Die quantitative Analyse per Gaschromatographie mit Massenspektrometrie-Kopplung (GC/MS) ist die exakteste und zuverlässigste Bestimmungsmethode für die THC-Konzentration im Blut oder einer anderen Probe.

Zum Zeitpunkt der 1-ng-Grenzwert-Festlegung wurde typischerweise eine Nachweisgrenze von 0,3 ng/ml und eine Bestimmungsgrenze von 0,8 ng/ml mit 0,2 ng/ml Messfehlertoleranz erreicht.^{46,4} Unterhalb von 0,3 ng/ml konnte THC nicht nachgewiesen werden und erst ab 0,8 ng/ml konnte dessen Konzentration in Flüssigkeiten hinnehmbar genau ($\pm 0,2$ ng/ml) bestimmt wer-

den. Deswegen gilt bei der GC/MS-Bestimmung erst ein Wert von mindestens 1 ng THC/ml im Blutserum als analytisch sicherer Nachweis von THC („analytischer Grenzwert“) und ist der einzige gültige Beweis vor Gericht für eine sogenannte Trunkenheits-/Rauschfahrt.

Auf Grund des speziellen Abbauverhaltens von THC, korreliert die Blutkonzentration – anders als bei Alkohol – nur schlecht mit dem Ausmaß der Beeinträchtigung. Außerdem findet die Blutentnahme und -analyse üblicherweise nicht vor Ort statt, sodass ein erheblicher Zeitaufwand anfällt. Auch wird die körperliche Unversehrtheit des Verdächtigen verletzt. Ist der Polizei das Kennzeichen des Verdächtigen im Zusammenhang mit Cannabis bekannt, kann dies gerade im ländlichen Raum zu wiederholten Blutentnahmen führen, was wiederum einen Verdacht auf intravenösen Drogenkonsum auslösen kann.

Vorteile:

- Einziger vor Gericht gültiger Beweis
- Spezifisch und präzise
- Praxiserprobt und gut untersucht

Nachteile:

- Schlechte Korrelation zwischen Messergebnis und Fahrtüchtigkeit
- Blutentnahme üblicherweise nicht vor Ort, dadurch erheblicher Zeitaufwand
- Körperliche Unversehrtheit des Verdächtigen wird verletzt

Schnelltests für Urin, Speichel & Schweiß

Sog. „THC-Teststreifen“ sind antikörper-basierte Verfahren zum schnellen, qualitativen Nachweis des inaktiven Abbauprodukts THC-COOH in verschiedenen Körperflüssigkeiten (Schnelltests). Der unterste uns bekannte Cut-off dieses qualitativen Tests ist 5 ng THC-COOH pro ml Probenflüssigkeit. In Deutschland verwendet die Polizei typischerweise Tests mit einem Cut-off von 20 ng/ml. Der gewählte Cut-off hat eine Auswirkung darauf, wie lange der letzte, zurückliegende Konsum nachweisbar ist.

Auch der Nachweis von Rückständen an Haut oder Gegenständen wie Mobiltelefon oder Lenkrad ist mit dieser Methode möglich, obwohl sich dadurch keinerlei Rückschlüsse auf die Fahrtüchtigkeit des Fahrers ziehen lassen.

Schon gar nicht, wenn es zur fremdverschuldeten Übertragung kam (zum Beispiel durch eine verrauchte Umgebung oder den Kontakt durch andere Personen).³¹ Diese Teststreifen werden daher insbesondere verwendet um einen Anfangsverdacht abzuleiten, der die Entnahme einer Blutprobe rechtfertigt.

Vorteile solcher Tests sind die niedrigen Kosten, die einfache Handhabung, der mobile Einsatz und das schnelle Ergebnis. Gravierende Nachteile sind jedoch die geringe Spezifität, welche oft zu folgenreichen falsch-positiven Ergebnissen führt^{35,43} und die Tatsache, dass sie keine Aussage über den Konsumzeitpunkt erlauben. Der Konsum kann eine Stunde oder auch über einen Monat zurückliegen.³⁵

Vorteile:

- Kostengünstig
- Mobil einsetzbar
- Zeitsparend
- Körperliche Unversehrtheit

Nachteile:

- Unspezifisch: falsch-positive Ergebnisse
- Keine Aussage über Konsumzeitpunkt (eine Stunde bis über 30 Tage vor Fahrt)

Automatisierte Speicheltests

Speicheltest-Geräte mit elektronischer Auswertung (automatisierte Speicheltests) bieten einen spezifischen, qualitativen Nachweis von aktivem THC und sind noch relativ neu. Das Funktionsprinzip ist das Gleiche wie bei den Schnellteststreifen, aber die Testbedingungen werden automatisch kontrolliert und das Ergebnis elektronisch ausgelesen. Dadurch ist das Testergebnis zuverlässiger. Es gibt Geräte mit verschiedenen Cut-offs von 15 bis 100 ng THC pro ml Speichel. Zum Beispiel erreicht der Draeger DrugTest® mit einem Cut-off von 20 ng/ml im Vergleich mit einer GC/MS-Prüfung des Speichels eine Spezifität von 100 % und eine Sensitivität von 87,9 %.⁴⁵

Die Vorteile dieser Geräte sind der mobile Einsatz und eine relativ gute Korrelation zwischen THC-Konzentration im Speichel und Fahrtüchtigkeit. Somit besteht die Möglichkeit, einen Cut-off-Wert zu wählen, der bei einem positivem Test auf einen zeitnahen Konsum hinweist. Die Nachteile sind hohe Anschaffungskosten und die

relativ großen individuellen Unterschiede in der Speichelkonzentration von THC bei vergleichbarer Beeinträchtigung.^{7,21}

Vorteile:

- THC im Speichel korreliert gut mit der Fahrtüchtigkeit
- Keine Verletzung der körperlichen Unversehrtheit
- Bei einem sinnvoll gewählten Cut-off weist ein positiver Test auf einen zeitnahen Konsum hin
- Mobil einsetzbar

Nachteile:

- Hohe Anschaffungskosten
- Individuell unterschiedliche THC-Konzentrationen im Speichel

Atemanalyse

Atemanalyse-Geräte für aktives THC gehören zu den modernsten Methoden der quantitativen THC-Bestimmung. Sie funktionieren mit Ionen-Mobilitäts-Spektrometrie und bieten eine spezifische THC-Bestimmung. Sie haben das Potential, nur den zeitnahen Konsum (bis zu drei Stunden vorher) verlässlich aufzudecken.³⁷ Sie sind, wie die Speicheltest-Geräte, mobil einsetzbar und nicht-invasiv. Noch befinden sich die Geräte in der Erprobung und sind daher für eine flächendeckende Nutzung nicht verfügbar. Die Anschaffungskosten dieser neuen Analysetechnologie werden vermutlich hoch sein.

Vorteile:

- Spezifische THC-Bestimmung vor Ort
- Nachweis nur des zeitnahen Konsums erwartbar
- Keine Verletzung der körperlichen Unversehrtheit

Nachteile:

- Befindet sich noch in der Erprobung
- Hohe Anschaffungskosten zu erwarten

Fahrtüchtigkeitstest per Smartphone

Eine weitere Möglichkeit, etwas über die aktuelle Fahrtüchtigkeit zu erfahren, besteht darin, seine Reaktionsgeschwindigkeit, Konzentrationsfähigkeit und den Gleichgewichtssinn mit einer App zu testen. Die spielerische Quantifi-

zierung dieser Leistungsparameter dauert nur wenige Minuten und muss zum Vergleich auch im nüchternen Zustand durchgeführt werden. Die App wurde vom Psychologie-Professor Dr. Michael Milburn entwickelt, weil es bisher keine geeigneten (Selbst-)Testverfahren gibt, um die akute Beeinträchtigung durch Cannabis auf Basis von Biomarkern zu messen.

1.4. Ein sinnvollerer Grenzwert

Die Frage über eine „faire“ Regelung um THC im Straßenverkehr geht über die Frage eines „sinnvollen“ Grenzwertes, welcher größer als 1 ng pro ml Blutserum sein sollte, hinaus. Die Debatte über den richtigen Umgang mit THC im Straßenverkehr ist komplex. Zunächst einmal stellt sich grundsätzlich die Frage, ob eine Null-Toleranz-Politik oder eine wissenschaftsbasierte Politik betrieben werden sollte.⁷ Im ersteren Fall wird jeglicher analytisch gesicherter Nachweis von psychoaktiven Substanzen geahndet (z.B. 0,1 Promille bei Alkohol), ohne dass eine Beeinträchtigung vorliegen muss.

Wissenschaftsbasierte Politik

Bei einer wissenschaftsbasierten Politik bleiben, im Sinne der Verhältnismäßigkeit, Wirkstoffkonzentrationen ohne Einfluss auf die Fahrtauglichkeit folgenfrei. Darüber hinaus kann auch eine mögliche, geringe Beeinträchtigung toleriert werden. Letztere liegt z.B. im Bereich von leichtem Schlafmangel oder einer Blutalkoholkonzentration von unter 0,5 Promille, welche in den meisten europäischen Ländern toleriert wird. Bei Cannabis entspricht das der Beeinträchtigung wie sie noch etwa eine bis drei Stunden nach dem inhalativen Konsum auftritt, wenn die THC-Konzentration im Blutserum auf „niedrige Werte“ von unter 20 ng/ml gefallen ist.^{6,3,7,2} Zu einer vergleichbaren Einschätzung kam im Jahr 2006 auch eine großangelegte Studie der Bundesanstalt für Straßenwesen, die dem Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) untersteht.

„Dabei zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass von den zu erwartenden Leistungsdefiziten bei niedrigen THC-Werten zumindest keine größeren Ausfallserscheinungen zu erwarten sind als bei Alkoholisierungsgraden von unter 0,50 ‰.“¹⁴ Die Tatsache, dass auch sonst das Unfallrisiko durch THC über alle Fälle gemittelt nur geringfügig

erhöht ist (OR ≈ 2), (1,10,11) rechtfertigt eine wissenschaftsbasierte und damit verhältnismäßige Politik.

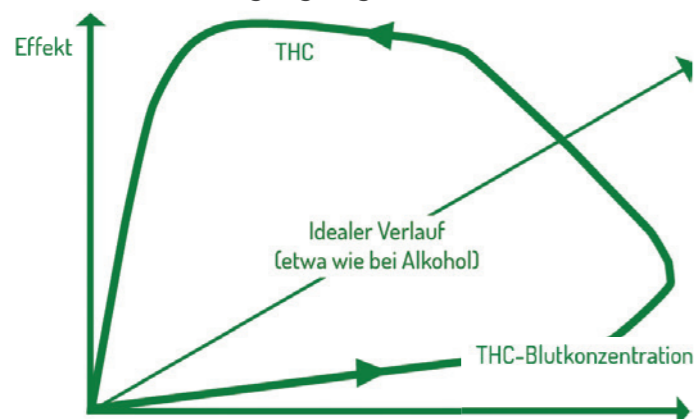
1.4.1. Geeignete Messverfahren

Eine wissenschaftsbasierte Politik muss Instrumente haben, um THC-beinträchtigte von nicht-beinträchtigten Fahrern zuverlässig unterscheiden zu können. Das lange nachweisbare, aber nicht-psychoaktive Abbauprodukt THC-COOH darf dabei keine Rolle spielen. Zudem muss eine Möglichkeit gefunden werden, auch regelmäßige Konsumenten, die nüchtern fahren, gerecht zu behandeln:

„Andererseits kann auch nicht zwingend davon ausgegangen werden, dass allein wegen regelmäßiger Konsumgewohnheiten die Fähigkeit zum Trennen generell nicht gegeben ist. So ist es vorstellbar, dass jemand, der täglich in den Abendstunden einen Joint raucht, dazu in der Lage ist, Cannabiskonsum und Teilnahme am Straßenverkehr zu trennen.“¹⁴

THC-Blutkonzentration: schlechtes Maß für Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit

Die THC-Blutkonzentration ist einerseits ein schlechtes Maß für die Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit, weil unabhängig vom Konsummuster in keiner Studie nachgewiesen werden konnte, dass es bei THC – anders als bei Alkohol – einen parallelen Verlauf zwischen Konzentration im Blut und verkehrsrelevanten Beeinträchtigungen gibt (siehe Grafik).^{14,47}



Zusammenhang zwischen THC-Blutkonzentration und psychotropen Effekten.

Die Pfeile im ringförmigen Graph (Hysterese) symbolisieren den zeitlichen Verlauf nach der Inhalation von THC (Startpunkt ist unten links). Die diagonale, hypothetische Linie zeigt einen idealen, weil parallelen Verlauf von Blutkonzentration und Effekten. Die Graphik wurden von Verstraete et al.⁴⁷ entnommen.

Eventuell besser geeignete Messverfahren befinden sich noch in der Entwicklung oder sind noch nicht praktikabel für die Polizei anwendbar. Daher müsste der gegenwärtige Blutgrenzwert von 1 ng/ml Serum auf einen sinnvolleren, wissenschaftsbasierten Wert angepasst werden. Eine solche, vorübergehende Lösung könnte vom Gesetzgeber schnell und einfach umgesetzt werden, bis bessere Instrumente zur Verfügung stehen.

1.4.2. Wissenschaftsbasierte Blutgrenzwerte



Beim Null-Toleranz-Grenzwert von 1 ng THC pro ml Blutserum kommt es sehr häufig vor, dass nüchternen Fahrern eine Rausfahrt unterstellt wird. Wegen des komplexen Abbauverhaltens von THC kann leider

keine scharfe Trennlinie gezogen werden, welche immer ausschließt, dass nüchterne Fahrer bestraft werden und gleichzeitig sicherstellt, dass alle (zu stark) beeinträchtigten Fahrer sanktioniert werden. Falsch-positive und falsch-negative Urteile (beeinträchtigte Fahrer bleiben unentdeckt) kommen vor, ein wissenschaftsbasierter Grenzwert versucht aber nichtsdestotrotz die Trennlinie so zu legen, dass die Wahrscheinlichkeit für beide Ereignisse gleichermaßen minimiert wird. Wissenschaftsbasierte Grenzwerte motivieren Fahrer dazu, Konsum und Fahrt klar voneinander zu trennen, da sie nachvollziehbarer sind.⁷

Nur ein Grenzwert oder besser zwei Grenzwerte?

Der gegenwärtige Null-Toleranz-1-ng-Grenzwert testet lediglich auf die Frage, ob THC im Blut analytisch sicher nachweisbar und damit ob eine Beeinträchtigung bei Überschreitung der Grenze (theoretisch) möglich ist. Er wäre vergleichbar mit einer 0,1 Promille Blutalkoholkonzentrationsgrenze, da unterhalb von diesem Cut-off-Wert analytisch nicht sicher nachgewiesen werden kann, ob eine Person tatsächlich Alkohol getrunken hat. Als erster wissenschaftsbasierter Grenzwert sollte, ähnlich wie bei Alkohol, ein „versicherungsrelevanter THC-Grenzwert“ eingeführt werden,

unterhalb von dem eine verkehrsrelevante Beeinträchtigung in der Regel ausgeschlossen werden kann (entspricht der 0,3 Promille-Grenze). Zusätzlich sollte ein „Toleranzgrenzwert“ eingeführt werden, unterhalb von dem von einer tolerierbaren möglichen Beeinträchtigung ausgegangen wird (entsprechend der 0,5 Promille-Grenze).

Wir befürworten die Einführung eines Toleranzgrenzwertes: Erstens, weil es im Straßenverkehr um Sicherheit und nicht um die Durchsetzung einer gescheiterten Drogenpolitik gehen sollte und deswegen Alkohol und Cannabis gleichermaßen faktenbasiert behandelt werden müssen. Zweitens, weil Toleranz die Voraussetzung für ein pragmatisches Zusammenleben ist. Das Bedürfnis nach Sicherheit im Straßenverkehr muss auch ins Verhältnis zum Recht auf Mobilität und Freiheit gesetzt werden. Absolute Sicherheit ist auch im Straßenverkehr nicht zu erreichen, schon alleine, weil dafür ständige Kontrollen nötig wären.

So wie auch toleriert wird, dass Autofahrer selbstverantwortlich bestimmen, ob sie ausreichend geschlafen haben und nur sanktioniert werden, falls sie auf Grund von Schlafmangel Ausfallerscheinungen haben oder den Verkehr tatsächlich gefährdet haben, sollte es auch einen Toleranzgrenzwert für THC geben. Liegt die THC-Blutkonzentration zwischen dem ersten und dem zweiten Grenzwert, sollten daher nur Konsequenzen drohen falls es zusätzlich zu Ausfallerscheinungen oder einem Unfall gekommen ist. Eine Überschreitung des Toleranzgrenzwertes, ebenso wie der Nachweis von THC zusammen mit Alkohol, sollte aufgrund des dann deutlich erhöhten Unfallrisikos¹ grundsätzlich sanktioniert werden.

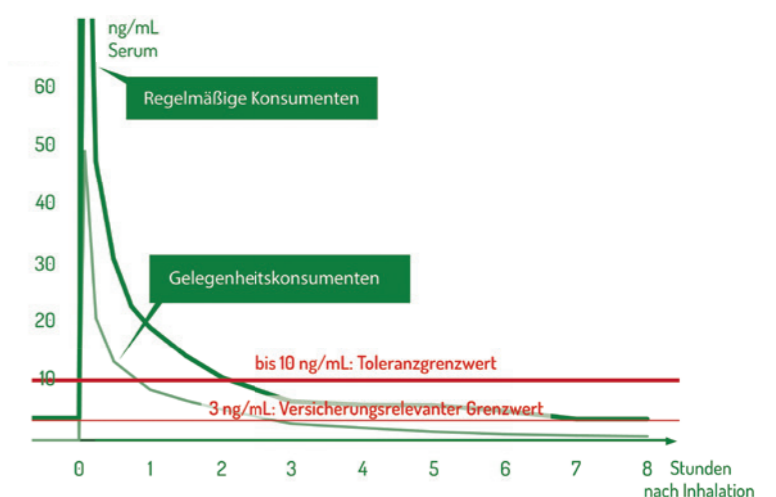
1.4.3. 3 ng als Versicherungsrelevanter Grenzwert

Welchen Grenzwert schlagen Wissenschaftler vor, unterhalb von dem eine Beeinträchtigung in der Regel ausgeschlossen werden kann? Wie könnte so ein versicherungsrelevanter Grenzwert aussehen? Und bei wieviel Nanogramm THC pro ml Blutserum ist ein Fahrer vergleichbar mit 0,5 Promille Blutalkoholkonzentration beeinträchtigt (Toleranzgrenzwert)? Mittlerweile wurden zahlreiche Studien durchgeführt, um trotz der vorher beschriebenen Schwierigkeiten für beide Grenz-

werte möglichst genaue THC-Blutkonzentrationen zu ermitteln.

Welcher „versicherungsrelevanter Grenzwert“ kommt in Frage?

Man kann die Größenordnung des versicherungsrelevanten Grenzwertes abschätzen, indem man die Ergebnisse von Schmidt et al.⁶ und Tönnies et al.³ als Grundlage nimmt. Drei Stunden nach dem (inhalativen) Cannabis-Konsum ist in der Regel jegliche verkehrsrelevante Beeinträchtigung verfliegen.⁶ Zwar unterscheiden sich die THC-Blutkonzentrationen zwischen gelegentlichen und regelmäßigen Konsumenten erheblich (siehe Grafik),³ der kleinste nach drei Stunden erreichte Wert beträgt jedoch ungefähr 3 ng/ml (im Mittel bei gelegentlichen Konsumenten). Wenn ein Fahrer weniger als 3 ng THC pro ml Blutserum hat, liegt der Konsum typischerweise mehr als drei Stunden (gelegentliche Konsumenten) oder sogar etwas mehr als acht Stunden zurück (regelmäßige Konsumenten), weshalb eine Beeinträchtigung in der Regel ausgeschlossen werden kann.



Zeitlicher Verlauf der Konzentration von aktivem THC im Blutserum nach dem Inhalieren/Rauchen.

Dünne, helle Kurve: mittlerer Verlauf bei Gelegenheitskonsumenten (maximal einmal pro Woche). Dicke, dunkle Kurve: (fast) tägliche Konsumenten, mit vorher im Körper eingelagerten THC. Die Graphen wurden von Tönnies et al.³ entnommen.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen diverse Studien. So haben Longo et al.⁴⁸ herausgefunden dass Fahrer mit einer THC-Konzentration von bis zu 4 ng im ml Blutserum (aus Vollblutwerten umgerechnet) nicht häufiger für Unfälle mit Verletzten verantwortlich sind,

als Fahrer, bei denen keinerlei THC nachgewiesen werden konnte. Bei der Auswertung von experimentellen und epidemiologischen Untersuchungen (u.a. 2,49,50) kam die Diplom-Psychologin Eva Schnabel zu dem Ergebnis, dass unterhalb von 3 ng THC pro ml Blutserum die Frage einer Fahrunsicherheit nicht diskutiert werden sollte.¹⁵ Die Versuche von Möller et al.⁴ ergaben, dass erst im Bereich von 2 – 5 ng THC pro ml Blutserum signifikante Beeinträchtigungen nur in der Feinmotorik auftreten können. In Versuchen von Hartman et al.²¹ mit einem hochmodernen Fahrsimulator entsprachen 2 bis 4 ng THC pro ml Blutserum (aus Vollblutwerten umgerechnet) den gerade so messbaren Spurabweichungen, wie sie bei 0,1 Promille Blutalkoholkonzentration beobachtet wurden. Die aktuellste und wichtigste Publikation zu dem Thema ist von 2015 und stammt von der „Grenzwertkommission“, welcher die führenden Toxikologen Professor Dr. Volker Auwärter und Professor Dr. Thomas Daldrup angehören. Diese schlägt einen Grenzwert von 3 ng pro ml Blutserum vor, ab dem eine Trennung von Konsum und Fahren zu verneinen ist.^{51,52} Wir unterstützen diese Aussage auf Basis eigener Recherchen und fordern einen versicherungsrelevanten Grenzwert von 3 ng THC pro ml Blutserum.

1.4.4. Bis 10 ng als Toleranzgrenzwert

Beim Toleranzgrenzwert, der einer Beeinträchtigung von 0,5 Promille Blutalkoholkonzentration entspricht und mit dem die Unfallwahrscheinlichkeit etwa verdoppelt wäre, gehen die Meinungen stärker auseinander. Man kann auch diesen grob abschätzen, indem man für ihn die kleinste THC-Blutkonzentration von Konsumenten annimmt, deren Konsum ca. eine Stunde zurückliegt. Dann sind nämlich die „kontrollierten Leistungen“ wieder hergestellt, welche den Fahrer bei unvorhersehbaren zusätzlichen Leistungsanforderungen richtig reagieren lassen.⁶ Wenn diese stärksten Beeinträchtigungen verfliegen sind, haben Gelegenheitskonsumenten im Mittel etwas weniger als 10 ng THC im ml Blutserum (siehe Grafik).³

Konkretere Werte ergaben die folgenden Studien: Ein durchschnittlich 1,8-mal höheres Unfallrisiko haben laut Longo et al.⁴⁸ Fahrer, bei denen eine THC-Konzentration größer als 4 ng pro ml Blutserum ermittelt wurde (aus

Vollblutwert umgerechnet). Eva Schnabel ermittelte auf Grundlage empirischer Befunde (u.a. 2,49,50) eine Konzentration von 7 – 8 ng THC pro ml Blutserum, die der Beeinträchtigung durch 0,5 Promille Alkohol entspricht.¹⁵ Zu einem ähnlichen Ergebnis kam im selben Jahr ein Expertengremium um den Mediziner Franjo Grotenhermen. Dieses schlug, nach mehreren Diskussionsrunden und der Einbeziehung der im Jahr 2005 vorhandenen Studienlage, einen Toleranzgrenzwert im Bereich von 7 – 10 ng THC pro ml Blutserum vor.⁷

Die DRUID-Studie leitete aus der Metaanalyse experimenteller Studien einen Wert deutlich oberhalb von 4 ng ab:

„Der Risiko-Grenzwert für THC sollte entsprechend einer BAK [Anm.: Blutalkoholkonzentration] von 0,5 [Anm.: Promille] bei 3,8 ng/ml im Serum festgelegt werden plus einem zusätzlichen Wert für Messfehler und Konfidenzintervall“¹

In einem aktuelleren Review-Paper¹¹ werde substantielle Beeinträchtigungen, in erster Linie bei Gelegenheitskonsumenten, ab einer THC-Konzentration von 4 – 10 ng pro ml Blutserum genannt (aus Vollblutwerten umgerechnet). Die aktuellste und unseres Erachtens methodisch wertvollste Studie zum Toleranzgrenzwert wurde von Hartman et al.²¹ im Jahr 2015 durchgeführt. In Fahrsimulatorversuchen wurde die beeinträchtigende Wirkung von Alkohol und THC anhand des Spurhaltevermögens der Probanden direkt miteinander verglichen. Die Probandengruppe umfasste sowohl gelegentliche als auch regelmäßige Cannabis-Konsumenten. Erst bei einer mittleren Konzentration von 16,4 ng THC pro ml Blutserum (aus Vollblutwert umgerechnet) wichen die Probanden von der idealen Fahrspur im gleichen Maße ab, wie bei einer Blutalkoholkonzentration von 0,5 Promille. Außerdem überschritten die durch THC beeinträchtigten Fahrer im Vergleich zu nüchternen Fahrern weder häufiger die Fahrbahnbegrenzung, noch beschleunigten sie stärker – bei alkoholisierten Fahrern hingegen wurde dieses gefährliche Verhalten bereits ab 0,1 Promille beobachtet.

Was folgt daraus?

Wir leiten aus diesen Studienergebnissen ab, dass ein Toleranzgrenzwert von bis zu 10 ng THC pro ml Blutserum sowohl Sicherheit als

auch Gerechtigkeit im Straßenverkehr gewährleisten würde. Stark beeinträchtigte Fahrer würden sanktioniert werden, während nur leicht beeinträchtigte Fahrer, die ohne Ausfallerscheinungen fahren können, gegenüber Fahrern mit unter 0,5 Promille Alkohol nicht benachteiligt wären.

1.4.5. Internationaler Grenzwertvergleich

Doch wie handhaben es andere Länder, die bereits wissenschaftsbasierte Grenzwerte oder zumindest analytische Nachweisgrenzen mit deutlich höheren Cut-offs eingeführt haben? Alle folgenden Angaben sind der besseren Vergleichbarkeit wegen Konzentrationen im Blutserum und wurden dafür (bis auf den Wert von Luxemburg) mit dem Faktor 2,0 aus den in den Quellen angegebenen Vollblutwerten umgerechnet. In einzelnen Ländern wurden die Werte nicht per Gesetz definiert, sondern werden nur von den forensischen Laboratorien als Cut-offs genutzt. Auch muss beachtet werden, dass die Grenzwerte mit der Zeit geändert werden können (hier Stand 2017).^{47,53-57}

Niedrige Werte: 2 ng

In sieben Ländern wurde ein Grenzwert von 2 ng/ml eingeführt: Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Luxemburg und Pennsylvania (USA).

Mittlere Werte: bis 6 ng

In der Mehrzahl der Länder wurden 4 – 6 ng/ml eingeführt: Großbritannien, Polen, Schweiz (3 ng/ml + 30 %), Tschechien, Nevada und Ohio (jeweils USA) mit 4 ng/ml, sowie Niederlande und Portugal mit 6 ng/ml.

Hohe Werte: bis 18 ng

Die höchsten Grenzwerte wurden mit 10 ng/ml in den US-Bundesstaaten Colorado, Washington, Maine und Montana eingeführt. Einen Sonderfall nehmen Kanada und Norwegen ein. In Kanada wurden 4 ng/ml als unterer und 10 ng/ml als oberer Grenzwert eingeführt, deren Überschreitung jeweils unterschiedlich geahndet wird. Norwegen ging sogar noch weiter und führte im Jahr 2012 neben einem unteren (2,6 ng/ml) und einem oberen (6 ng/ml) einen weiteren Wert ein, der dort wie die

Überschreitung einer Blutalkoholkonzentration von 1,2 Promille geahndet wird. Dieser liegt bei 18 ng THC pro ml Blutserum!⁵⁶

Wir fordern aus Gründen der Verhältnismäßigkeit einen wissenschaftsbasierten und versicherungsrelevanten Grenzwert in der Höhe von 3 ng THC pro ml Blutserum und einen Toleranzgrenzwert, der bis zu 10 ng/ml betragen kann. Außerdem fordern wir die Abschaffung der Berücksichtigung des nicht-psychoaktiven Abbauprodukts THC-COOH. Für eine bessere internationale Vergleichbarkeit fordern wir darüber hinaus die Einführung des Vollblutsystems auch in Deutschland, woraus sich 1,5 ng als versicherungsrelevanter und bis zu 5 ng THC im ml Vollblut als Toleranzgrenzwert ergeben würden.

Unsere Grenzwertforderungen von 3 und bis zu 10 ng THC pro ml Blutserum fallen im internationalen Vergleich demnach nicht aus der Reihe und orientieren sich an dem cannabis-politisch fortschrittlichen Kanada. Aber auch an Norwegen könnte sich Deutschland ein Beispiel nehmen. Dort wurden echte wissenschaftsbasierte Grenzwerte mit Hilfe eines Expertengremiums nicht nur für THC, sondern auch für sämtliche andere psychoaktive Substanzen eingeführt. Für fast jede Substanz gibt es mehrere Grenzwerte (differenzierte Sanktionsstufen), welche, entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft, fortlaufend aktualisiert werden.^{47,56}



1.5. Literaturverzeichnis

- 1** H. Schulze, M. Schumacher, R. Urmeew, K. Auerbach. „DRUID – Abschlussbericht: Durchgeführte Arbeiten, wichtigste Ergebnisse und Empfehlungen“. EU-Forschungsprojekt „Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines“ (DRUID) mit Beiträgen von 38 Einrichtungen aus 18 europäischen Ländern, Hauptauftraggeber: Bundesanstalt für Straßenwesen, Deutschland. Oktober 2006 (Projektbeginn) bis August 2012.
- 2** O. H. Drummer, J. Gerostamoulos, H. Batziris, M. Chu, J. Caplehorn, M. D. Robertson, P. Swann. „The involvement of drugs in drivers of motor vehicles killed in Australian road traffic crashes“. *Accident Analysis and Prevention*, Bd. 36, S. 239–248. März 2004.
- 3** S. W. Tönnes, J. G. Ramaekers, E. L. Theunissen, M. R. Möller, G. F. Kauert. „Comparison of cannabinoid pharmacokinetic properties in occasional and heavy users smoking a marijuana or placebo joint“. *Journal of Analytical Toxicology*, Bd. 32, S. 470–477. September 2008.
- 4** M. R. Möller. „Drogen im Straßenverkehr – neue Entwicklungen“. 44. Deutscher Verkehrsgerichtstag, Tagungsband S. 172–179. Goslar, 25.–27. Januar 2006.
- 5** M. A. Huestis, J. E. Henningfield, E. J. Cone. „Blood cannabinoids. I. Absorption of THC and formation of 11-OH-THC and THCCOOH during and after smoking marijuana“. *Journal of Analytical Toxicology*, Bd. 16, S. 276–282. September 1992.
- 6** P. Schmidt, N. Scheer, G. Berghaus. „Cannabiskonsum und Fahrtauglichkeit“. *Kriminalistik*, Bd. 49, S. 241–246. 1995.
- 7** F. Grotenhermen, G. Leson, G. Berghaus, O. H. Drummer, H.-P. Krüger, M. Longo, H. Moskowitz, B. Perrine, J. Ramaekers, A. Smiley, R. Tunbridge. „Developing science-based per se limits for driving under the influence of cannabis (DUIC) – Findings and recommendations by an expert panel“. *DUIC-Bericht von 13 Einrichtungen aus 6 Ländern*, September 2005.
- 8** A. Ohlsson, J.-E. Lindgren, A. Wahlen, S. Agurell, L. E. Hollister, H. K. Gillespie. „Plasma levels of Δ^9 -tetrahydrocannabinol after intravenous, oral, and smoke administration“. *National Institute of Drug Abuse (USA)*, Research Monograph, Bd. 34, S. 250–256. Februar 1981.
- 9** H. V. Curran, C. Brignell, S. Fletcher, P. Middleton, J. Henry. „Cognitive and subjective dose-response effects of acute oral Delta 9-tetrahydrocannabinol (THC) in frequent cannabis users“. *Psychopharmacology*, Bd. 164, S. 61–70. Oktober 2002.
- 10** M. Asbridge, J. A. Hayden, J. L. Cartwright. „Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis“. *BMJ*, Bd. 344:e536. Februar 2012.
- 11** R. L. Hartman, M. A. Huestis. „Cannabis Effects on Driving Skills“. *Clinical Chemistry*, Bd. 59, S. 478–492. 2013.
- 12** B. C. Tefft. „Acute Sleep Deprivation and Risk of Motor Vehicle Crash Involvement“. AAA Foundation for Traffic Safety, USA. Dezember 2016.
- 13** T. A. Dingus. „Estimates of prevalence and risk associated with inattention and distraction based upon in situ naturalistic data“. *Annals of Advances in Automotive Medicine*, Bd. 58, S. 60–68. März 2014.
- 14** C. P. Müller, B. Topic, J. P. Huston, P. Stroheck-Kühner, B. Lutz, G. Skopp, R. Aderjan. „Cannabis und Verkehrssicherheit – Mangelnde Fahreignung nach Cannabiskonsum: Leistungsdefizite, psychologische Indikatoren und analytischer Nachweis“. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit*, Heft M 182. November 2006.
- 15** E. Schnabel. „Cannabis und Fahrsicherheit – Zum aktuellen Stand der Forschung“. 12. Netzwerktagung der Bayerischen Akademie für Suchtfragen, Tagungsband S. 4–6. Nürnberg, 21. September 2005.
- 16** D. Kleiber, K.-A. Kovar, C. Brandt, A. Harms, C. Rombusch, S. Schmetzer. „Auswirkungen des Cannabiskonsums – Eine Expertise zu pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen“. Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit, Berlin, Tübingen 1997. Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges., 1998.
- 17** H. W. J. Robbe. „Marijuana’s effects on actual driving performance“. 13. International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Plenarartikel. Adelaide (Australien), 13.–18. August 1995.
- 18** S. R. Lowenstein, J. Koziol-McLain. „Drugs and traffic crash responsibility: a study of injured motorists in Colorado“. *Journal of Trauma*, Bd. 50, S. 313–320. Februar 2001.
- 19** P. Bech, L. Rafaelsen, J. Christiansen, H. Christrup, J. Nyboe, O. J. Rafaelsen. „Cannabis and alcohol: Virkning på simulteret bilkørsel“. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, Bd. 25, S. 350–356. 1971.
- 20** O. J. Rafaelsen, P. Bech, L. Rafaelsen. „Simulated car driving influenced by cannabis and alcohol“. *Pharmacopsychiatry*, Bd. 6, S. 71–83. 1973.
- 21** R. L. Hartman, T. L. Brown, G. Milavetz, A. Spurgin, R. S. Pierce, D. A. Gorelick, G. Gaffney, M. A. Huestis. „Cannabis effects on driving lateral control with and without alcohol“. *Drug and Alcohol Dependence*, Bd. 154, S. 25–37. 2015.
- 22** H. W. J. Robbe. „Marijuana use and driving“. *Journal of the International Hemp Association*, Bd. 1, S. 44–48. 1994.
- 23** H. W. J. Robbe, J. F. O’Hanlon. „Marijuana and actual driving performance“. *National Highway Traffic Safety Administration (USA)*, Abschlussbericht DOT HS 808 078. November 1993.
- 24** B. Hartung, H. Schwender, E. H. Roth, F. Hellen, N. Mindiashvili, A. Rickert, S. Ritz-Timme, A. Grieser, F. Monticelli, T. Daldrop. „The effect of cannabis on regular cannabis consumers’ ability to ride a bicycle“. *International Journal of Legal Medicine*, Bd. 130, S. 711–721. Mai 2016.
- 25** R. P. Compton, A. Berning. „Drug and alcohol crash risk“. *National Highway Traffic Safety Administration (USA)*, Traffic Safety Facts Research Note DOT HS 812 117. Februar 2015.
- 26** I. J. McGilveray. „Pharmacokinetics of cannabinoids“. *Pain Research and Management*, Bd. 10, S. 15A–22A. 2005.
- 27** F. Grotenhermen. „Clinical Pharmacokinetics of cannabinoids“. *Journal of Cannabis Therapeutics*, Bd. 3, S. 3–51. 2003.
- 28** E. L. Karschner, E. W. Schilke, R. H. Lowe, W. D. Darwin, H. G. Pope Jr., R. Hering, J. L. Cadet, M. A. Huestis. „Do Δ^9 -tetrahydrocannabinol concentrations indicate recent use in chronic cannabis users?“. *Addiction*, Bd. 104, S. 2041–2048. Dezember 2009.
- 29** E. L. Karschner, E. W. Schilke, R. H. Lowe, W. D. Darwin, R. I. Hering, J. L. Cadet, M. A. Huestis. „Implications of plasma Δ^9 -tetrahydrocannabinol, 11-hydroxy-THC, and 11-nor-9-carboxy-THC concentrations in chronic cannabis smokers“. *Journal of Analytical Toxicology*, Bd. 33, S. 469–477. Oktober 2009.
- 30** G. Skopp, L. Pötsch. „Cannabinoid concentrations in spot serum samples 24–48 hours after discontinuation of cannabis smoking“. *Journal of Analytical Toxicology*, Bd. 32, S. 160–164. März 2008.
- 31** P. Kintz, V. Cirimele, B. Ludes. „Detection of cannabis in oral fluid (saliva) and forehead wipes (sweat) from impaired drivers.“ *Journal of Analytical Toxicology*, Bd. 24, S. 557–561. Oktober 2000.
- 32** K.-L. Täschner. „Cannabis: Biologie, Konsum und Wirkung“. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 4. Auflage, 2005.
- 33** E. L. Karschner, M. J. Swortwood, J. Hirvonen, R. S. Goodwin, W. M. Bosker, J. G. Ramaekers, M. A. Huestis. „Extended plasma cannabinoid excretion in chronic frequent cannabis smokers during sustained abstinence and correlation with psychomotor performance“. *Drug Testing and Analysis*, Bd. 8, S. 682–689. Juli 2016.
- 34** H. Andås, H.-M. Krabseth, A. Enger, B. N. Marcussen, A.-M. Haneborg, A. S. Christophersen, V. Vindenes, E. L. Øiestad. „Detection time for THC in oral fluid after frequent cannabis smoking“. *Therapeutic Drug Monitoring*, Bd. 36, S. 808–814. Dezember 2014.
- 35** K. E. Moeller, J. C. Kissack, R. S. Atayee, K. C. Lee. „Clinical interpretation of urine drug tests: what clinicians need to know about urine drug screens“. *Mayo Clinic Proceedings*, Bd. 92, S. 774–796. Mai 2017.
- 36** T. Daldrop. „Cannabiskonsum und Fahreignung – Erfahrungen und Ergebnisse aus Nordrhein-Westfalen“. XV. Symposium der Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie, Tagungsband S. 74–83. Mosbach, 18.–21.04.2007.
- 37** L. Coucke, E. Massarini, Z. Ostijn, O. Beck, A. Verstraete. „O₂: Δ^9 -Tetrahydrocannabinol concentrations in exhaled breath related to physiological effects following cannabis smoking“. *Toxicologie Analytique et Clinique*, Bd. 26, S. 17–18. Juni 2014.
- 38** H. Assmann, G. v. Bergmann, F. Stroebe, H. Bohnenkamp, R. Doerr, H. Eppinger, E. Grafe, FR. Hiller, G. Katsch, P. Morawitz, A. Schittenhelm, R. Siebeck, R. Staehelin, W. Stepp, H. Straub. „Lehrbuch der inneren Medizin“. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag GmbH, 3. Auflage, Bd. 1, S. 242. 1936.
- 39** D. Jocham, K. Miller. „Praxis der Urologie“. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, 3. Auflage, Bd. 1, S. 15. 2007.
- 40** Online-Medizinlexikon „Onmeda.de“, Blutentnahme.
- 41** C. Giroud, A. Ménétrey, M. Augsburg, T. Buclin, P. Sanchez-Mazas, P. Mangin. „ Δ^9 -THC, 11-OH- Δ^9 -THC and Δ^9 -THCCOOH plasma or serum to whole blood concentrations distribution ratios in blood samples taken from living and dead people“. *Forensic Science International*, Bd. 123, S. 159–164. Dezember 2001.
- 42** J. G. Ramaekers, G. Berghaus, M. van Laar, O. H. Drummer. „Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use“. *Drug and Alcohol Dependence*, Bd. 73, S. 109–119. Februar 2004.
- 43** H. Schütz, A. Paine, F. Erdmann, G. Weiler, M. A. Verhoff. „Immunoassays for drug screening in urine“. *Forensic Science, Medicine and Pathology*. Bd. 2, S. 75–83. Juni 2006.
- 44** A. Verstraete. „ROSITA – Roadside Testing Assessment“. EU-Forschungsprojekt mit Beiträgen von 12 Einrichtungen aus 8 europäischen Ländern. August 2001.
- 45** A. Verstraete, E. Raes. „Rosita-2 project – Final Report“. Europäisch-US-amerikanisches Forschungsprojekt. März 2006.
- 46** D. Zwerger. „Berührungspunkte von Toxikologie und Rechtsprechung: Blutwerte nach Cannabiskonsum und Fahreignung“. XV. Symposium der Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie, Tagungsband S. 61–73. Mosbach, 18.–21.04.2007.
- 47** A. Verstraete, A. Knoche, R. Jantos, G. Skopp, H. Gjerde, V. Vindenes, J. Mørland, K. Langel, P. Lillsunde. „Per se limits – Methods of defining cut-off values for zero tolerance“. EU-Forschungsprojekt DRUID, Deliverable 1.4.2. November 2011.
- 48** M. C. Longo, C. E. Hunter, R. J. Lokan, J. M. White, M. A. White. „The prevalence of alcohol, cannabinoids, benzodiazepines and stimulants amongst injured drivers and their role in driver culpability: Part II: The relationship between drug prevalence and drug concentration, and driver culpability“. *Accident Analysis and Prevention*, Bd. 32, S. 623–632. 2000.
- 49** G. Berghaus, H.-P. Krüger, M. Vollrath. „Cannabis im Straßenverkehr“. München, Jena: Urban & Fischer Verlag in Elsevier, S. 99–112. 1998.
- 50** M. Vollrath, R. Löbmann, H.-P. Krüger, H. Schöch, T. Widera, M. Mettke. „Fahrten unter Drogeneinfluss – Einflussfaktoren und Gefährdungspotenzial“. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit*, Heft M 132. März 2001.
- 51** V. Auwärter, T. Daldrop, M. Graw, K. Jachau, H. Käferstein, A. Knoche, F. Mußhoff, G. Skopp, A. Thierauf-Emberger, S. Tönnes. „Empfehlung der Grenzwertkommission für die Konzentration von Tetrahydrocannabinol (THC) im Blutserum zur Feststellung des Trennungsvermögens von Cannabiskonsum und Fahren“. *Blutalkohol*, Bd. 52, S. 322–323. 2015.
- 52** S. Tönnes, V. Auwärter, A. Knoche, G. Skopp. „Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Feststellung einer mangelhaften Trennung von Cannabiskonsum und Fahren anhand der Konzentration von Tetrahydrocannabinol“. *Blutalkohol*, Bd. 53, S. 409–414. 2016.
- 53** M. Knodt. „1, 2, 3 or 5 Nanograms? DUI-Rules Need Standards“. www.marijuana.com, 9.06.2017.
- 54** Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA). „Legal approaches to drugs and driving“. www.emcdda.europa.eu, 16.05.2017.
- 55** „Besluit alcohol, drugs en geneesmiddelen in het verkeer“. *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*, Nr. 529. 14.12.2016.
- 56** „Driving under the influence of non-alcohol drug – legal limits implemented in Norway“. *Norwegian Ministry of Transport and Communications*, N-0554 E. 1.02.2012.
- 57** K. Wong, J. E. Brady, G. Li. „Establishing legal limits for driving under the influence of marijuana“. *Injury Epidemiology*, Bd. 1, S. 1–8. 2014.



2. Rechtliche Dimensionen

2. Rechtliche Dimensionen

Um aufzuzeigen, warum wir die aktuelle Fahrerlaubnisrechtssprechung ungerecht, unverhältnismäßig und nicht verkehrssicherheitsfördernd finden, geben wir zur Einordnung unserer Kritik hier einen rechtlich fundierten Überblick zur angewandten Rechtssprechung.

Rechtsanwalt Sebastian Glathe von der Kanzlei Glathe & Kollegen erklärt anhand des Betäubungsmittelgesetzes, des Strafgesetzbuchs und der Fahrerlaubnisverordnung, welche Sanktionen Cannabiskonsumenten im und außerhalb des Straßenverkehrs drohen können.

Wer in Deutschland Inhaber einer Fahrerlaubnis ist und Cannabis konsumiert hat oder konsumiert, ist grundsätzlich einem behördlichen Generalverdacht ausgesetzt. Es wird regelmäßig unterstellt, dass der zurückliegende oder aktuelle Cannabiskonsum dazu führen könnte, dass die psycho-physische Leistungsfähigkeit herabgesetzt ist und die Fahreignung deswegen nicht gegeben sein könnte. Dieser Verdacht gilt grundsätzlich auch für Fahrerlaubnisinhaber, die Cannabis aus medizinischen Gründen nach der geänderten Gesetzeslage seit dem 10.03.2017 auf ärztliches Rezept konsumieren können.

2.1 Betäubungsmittelgesetz BtMG §§ 29ff.

2.2 Strafgesetzbuch StGB

2.3 Ordnungswidrigkeit § 24 a Abs. 2 OWiG

2.4 Fahrerlaubnisverordnung

2.1. Betäubungsmittelgesetz

Grundsätzlich gilt, dass Fahrerlaubnisinhaber, die Cannabis konsumiert haben oder konsumieren, gegenüber Konsumenten alkoholischer Getränke deutlich benachteiligt sind. Dies gilt für alle rechtlichen Aspekte im Bereich „Cannabis und Fahrerlaubnis“ und während sämtlicher Abschnitte in den einzelnen und unten näher dargestellten verschiedenen Verfahren. Ein besonders hohes Maß an Rechtsunsicherheit besteht insbesondere im Bereich des Fahreignungsrechts auf Grundlage der Fahrerlaubnisverordnung, wenn es um Fahrerlaubnisinhaber geht, die Cannabis aus medizinischen Zwecken konsumieren.

Um für den betroffenen Fahrerlaubnisinhaber einen Überblick über die einzelnen betroffenen Rechtsgebiete zu verschaffen, soll im Folgenden aufgezeigt werden, womit ein Fahrerlaubnisinhaber zu rechnen hat, wenn Polizei und/oder Fahrerlaubnisbehörden Kenntnis davon erlangen, dass ein Fahrerlaubnisinhaber Cannabis konsumiert hat oder konsumiert. *BtMG §§29ff.*

Grundsätzlich muss nach § 163 Abs. 1 StPO die Polizei und somit auch die Staatsanwaltschaft ein Ermittlungsverfahren einleiten, wenn bekannt wird, dass jemand Umgang mit Betäubungsmitteln – hier: Cannabisderivaten – hat. Dabei ist es zunächst völlig unerheblich, um welche Menge es geht, da ein Ermittlungsverfahren insoweit eine Erforschungspflicht hat, auch wenn das Verfahren später unter Beachtung des Übermaßverbotes des Bundesverfassungsgerichts aus dem sogenannten „Haschisch-Urteil“ (*vgl. BVerfGE 90, 145 ff. = NJW 1994, 1577 ff.*) eingestellt werden kann. Das BVerfGE hat mit Beschluss vom 09.03.1994 festgelegt, dass die Strafvorschriften des BtMG, soweit sie Verhaltensweisen mit Strafe bedrohen, die ausschließlich den gelegentlichen Eigenverbrauch geringer Mengen von Cannabisprodukten vorbereiten und nicht mit einer Fremdgefährdung verbunden sind, deshalb nicht gegen das Übermaßverbot verstoßen, weil der Gesetzgeber es den Strafverfolgungsorganen ermöglicht, durch das Absehen von Strafe nach § 29 Abs. 5 BtMG oder Strafverfolgung nach §§ 153 ff. StPO beziehungsweise § 31 a BtMG einem geringeren individuellen Unrechts- und Schuldgehalt der Tat Rechnung zu tragen.

Aus diesem Urteil hat sich eine in den einzelnen Bundesländern stark unterschiedliche Einstellungspraxis entwickelt, die selbst innerhalb eines jeweiligen Bundeslandes zu völlig unterschiedlichen Vorgehensweisen der einzelnen Staatsanwaltschaften führen kann. In unterschiedlichen Richtlinien der einzelnen Länder sind Einstellungsmengen von bis zu drei Konsumeinheiten (Bayern) bis 30 g (brutto) in Schleswig-Holstein normiert und führen somit zu einer völlig unübersichtlichen und sachlich nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung von Tatverdächtigen.

Der Verlauf und das Ergebnis des einzuleitenden Ermittlungs- und Strafverfahrens nach dem BtMG ist völlig losgelöst von den weiteren fahrerlaubnisrechtlichen Fragen. Der Bezug des Ermittlungs- und Strafverfahrens nach dem BtMG zur Fahrerlaubnis ergibt sich dann aber regelmäßig über Nr. 45 MiStra (Mitteilung in Strafsachen). Nach dieser Regelung betreffend die sogenannten Fahrerlaubnissachen sind die Ermittlungsbehörden verpflichtet, der zuständigen Fahrerlaubnisbehörde Mitteilung über die Einleitung, den weiteren Fortgang und den Abschluss eines Ermittlungs- und Strafverfahrens nach dem BtMG mitzuteilen.

In der Regel erfolgt diese sogenannte Kontrollmitteilung unverzüglich nach Einleitung des Ermittlungsverfahrens durch die Polizei, so dass nach der Einleitung eines Ermittlungsverfahrens regelmäßig auch schon eine Zuständigkeit der zuständigen Fahrerlaubnisbehörde im Zusammenhang mit etwaigen Fahreignungsüberprüfungs- und Fahrerlaubnisentziehungsmaßnahmen besteht.

2.2. Strafgesetzbuch

Vorschriften aus dem Strafgesetzbuch können immer dann betroffen sein, wenn ein Fahrerlaubnisinhaber unter nicht nur geringfügigem Einfluss von THC (oder anderen berauschenden Substanzen) ein Kraftfahrzeug geführt hat. Im Gegensatz zu den Konsumenten von Alkohol ist bei den in Betracht kommenden Strafvorschriften des § 315 c Abs. 1 Ziff. 1 a StGB sowie § 316 StGB eine Wirkstoffgrenze für die Festlegung der absoluten Fahruntüchtigkeit nicht normiert. (*Vgl. BGH 44, 219 = NStZ-RR 01, 173; OLG München, NZV 06, 274 für Cannabis*)

Werden also nicht nur geringfügige Wirkstoffmengen für Delta-9-Tetrahydrocannabinol im Blutserum des Fahrzeugführers festgestellt und weist dieser darüber hinaus auch noch Symptome der Berausung auf, muss im Einzelfall die Feststellung der Fahruntüchtigkeit anhand einer umfassenden Würdigung der Beweisanzeigen durchgeführt werden. (Vgl. BGH 44, 219)

Dabei kommt es nicht darauf an, ob Fahrerfehler festgestellt werden konnten. (Vgl. BGH 44, 225 f.)

Auch aus dem Zustand und dem Verhalten des Fahrzeugführers bei der Kontrolle können sich diese Anhaltspunkte ergeben, die als entsprechende Auffälligkeiten einen direkten Bezug auf eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit zulassen. Typischer Auffälligkeiten sind z. B. gerötete Augen, erweiterte Pupillen, verwaschene Sprache, verlangsamte oder unsichere Motorik, verzögertes Aufnahmevermögen, schläfriges Erscheinungsbild, unvermittelte Stimmungsschwankungen, läppisches oder hypernervöses Verhalten. (Vgl. OLG Frankfurt, NStZ-RR 02, 17 f.; OLG Düsseldorf, NJW 94, 2428)

Es ist selbstverständlich im Einzelfall besonders schwierig und muss in einer Beweisaufnahme sorgfältig hinterfragt werden, ob es sich bei diesen Auffälligkeiten nur um allgemeine Merkmale des Drogenkonsums handelt, welche zur Feststellung einer Fahruntüchtigkeit nicht ausreichen, oder ob es tatsächlich Hinweise sind, die die Herabsetzung der psycho-physischen Leistungsfähigkeit des betreffenden Fahrerlaubnisinhabers nahelegen. Kommt es zu einer Verurteilung nach § 315 c; 316 StGB, wird regelmäßig auch nach § 69 StGB die Fahrerlaubnis vom Strafrichter entzogen. Es wird eine Sperrfrist für die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis nach § 69 a Abs. 1 StGB zwischen 6 Monaten und 5 Jahren festgesetzt. Nach Ablauf dieser Sperrfrist verlangt die zuständige Fahrerlaubnisbehörde dann regelmäßig die Vorlage einer medizinisch-psychologischen Untersuchung, mit welcher der betreffende Antragsteller auf Wiedererteilung einer Fahrerlaubnis seine Fahreignung nachzuweisen hat.

2.3. Ordnungswidrigkeit

§ 24 a Abs. 2 OWiG
Statistisch gesehen der häufigste Fall ist mit-

terweile eine Tatbestandsmäßigkeit nach § 24 a Abs. 2 StVG, wonach derjenige mit einem Bußgeld und einem Fahrverbot – im Erstfall 500 € und ein Monat – belegt werden kann, wer ein Kraftfahrzeug im öffentlichen Straßenverkehr führt und dabei im Blutserum eine Wirkstoffkonzentration für Delta-9-Tetrahydrocannabinol von mindestens 1,0 ng/ml und mehr aufweist. Das besondere und damit auch gefährliche für den entsprechenden Fahrerlaubnisinhaber ist dabei die Tatsache, dass es in keiner Weise auf das Vorliegen von Auffälligkeiten oder gar Fahrerfehlern ankommt, da § 24 a Abs. 2 StVG ausschließlich auf die Feststellung eines entsprechenden Konzentrationswertes für THC abstellt. § 24 a Abs. 2 StVG normiert insoweit eine Wirkungsfiktion, wonach derjenige unter Einfluss stehend ein Kraftfahrzeug führt, bei welchem die oben genannte Wirkstoffkonzentration im Blutplasma festgestellt wird. Kommt es zum Erlass eines derartigen Bußgeldbescheides, erhält auch hier die Fahrerlaubnisbehörde aus den oben genannten Gründen regelmäßig Kenntnis von diesem Sachverhalt und leitet aufgrund dieser Feststellungen der ermittelnden Polizeidienststelle ein Fahreignungsüberprüfungs- und regelmäßig auch Fahrerlaubnisentziehungsverfahren ein.

Im Rahmen der Polizeikontrolle getätigte Angaben zum Cannabiskonsum werden regelmäßig von der Verwaltungsbehörde bei der Beurteilung des dem Verwaltungsverfahren zugrunde zu legenden Sachverhalts herangezogen. Regelmäßig kommt es hier – auch informatorisch – zu Angaben des Betroffenen, wonach der fragliche Cannabiskonsum als länger zurückliegend geschildert wird, als dies tatsächlich der Fall ist. Korrespondieren dann die entsprechenden Konzentrationswerte im Blutplasma nicht mit den zeitlichen Angaben des Betroffenen, schlussfolgert die Fahrerlaubnisbehörde regelmäßig dann einen zweiten Konsum zwischen dem eingeräumten Konsum und dem Kontrollzeitpunkt.

Damit aber sind schon die Voraussetzungen für eine Entziehung der Fahrerlaubnis auf Grundlage von Ziff. 9.2.2 der Anlage 4 in Verbindung mit Vorbemerkung 3 zu §§ 11 ff. FeV gegeben. Nach Ziff. 9.2.2 liegt keine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen (mehr) vor, wenn gelegentliche Einnahme von Cannabis auf der einen Seite festzustellen ist und auf der anderen Seite nachgewiesen ist, dass der

betreffende Fahrerlaubnisinhaber zwischen dem Konsum von Cannabisderivaten und dem Führen von Kraftfahrzeugen nicht trennen kann. Eine Fahrt nach § 24 a Abs. 2 StVG ist aus Sicht der höchstrichterlichen Rechtsprechung regelmäßig ein solcher Nachweis, so dass bereits mit zwei unabhängig voneinander stattgefunden habenden Konsumakten von Cannabisderivaten und einer Fahrt nach § 24 a Abs. 2 StVG (bislang) für die Fahrerlaubnisbehörden die Ungeeignetheit feststeht.

§ 24 a Abs. 2 StVG normiert insoweit eine Null-Promille-Grenze, während in § 24 a Abs. 1 StVG für Alkohol eine solche Wirkstoffgrenze von 0,5 Promille für die Blutalkoholkonzentration festgelegt ist. Dies stellt einen Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz aus Artikel 3 GG dar, wonach gleiches gleich und Ungleiches ungleich zu behandeln ist.

2.4. Fahrerlaubnisverordnung

a) Ohne Verkehrsbezug

Erlangt die zuständige Fahrerlaubnisbehörde Kenntnis davon, dass ein Fahrerlaubnisinhaber Cannabisderivate konsumiert, kann die Fahrerlaubnis wegen Annahme der Ungeeignetheit auch ohne Verkehrsbezug des Cannabiskonsums entzogen werden. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG, Beschluss vom 23.10.2014 = NJW 2015, 2439) ist regelmäßiger Cannabiskonsum per se eignungs ausschließend, § 11 Abs. 7 FeV. Er führt zur sofortigen Entziehung der Fahrerlaubnis. Die Erstellung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens zur Untersuchung der Fahreignung ist nicht erforderlich. Regelmäßiger Konsum bedeutet täglicher oder beinahe täglicher Konsum. Dabei kommt es nicht darauf an, ob dieser Konsum noch aktuell stattfindet. Es reicht für die Fahrerlaubnisbehörde aus, wenn auch in der Vergangenheit und somit bis zu 10 Jahren zurückliegend ein solcher Konsum stattgefunden hat. In diesem Fall ist nach Entziehung der Fahrerlaubnis regelmäßig von den begutachtenden Stellen ein Jahr Abstinenz zu fordern, nach welchem dann erst eine medizinische-psychologische Untersuchung zum Nachweis der Fahreignung angegangen werden kann.

b) Mit Verkehrsbezug

Erlangt die zuständige Fahrerlaubnisbehörde Kenntnis von dem Cannabiskonsum des Fahr-

erlaubnisinhabers im Zusammenhang mit dem Führen von erlaubnispflichtigen Kraftfahrzeugen im öffentlichen Straßenverkehr, ist schon bei einem gelegentlichen Cannabiskonsum die Fahrerlaubnis in Gefahr. Nach Ziff. 9.2.2 kann bei gelegentlicher Einnahme von Cannabis die Eignung ausgeschlossen werden, wenn die Behörde davon ausgeht, dass der Konsum von Cannabisderivaten einerseits und das Führen von Kraftfahrzeugen andererseits nicht getrennt werden kann oder wenn ein zusätzlicher Gebrauch von Alkohol oder anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen vorliegt. Kommt es also – wie oben dargestellt – zu einer Ordnungswidrigkeit nach § 24 a Abs. 2 StVG und kann die Behörde weiterhin feststellen, dass es in einem Zeitraum von 10 Jahren zu mehr als 2 unabhängig voneinander stattgefunden habenden Konsumakten von Cannabisderivaten gekommen ist, kann auf Grundlage der bislang geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung auf die Ungeeignetheit geschlossen und die Fahrerlaubnis entzogen werden. Jüngere Entscheidungen des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes seit Sommer 2016 (vgl. BayVGH, Beschluss vom 29.08.2016 – 11 Cs 16.1460 = ZFS 2016, Seite 595, 596) wollen eine solche Ungeeignetheit erst dann annehmen, wenn der betreffende Fahrerlaubnisinhaber zum wiederholten Male, also mindestens zweimal gegen § 24 a Abs. 2 StVG verstößt. Die Rechtsprechung des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes ist jedoch im Augenblick noch nicht höchstrichterlich bestätigt und deswegen nur für Fahrerlaubnisinhaber im Freistaat von Bedeutung.

Auch sind in der letzten Zeit aus der Wissenschaft Stimmen laut geworden, die eine Heraufsetzung des Konzentrationswertes von 1 auf 3 ng für die Frage der positiven Feststellung des Trennungsvermögens betreffen. Mitglieder der Grenzwertkommission sprechen sich dafür aus, verwaltungsrechtlich erst ab einem Grenzwert von 3 ng/ml (2 ng/ml als „Grenzwert“, plus Sicherheitszuschlag von 1 ng/ml) von einem fehlenden Trennungsvermögen oder einer fehlenden Trennungsbereitschaft auszugehen. Auch hier hat sich die Rechtsprechung bislang diesen Stimmen aus der Wissenschaft nicht angeschlossen und es bleibt abzuwarten, ob der Gesetzgeber – möglicherweise auch durch die entsprechenden Initiativen privater Verbände und Interessensorganisationen – diesbezüglich eine Änderung der Gesetzeslage herbeiführen wird.



3. Kosten

3. Kosten

Bei einer Verkehrsauffälligkeit mit THC kommen neben dem Bußgeld und dem gänzlichen Verlust der Fahrerlaubnis für mindestens 6 Monate (bis zum Nachweis der Eignung über ein MPU Gutachten) **mindestens Kosten in Höhe von 900 €** hinzu, wenn einem gebührenpflichtigen Entzug der Fahrerlaubnis durch einen freiwilligen Verzicht vorgegriffen wird.

- Die Gesamtkosten können sich je nach Falllage aber schnell auf bis zu 3500 € summieren.
- Neben den hier aufgeschlüsselten Kosten, fallen u.U. weitere Kosten für Rechtsberatung und MPU- Vorbereitung an.
- Die Kosten für eine MPU- Vorbereitung liegen je nach Anbieter zwischen 600 und 800 €. Hinzu kommen 10 – 20 Stunden bei einem Verkehrspsychologen für je 50 – 150 €.

1. Kosten für den Verkehrsverstoß

Kostenstelle	Betrag
Bußgeld	500 € bis 1500 €
Ermittlungskosten, Blutgutachten, Transportkosten Vortest (werden mit Bußgeldbescheid in Rechnung gestellt)	ca. 300 €
Gesamt	800 € bis 1800 €

2. Kosten für Verwaltung & Eignungsüberprüfung*

Verwaltungsgebühren	Betrag (ca.)
Überprüfungsanordnung, fachärztliches Gutachten / MPU	25 €
Entzug der Fahrerlaubnis	160 € bis 210 €

2. Kosten für Verwaltung & Eignungsüberprüfung*

Verwaltungsgebühren	Betrag (ca.)
„freiwilliger Verzicht“	gebührenfrei
Antragsbearbeitung, Neuerteilung	120 € bis 220 €
Kosten für notwendige Nachweise bei Neuerteilung	
Passbild, Führungszeugnis	18 €
Klasse 1 (bis 3,5 t) Sehtest, Sofortmaßnahmen am Unfallort	40 € bis 50 €
Klasse 2 (bis 3,5 t) Augenarztgutachten, ärztliches Gutachten, Ersthelferausbildung	200 € bis 250 €
Gesamtkosten: je nach Fahrzeugklasse und vorangegangenen Entzug	210 € bis 670 €

3. Kosten für Begutachtung

Kostenstelle	Betrag (ca.)
Fachärztliches Gutachten + A1:D16 (je nach Anbieter bzw. behördlich geforderter Form)	300 € bis 400 €
MPU Drogen-Fragestellung	555 €
Aufbaukurs §70 FeV (wird durch MPU-Gutachter empfohlen, wenn Restzweifel Abstinenz)	400 € bis 600 €
Aufbaukurs §36 FeV (wird nach bestandener MPU angeordnet bei Probezeitverstoß)	350 €
Drogenscreening Urin	6 Monate 320 € bis 460 € 12 Monate 480 € bis 690 €
Drogenscreening Haare	6 Monate 160 € 12 Monate 300 €
Kosten für Abstinenznachweise	160 € bis 690 €
MPU ohne fachärztliches Gutachten	555 €
MPU ohne fachärztliches Gutachten (inkl. 12 Monate Drogenscreening)	875 € bis 1245 €
MPU mit vorgeschaltetem fachärztlichem Gutachten	1275 € bis 1645 €
MPU mit Kurs 70 (inkl. Drogenscreening)	1275 € bis 1845 €
MPU mit Kurs 70 und 36 (inkl. Drogenscreening)	1625 € bis 2195 €

* Die Kosten können je nach Bundesland variieren.



Kontakt:

Ansprechpartnerin
Mariana Pinzón Becht
fuehrerschein@hanfverband.de
klarerkopf-klareregeln.de

Deutscher Hanfverband
Rykestraße 13
10405 Berlin
kontakt@hanfverband.de
Tel: +49-(0)30 / 447 166 53
www.hanfverband.de

Herausgeber:



Rykestraße 13
10405 Berlin

kontakt@hanfverband.de
Tel: +49-(0)30 / 447 166 53

www.hanfverband.de